

BAHAN KULIAH
“SEKSIO SESARIA”



dr. Batara I. Sirait, Sp.OG, KFER

SEMESTER GENAP 2021/2022
BAGIAN OBSTETRI DAN GINEKOLOGI FK UKI
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS KRISTEN INDONESIA
JAKARTA

PEDAHULUAN

Sectio Caesarea menurut adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat dinding dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram. *Sectio Caesarea* merupakan kelahiran bayi melalui insisi trans abdominal. Menurut *Sectio Caesarea* adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut atau vagina atau *Sectio Caesarea* adalah suatu histerotomia untuk melahirkan janin dalam rahim.

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa *Sectio Caesarea* merupakan suatu pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus.

a. Definisi

Seksio sesaria atau persalinan sesaria didefinisikan sebagai melahirkan janin melalui insisi dinding abdomen (laparotomi) dan dinding uterus (histerotomi). Definisi ini tidak mencakup pengangkatan janin dari kavum abdomen dalam kasus ruptur uteri/kehamilan abdominal. Tindakan ini dilakukan untuk mencegah kematian ibu dan bayi karena kemungkinan-kemungkinan komplikasi yang dapat timbul bila persalinan tersebut berlangsung pervaginam.

b. Epidemiologi

Seksio sesarea atau persalinan sesaria adalah prosedur pembedahan untuk melahirkan janin melalui sayatan perut dan dinding rahim. Seksio sesaria makin meningkat sebagai tindakan akhir dari berbagai kesulitan persalinan. Indikasi yang banyak dikemukakan adalah; persalinan lama sampai persalinan macet, ruptura uteri iminens, gawat janin, janin besar, dan perdarahan antepartum.

Sejak tahun 1986 di Amerika satu dari empat persalinan diakhiri dengan seksio sesaria. Di Inggris angka kejadian seksio sesaria di Rumah Sakit Pendidikan relatif stabil yaitu antara 11-12 %, di Italia pada tahun 1980 sebesar 3,2% - 14,5%, pada tahun 1987 meningkat menjadi 17,5%. Dari tahun 1965 sampai 1988, angka persalinan sesarea di Amerika Serikat meningkat progresif dari hanya 4,5% menjadi 25%. Sebagian besar peningkatan ini terjadi sekitar tahun 1970-an dan tahun 1980-an di seluruh negara barat. Pada tahun 2002 mencapai 26,1%, angka tertinggi yang pernah tercatat di Amerika Serikat.^{1,2,3,4}

Di Indonesia angka persalinan dengan seksio sesaria di 12 Rumah Sakit Pendidikan berkisar antara 2,1%-11,8%. Di RS Sanglah Denpasar insiden seksio sesaria selama sepuluh

tahun (1984-1994) 8,06%-20,23%; rata-rata pertahun 13,6%, sedangkan tahun 1994-1996 angka kejadian seksio sesaria 17,99% dan angka kejadian persalinan bekas seksio 18,40%.^{1,6,7}

c. Klasifikasi Seksio Sesarea

SC merupakan tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat di atas 500 gr dengan sayatan pada dinding uterus yang masih utuh. Indikasi dilakukan tindakan ini yaitu distorsi kepala panggul, disfungsi uterus, distorsia jaringan lunak, placenta previa dll, untuk ibu. Sedangkan untuk janin adalah gawat janin. Janin besar dan letak lintang setelah dilakukan SC ibu akan mengalami adaptasi post partum baik dari aspek kognitif berupa kurang pengetahuan. Akibat kurang informasi dan dari aspek fisiologis yaitu produk oksitosin yang tidak adekuat akan mengakibatkan ASI yang keluar hanya sedikit, luka dari insisi akan menjadi post de entris bagi kuman. Oleh karena itu perlu diberikan antibiotik dan perawatan luka dengan prinsip steril. Nyeri adalah salah utama karena insisi yang mengakibatkan gangguan rasa nyaman.

Sebelum dilakukan operasi pasien perlu dilakukan anestesi bisa bersifat regional dan umum. Namun anestesi umum lebih banyak pengaruhnya terhadap janin maupun ibu anestesi janin sehingga kadang-kadang bayi lahir dalam keadaan upnoe yang tidak dapat diatasi dengan mudah. Akibatnya janin bisa mati, sedangkan pengaruhnya anestesi bagi ibu sendiri yaitu terhadap tonus uteri berupa atonia uteri sehingga darah banyak yang keluar. Untuk pengaruh terhadap nafas yaitu jalan nafas yang tidak efektif akibat sekret yang berlebihan karena kerja otot nafas silia yang menutup. Anestesi ini juga mempengaruhi saluran pencernaan dengan menurunkan mobilitas usus.

Seperti yang telah diketahui setelah makanan masuk lambung akan terjadi proses penghancuran dengan bantuan peristaltik usus. Kemudian diserap untuk metabolisme sehingga tubuh memperoleh energi. Akibat dari motilitas yang menurun maka peristaltik juga menurun. Makanan yang ada di lambung akan menumpuk dan karena reflek untuk batuk juga menurun. Maka pasien sangat beresiko terhadap aspirasi sehingga perlu dipasang pipa endotracheal. Selain itu motilitas yang menurun juga berakibat pada perubahan pola eliminasi yaitu konstipasi.

Ada beberapa jenis seksio sesarea, yaitu:

a. Seksio sesarea transperitoneal profunda

Merupakan suatu pembedahan dengan melakukan insisi pada segmen bawah uterus. Hampir 99% dari seluruh kasus seksio sesarea dalam praktek kedokteran dilakukan dengan menggunakan teknik ini, karena memiliki beberapa keunggulan seperti kesembuhan lebih baik, dan tidak banyak menimbulkan perlekatan. Adapun kerugiannya adalah terdapat

kesulitan dalam mengeluarkan janin sehingga memungkinkan terjadinya perluasan luka insisi dan dapat menimbulkan perdarahan. Arah insisi melintang (secara Kerr) dan insisi memanjang (secara Kronig).

b. Seksio sesarea klasik (corporal)

Merupakan insisi pada segmen atas uterus atau korpus uteri. Pembedahan ini dilakukan bila segmen bawah rahim tidak dapat dicapai dengan aman (misalnya karena perlekatan yang erat pada vesika urinaria akibat pembedahan sebelumnya atau terdapat mioma pada segmen bawah uterus atau karsinoma serviks invasif), bayi besar dengan kelainan letak terutama jika selaput ketuban sudah pecah. Teknik ini juga memiliki beberapa kerugian yaitu, kesembuhan luka insisi relatif sulit, kemungkinan terjadinya ruptur uteri pada kehamilan berikutnya dan kemungkinan terjadinya perlekatan dengan dinding abdomen lebih besar.

c. Seksio sesarea yang disertai histerektomi

Pengangkatan uterus setelah seksio sesarea karena atoni uteri yang tidak dapat diatasi dengan tindakan lain, pada uterus miomatousus yang besar dan atau banyak, atau pada ruptur uteri yang tidak dapat diatasi dengan jahitan.

d. Seksio sesarea vaginal

Pembedahan melalui dinding vagina anterior ke dalam rongga uterus. Jenis seksio ini tidak lagi digunakan dalam praktek obstetri

e. Seksio sesarea ekstraperitoneal

Seksio yang dilakukan tanpa insisi peritoneum dengan mendorong lipatan peritoneum ke atas dan kandung kemih ke bawah atau ke garis tengah, kemudian uterus dibuka dengan insisi di segmen bawah.

Keuntungan dan kerugian jenis- jenis sectio Caesarea Abdominalis :

Sectio Caesarea Klasik (Korporal)

Dilakukan dengan membuat sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira sepanjang 10 cm.

Kelebihan :

1. Mengeluarkan janin lebih cepat
2. Tidak mengakibatkan komplikasi kandung kemih tertarik
3. Sayatan bisa diperpanjang proksimal atau distal

Kekurangan :

1. Infeksi mudah menyebar secara intra abdominal karena tidak ada reperitonealisasi yang baik
2. Untuk persalinan berikutnya lebih sering terjadi rupture uteri spontan

Sectio Caesarea Ismika (profunda)

Dilakukan dengan membuat sayatan melintang pada segmen bawah rahim (*low cervical transversal*) kira-kira 10 cm

Kelebihan :

1. Penjahitan luka lebih mudah
2. Penutupan luka dengan reperitonealisasi
3. Tumpang tindih dari peritoneal baik sekali untuk menahan penyebaran isi uterus ke rongga peritoneum
4. Perdarahan kurang
5. Dibandingkan dengan cara klasik kemungkinan ruptura uteri spontan kurang/lebih kecil

Kekurangan :

1. Keluhan pada kandung kemih postoperative tinggi.

Indikasi Sektio Sesarea

Dalam persalinan ada beberapa faktor yang menentukan keberhasilan suatu persalinan, yaitu passage (jalan lahir), passenger (janin), power (kekuatan ibu), psikologi ibu dan penolong. Apabila terdapat gangguan pada salah satu faktor tersebut akan mengakibatkan persalinan tidak berjalan dengan lancar bahkan dapat menimbulkan komplikasi yang dapat membahayakan ibu dan janin jika keadaan tersebut berlanjut. Indikasi untuk *sectio caesarea* antara lain meliputi:

- **Indikasi Medis**

power, passenger, passage

- **Indikasi Ibu**

Usia, Tulang panggul, Persalinan sebelumnya dengan section caesarea, Faktor hambatan jalan lahir, Kelainan kontraksi rahim, Ketuban pecah dini, Rasa takut kesakitan

- **Indikasi Janin**

Ancaman gawat janin (fetal distress), Bayi besar (makrosemia), Letak sungsang, Faktor plasenta : plasenta previa, solution plasenta, plasenta accrete, Kelainan tali pusat : prolapsus tali pusat, terlilit tali pusat

Seksio sesarea dilakukan bila diyakini bahwa penundaan persalinan yang lebih lama akan menimbulkan bahaya yang serius bagi janin, ibu, atau bahkan keduanya, atau bila persalinan pervaginam tidak mungkin dapat dilakukan dengan aman. Berdasarkan laporan mengenai indikasi terbanyak di negara-negara maju seperti yang diperlihatkan pada tabel 2.1, di Norwegia diperoleh hasil bahwa indikasi terbanyak untuk seksio sesarea adalah distosia 3,6%, diikuti oleh presentasi bokong 2,1%, gawat janin 2,0%, riwayat seksio sesarea sebelumnya 1,4% dan lain-lain 3,7% dari 12,8% kasus seksio sesarea yang terjadi.

Di Skotlandia diperoleh bahwa distosia sebagai indikasi seksio sesarea terbanyak yaitu 4,0%, sedangkan riwayat seksio sesarea sebelumnya 3,1%, gawat janin 2,4%, presentasi bokong 2,0% dan lain-lain 2,7% dalam 14,2% kasus seksio sesarea. Riwayat seksio sesarea sebelumnya.

Merupakan indikasi terbanyak dari 10,7% kasus seksio sesarea yang terjadi di Swedia yaitu 3,1%, diikuti oleh distosia dan presentasi bokong yang masing-masing berkisar 1,8%, sedangkan gawat janin hanya 1,6% dan lain-lain 2,4%. Di USA, riwayat seksio sesarea sebelumnya merupakan indikasi terbanyak dari 23,6% kasus seksio sesarea yang terjadi yaitu 8,5%, dan distosia berperan dalam 7,1%, presentasi bokong 2,6%, gawat janin 2,2% dan lain-lain 3,2%. Sebaran indikasi seksio sesarea di negara-negara maju tersebut dapat disajikan dalam bentuk tabel sebagai berikut :

Tabel 1. Indikasi seksio sesarea di 4 negara maju; Norwegia, Skotlandia, Swedia dan USA, Indikasi Seksio sasarea tiap 100 persalinan Norwegia Skotlandia Swedia USA

Indikasi	Seksio Cesarea tiap 100 persalinan			
	Norwegia	Skotlandia	Swedia	USA
Distosia	3,6	4,0	1,8	7,1
Riwayat SC sebelumnya	1,4	3,1	3,1	8,5
Presentasi bokong	2,1	2,0	1,8	2,6
Gawat janin	2,0	2,4	1,6	2,2
Lainnya	3,7	2,7	2,4	3,2
Seksio Caesarea	12,8	14,2	10,7	23,6

Di negara-negara berkembang dilaporkan dari penelitian selama 15 tahun terhadap indikasi seksio sesarea, ada empat faktor klinis utama yang menjadi indikasi seksio sesarea yang tidak berubah, yakni gawat janin (22%), partus tidak maju (20 %), seksio sesarea ulangan (14%), dan presentasi bokong (11 %). Alasan kelima yang paling sering membuat tindakan seksio sesarea adalah permintaan ibu (7%). Di RSUP H Adam Malik dan RS Dr Pirngadi Medan dilaporkan oleh Mahdi (1997) bahwa kejadian seksio sesarea dengan indikasi terbanyak adalah gawat janin (15,85%), dan diikuti oleh kelainan letak (13,94%), panggul sempit (13,76%), dan plasenta previa (12,20 %).

Dari beberapa faktor sectio caesarea diatas dapat diuraikan beberapa penyebab sectio caesarea sebagai berikut:

1. CPD (Cephalo Pelvik Disproportion)

Cephalo Pelvik Disproportion (CPD) adalah ukuran lingkaran panggul ibu tidak sesuai dengan ukuran lingkaran kepala janin yang dapat menyebabkan ibu tidak dapat melahirkan secara alami. Tulang-tulang panggul merupakan susunan beberapa tulang yang membentuk rongga panggul yang merupakan jalan yang harus dilalui oleh janin ketika akan lahir secara alami. Bentuk panggul yang menunjukkan kelainan atau panggul patologis juga dapat menyebabkan kesulitan dalam proses persalinan alami sehingga harus dilakukan tindakan operasi. Keadaan patologis tersebut menyebabkan bentuk rongga panggul menjadi asimetris dan ukuran-ukuran bidang panggul menjadi abnormal.

2. PEB (Pre-Eklamsi Berat)

Pre-eklamsi dan eklamsi merupakan kesatuan penyakit yang langsung disebabkan oleh kehamilan, sebab terjadinya masih belum jelas. Setelah perdarahan dan infeksi, pre-eklamsi dan eklamsi merupakan penyebab kematian maternal dan perinatal paling penting dalam ilmu kebidanan. Karena itu diagnosa dini amatlah penting, yaitu mampu mengenali dan mengobati agar tidak berlanjut menjadi eklamsi.

3. KPD (Ketuban Pecah Dini)

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartu. Sebagian besar ketuban pecah dini adalah hamil aterm di atas 37 minggu, sedangkan di bawah 36 minggu.

4. Bayi Kembar

Tidak selamanya bayi kembar dilahirkan secara caesar. Hal ini karena kelahiran kembar memiliki resiko terjadi komplikasi yang lebih tinggi daripada kelahiran satu bayi. Selain itu, bayi kembar pun dapat mengalami sungsang atau salah letak lintang sehingga sulit untuk dilahirkan secara normal.

5. Faktor Hambatan Jalan Lahir

Adanya gangguan pada jalan lahir, misalnya jalan lahir yang tidak memungkinkan adanya pembukaan, adanya tumor dan kelainan bawaan pada jalan lahir, tali pusat pendek dan ibu sulit bernafas.

6. Kelainan Letak Janin

a. Kelainan pada letak kepala

Letak kepala tengadah

Bagian terbawah adalah puncak kepala, pada pemeriksaan dalam teraba UUB yang paling rendah. Etiologinya kelainan panggul, kepala bentuknya bundar, anaknya kecil atau mati, kerusakan dasar panggul.

Presentasi muka

Letak kepala tengadah (defleksi), sehingga bagian kepala yang terletak paling rendah ialah muka. Hal ini jarang terjadi, kira-kira 0,27-0,5 %.

Presentasi dahi

Posisi kepala antara fleksi dan defleksi, dahi berada pada posisi terendah dan tetap paling depan. Pada penempatan dagu, biasanya dengan sendirinya akan berubah menjadi letak muka atau letak belakang kepala.

b. Letak Sungsang

Letak sungsang merupakan keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala difundus uteri dan bokong berada di bagian bawah kavum uteri. Dikenal beberapa jenis letak sungsang, yakni presentasi bokong, presentasi bokong kaki, sempurna, presentasi bokong kaki tidak sempurna dan presentasi kaki.

e. Kontraindikasi Seksio Sesarea

Pada prinsipnya seksio sesarea dilakukan untuk kepentingan ibu dan janin sehingga dalam praktik obstetri tidak terdapat kontraindikasi pada seksio sesarea. Dalam hal ini adanya gangguan mekanisme pembekuan darah ibu, persalinan pervaginam lebih dianjurkan karena insisi yang ditimbulkan dapat seminimal mungkin.

a. Teknik Seksio sesarea

1. Bedah Caesar Klasik/ Corporal.

- Buatlah insisi membujur secara tajam dengan pisau pada garis tengah korpus uteri diatas segmen bawah rahim. Perlebar insisi dengan gunting sampai sepanjang kurang lebih 12 cm saat menggunting lindungi janin dengan dua jari operator.
- Setelah cavum uteri terbuka kulit ketuban dipecah. Janin dilahirkan dengan meluncurkan kepala janin keluar melalui irisan tersebut.
- Setelah janin lahir sepenuhnya tali pusat diklem (dua tempat) dan dipotong diantara kedua klem tersebut.
- Plasenta dilahirkan secara manual kemudian segera disuntikkan uterotonika kedalam miometrium dan intravena.
- Luka insisi dinding uterus dijahit kembali dengan cara :
Lapisan I : Miometrium tepat diatas endometrium dijahit secara silang dengan menggunakan benang chromic catgut no.1 dan 2
Lapisan II : Lapisan myometrium diatasnya dijahit secara kasur horizontal (lambert) dengan benang yang sama

Lapisan III : Dilakukan reperitonealisasi dengan cara peritoneum dijahit secara jelujur menggunakan benang plain catgut no.1 dan 2

- Eksplorasi kedua adneksa dan bersihkan rongga perut dari sisa-sisa darah dan air ketuban
- Dinding abdomen dijahit lapis demi lapis.

2. Bedah Caesar Transperitoneal Profunda

- a. Plika vesikouterina diatas segmen bawah rahim dilepaskan secara melintang, kemudian secara tumpul disisihkan kearah bawah dan samping.
- b. Buat insisi secara tajam dengan pisau pada segmen bawah rahim kurang lebih 1 cm dibawah irisan plika vesikouterina. Irisan kemudian diperlebar dengan gunting sampai kurang lebih sepanjang 12 cm saat menggunting lindungi janin dengan dua jari operator.
- c. Setelah cavum uteri terbuka kulit ketuban dipecah dan janin dilahirkan dengan cara meluncurkan kepala janin melalui irisan tersebut.
- d. Badan janin dilahirkan dengan mengaitkan kedua ketiakanya.
- e. Setelah janin dilahirkan seluruhnya tali pusat diklem (dua tempat) dan dipotong diantara kedua klem tersebut.
- f. Plasenta dilahirkan secara manual kemudian segera disuntikkan uterotonika kedalam miometrium dan intravena.
- g. Luka insisi dinding uterus dijahit kembali dengan cara :

- Lapisan I

Miometrium tepat diatas endometrium dijahit secara silang dengan menggunakan benang chromic catgut no.1 dan 2

- Lapisan II

Lapisan miometrium diatasnya dijahit secara kasur horizontal (lambert) dengan benang yang sama.

- Lapisan III

Peritoneum plika vesikouterina dijahit secara jelujur menggunakan benang plain catgut no.1 dan 2

- h. Eksplorasi kedua adneksa dan bersihkan rongga perut dari sisa-sisa darah dan air ketuban
- i. Dinding abdomen dijahit lapis demi lapis.

3. Bedah Caesar Ekstraperitoneal

- a. Dinding perut diiris hanya sampai pada peritoneum. Peritoneum kemudian digeser kecranial agar terbebas dari dinding cranial vesika urinaria.
 - b. Segmen bawah rahim diiris melintang seperti pada bedah Caesar transperitoneal profunda demikian juga cara menutupnya.
4. Histerektomi Caesarian (Caesarian Hysterectomy)
- a. Irisan uterus dilakukan seperti pada bedah Caesar klasik/corporal demikian juga cara melahirkan janinnya.
 - b. Perdarahan yang terdapat pada irisan uterus dihentikan dengan menggunakan klem secukupnya.
 - c. Kedua adneksa dan ligamentum rotunda dilepaskan dari uterus.
 - d. Kedua cabang arteria uterina yang menuju ke korpus uteri di klem (2) pada tepi segmen bawah rahim. Satu klem juga ditempatkan diatas kedua klem tersebut.
 - e. Uterus kemudian diangkat diatas kedua klem yang pertama. Perdarahan pada tunggul serviks uteri diatasi.
 - f. Jahit cabang arteria uterine yang diklem dengan menggunakan benang sutera no. 2.
 - g. Tunggul serviks uteri ditutup dengan jahitan (menggunakan chromic catgut (no.1 atau 2) dengan sebelumnya diberi cairan antiseptic.
 - h. Kedua adneksa dan ligamentum rotundum dijahitkan pada tunggul serviks uteri.
 - i. Dilakukan reperitonealisasi sertya eksplorasi daerah panggul dan visera abdominis. Dinding abdomen dijahit lapis demi lapis

a. Pemeriksaan Penunjang

- 1. Elektroensefalogram (EEG)
Untuk membantu menetapkan jenis dan fokus dari kejang.
- 2. Pemindaian CT
Untuk mendeteksi perbedaan kerapatan jaringan.
- 3. Magneti resonance imaging (MRI)
Menghasilkan bayangan dengan menggunakan lapangan magnetik dan gelombang radio, berguna untuk memperlihatkan daerah – daerah otak yang itdak jelas terliht bila menggunakan pemindaian CT.

4. Pemindaian positron emission tomography (PET)

Untuk mengevaluasi kejang yang membandel dan membantu menetapkan lokasi lesi, perubahan metabolik atau aliran darah dalam otak.

5. Uji laboratorium

- a. Fungsi lumbal : menganalisis cairan serebrovaskuler
- b. Hitung darah lengkap : mengevaluasi trombosit dan hematocrit
- c. Panel elektrolit
- d. Skrining toksik dari serum dan urin
- e. AGD
- f. Kadar kalsium darah
- g. Kadar natrium darah
- h. Kadar magnesium darah

b. *Komplikasi Seksio Sesarea*

Kelahiran sesarea bukan tanpa komplikasi, baik bagi ibu maupun janinnya (Bobak, 2004). Morbiditas pada seksio sesarea lebih besar jika dibandingkan dengan persalinan pervaginam. Ancaman utama bagi wanita yang menjalani seksio sesarea berasal dari tindakan anastesi, keadaan sepsis yang berat, serangan tromboemboli dan perlukaan pada traktus urinarius, infeksi pada luka.

Demam puerperalis didefinisikan sebagai peningkatan suhu mencapai 38,5⁰C. Demam pasca bedah hanya merupakan sebuah gejala bukan sebuah diagnosis yang menandakan adanya suatu komplikasi serius . Morbiditas febris merupakan komplikasi yang paling sering terjadi pasca pembedahan seksio seksarea.

Perdarahan masa nifas post seksio sesarea didefenisikan sebagai kehilangan darah lebih dari 1000 ml. Dalam hal ini perdarahan terjadi akibat kegagalan mencapai homeostatis di tempat insisi uterus maupun pada *placental bed* akibat atoni uteri. Komplikasi pada bayi dapat menyebabkan hipoksia, depresi pernapasan, sindrom gawat pernapasan dan trauma persalinan.

c. *Perawatan Pasca Sectio caesarea*

Perawatan pasca bedah meliputi :

- 1. Perawatan luka insisi

Luka insisi dibersihkan dengan alkohol dan larutan betadin dan sebagainya, lalu ditutup dengan kain penutup luka. Secara periodik pembalut luka diganti dan luka dibersihkan.

2. Tempat perawatan pasca bedah

Setelah tindakan di kamar operasi selesai, pasien dipindahkan ke dalam kamar rawat khusus yang dilengkapi dengan alat pendingin kamar udara selama beberapa hari. Bila pasca bedah kondisi gawat segera pindahkan ke ICU untuk perawatan bersama-sama dengan unit anastesi, karena di sini peralatan untuk menyelamatkan pasien lebih lengkap. Setelah pulih barulah di pindahkan ke tempat pasien semula dirawat.

3. Pemberian cairan

Karena selama 24 jam pertama pasien puasa pasca operasi, maka pemberian cairan perinfus harus cukup banyak dan mengandung elektrolit yang diperlukan, agar tidak terjadi dehidrasi.

4. Nyeri

Nyeri pasca operasi merupakan efek samping yang harus diderita oleh mereka yang pernah menjalani operasi, termasuk bedah Caesar. Nyeri tersebut dapat disebabkan oleh perlekatan-perlekatan antar jaringan akibat operasi. Nyeri tersebut hampir tidak mungkin di hilangkan 100%, ibu akan mengalami nyeri atau gangguan terutama bila aktivitas berlebihan atau melakukan gerakan-gerakan kasar yang tiba-tiba.

Sejak pasien sadar dalam 24 jam pertama rasa nyeri masih dirasakan didaerah operasi. Untuk mengurangi rasa nyeri tersebut dapat diberikan obat-obat anti nyeri dan penenang seperti suntikan intramuskuler pethidin dengan dosis 100-150 mg atau morfin sebanyak 10-15 mg atau secara perinfus.

5. Mobilisasi

Mobilisasi segera tahap demi tahap sangat berguna untuk membantu jalannya penyembuhan pasien. Mobilisasi berguna untuk mencegah terjadinya thrombosis dan emboli. Miring ke kanan dan kiri sudah dapat dimulai sejak 6-10 jam setelah pasien sadar. Latihan pernafasan dapat dilakukan pasien sambil tidur terlentang sedini mungkin setelah sadar. Pada hari kedua pasien dapat didudukkan selama 5 menit dan diminta untuk bernafas dalam-dalam lalu menghembuskannya disertai batuk-batuk kecil yang gunanya untuk melonggarkan pernafasan dan sekaligus menumbuhkan kepercayaan pada diri pasien bahwa ia mulai pulih. Kemudian posisi tidur terlentang dirubah menjadi setengah duduk (semi fowler).selanjutnya secara berturut-turut,

hari demi hari pasien dianjurkan belajar duduk selama sehari, belajar berjalan dan berjalan sendiri pada hari ke 3 sampai 5 pasca bedah.

KESIMPULAN

Sectio Caesarea merupakan suatu pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus. *Sectio Caesarea* atau persalinan sesaria didefinisikan sebagai melahirkan janin melalui insisi dinding abdomen (laparotomi) dan dinding uterus (histerotomi). Definisi ini tidak mencakup pengangkatan janin dari kavum abdomen dalam kasus ruptur uteri/kehamilan abdominal. Tindakan ini dilakukan untuk mencegah kematian ibu dan bayi karena kemungkinan-kemungkinan komplikasi yang dapat timbul bila persalinan tersebut berlangsung pervaginam. Ada beberapa jenis seksio diantaranya adalah seksio sesarea transperitoneal profunda, seksio sesarea klasik (corporal), seksio sesarea yang disertai histerektomi, seksio sesarea vaginal, seksio sesarea ekstraperitoneal. Jenis – jenis tersebut memiliki teknik yang berbeda. Dalam persalinan ada beberapa faktor yang menentukan keberhasilan suatu persalinan, yaitu passage (jalan lahir), passenger (janin), power (kekuatan ibu), psikologi ibu dan penolong. Apabila terdapat gangguan pada salah satu faktor tersebut akan mengakibatkan persalinan tidak berjalan dengan lancar bahkan dapat menimbulkan komplikasi yang dapat membahayakan ibu dan janin jika keadaan tersebut berlanjut. Adapun perawatan pasca seksio yang meliputi perawatan luka, tempat perawatan pasca bedah, pemberian cairan, pemantauan nyeri, dan mobilisasi.

DAFTAR PUSTAKA

1. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hauth JC, Wenstrom KD. Kehamilan multijanin. Dalam: Hartono A, Suyono YJ, Pendit BU (alih bahasa). Obstetri Williams. Volume 1 edisi 21. Jakarta: Penerbit buku kedokteran EGC, 2006. h. 852-897 33
2. Liewellyn-Jones D. Kelainan presentasi janin. Dalam: Hadyanto, editor edisi bahasa Indonesia. Dasar-dasar Obstetri dan Ginekologi. Edisi 6. Hipokrates, Jakarta. 2002: 160-162
3. Zach T. Multiple births. Dalam: emedicine from WebMD, 2006. Available at URL <http://www.emedicine.com/med/topic2599.htm>
4. Morales AJ et al. Multifetal pregnancy reduction. Dalam: Ethics in Obstetric and Gynecology, 1999. Available at URL http://www.acog.com/from_home/publications/ethics/ethics041.pdf
5. Suririnah. Proses terjadinya kehamilan kembar atau kehamilan lebih dari satu. 2005. Available at URL <http://www.infoibu.com/mod.php>
6. Guttmacher AF, Schuyler GK. The Fetus of Multiple Gestations. Obstet Gynecol, 1958; 528-41.
7. Kalaichandran S. Twin Pregnancy Double Trouble or Twice The Joy. Lecturere Unversity of Ottawa Obstetric and Gynaecology, 1999 in <http://www.teinspregnancy/obstetric.html>
8. Kliegman RM. Kehamilan multipel. Dalam: Wahab AS, editor bahasa Indonesia. Ilmu kesehatan anak Nelson. Volume 1 edisi 15. Jakarta: Penerbit buku kedokteran EGC, 2000. h. 559-561 Thilo EH, Rosenberg AA. Multiple births. Dalam: Hay WW (ed). Current pediatric diagnosis & treatment. 16th edition. Europe: McGraw Hill Education, 2002. h. 56-57