

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pengertian

1. Partus Tak Maju

Menurut Mochtar (1998), partus tak maju adalah suatu persalinan dengan his yang adekuat, yang tidak menunjukkan kemajuan pada pembukaan serviks, menurunnya kepala dan putar paksi selama 2 jam terakhir.

Menurut Liewellyn-Jones (2001), partus tak maju adalah suatu persalinan akibat penatalaksanaan persalinan yang dikelola tidak baik atau persalinan terabaikan.

2. Seksio Sesarea

Seksio sesarea adalah pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus (Prawirohardjo, 1999).

Kelahiran seksio sesarea ialah kelahiran bayi melalui transabdominal uterus (Bobak, 2000).

Seksio sesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut atau vagina, atau seksio sesarea adalah suatu histerotomia untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Mochtar, 1998).

Seksio sesarea adalah persalinan dengan laparotomi dan histerektomi (Thomas Rabe, 2002).

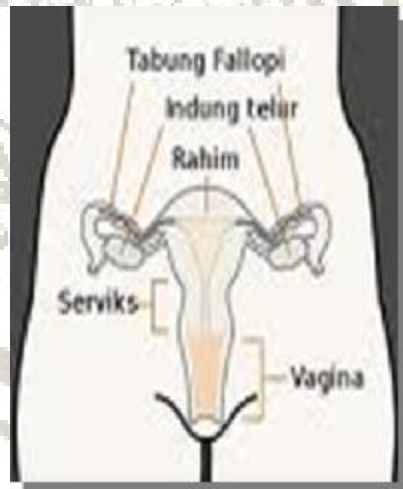
3. Konsep Nifas

Masa nifas dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil yang berlangsung kira-kira 6 minggu.

Masa nifas merupakan masa selama persalinan dan segera setelah kelahiran yang meliputi minggu-minggu berikutnya pada waktu saluran reproduksi kembali ke keadaan tidak hamil yang normal.

Masa nifas adalah masa setelah seorang ibu melahirkan bayi yang dipergunakan untuk memulihkan kesehatannya kembali yang umumnya memerlukan waktu 6-12 minggu.

B. Anatomi dan Fisiologi



Vagina : merupakan saluran potensial yang terbentang dari vulva ke uterus. Vagina berjalan ke atass dan ke belakang sejajar dengan pintu masuk pelvis vagina di kelilingi dan di topang oleh otot-otot dasar pelvis.

Seviks : Membentuk sepertiga bagian bawah uterus dan merupakan daerah di bawah ithmus yang meliputi ostium internum dan ostium eksternum. cerviks masuk ke dalam vagina denagan sudut tegak lurus, dan kadang- kadang cerviks juga di sebut sebagai collum uterus

Fisiologi

Vagina : terdapat media yang asam di dalam vagina yang di hasilkan oleh bacillus doederlen . yang merupakan mikro organism normal di dalam vagina . bacillus doederlen bekerja merubah glikogen pada dinding vagina menjadi asam laktat . jumlah glikogen pada dinding vagina di pengaruhi oleh siklus hormone ovarium . medium asam akan menghancurkan organism pathogen . jika sebaliknya bacillus tidak ada maka akan menyebabkan vaginitis.

Cerviks : Berfungsi membantu mencegah masuknya infeksi – infeksi ke dalam uterus , mengadakan dilatasi dan menarik diri selama persalinan untuk memungkinkan kelahiran fetus dan placenta lewat vagina, setelah kelahiran , cerviks kembali ke ukuran semula . hamper sama dengat ukuran saat tidak haamil.

Uterus : berfungsi menyiapkan tempat untuk ovum yang telah mengalami fertilsasi, member makan ovum yang telah di buahi selama masa kehamilan dan untuk mengeluarkan hasil konsepsi setelah cukup umur. untuk mengadakan involusi setelah kelahiran bayi.

Tubafalopi : Tuba fallopi memebentuk satu saluran (canalis) yang dapat di lalui ovum dan spermatozoa dan bersatu (fertilisasi) dan merupakan tempat ovum yang telah di buahi tadi memulai perkembangan awal .

Ovarium : untuk memproduksi (menghasilkan ovum untuk fertilisasi , esterogen , dan progesterone)

C. Etiologi

Menurut Prawirohardjo (1999) adalah adanya distosia servikalis yaitu terhalangnya kemajuan persalinan karena pembukaan serviks. Kelainan his yaitu inersia uteri (keadaan berkurangnya kemampuan kontraksi pada uterus yang melahirkan janin) dan coordinate uteri action (tidak adanya koordinasi antara kontraksi bagian atas, tengah, dan bawah pada uterus).

Menurut Mochtar (1998) etiologi atau indikasi dilakukan seksio sesarea adalah :

1. Plasenta previa sentralis dan lateralis (posterior).
2. Panggul sempit,
3. Disproporsi sefalo-pelvik : yaitu ketidakseimbangan antara ukuran kepala dan panggul,
4. Ruptur uteri mengancam,
5. Partus lama (prolonged labor),
6. Partus tak maju (obstructed labor),
7. Distosia serviks,
8. Pre-eklamsi dan hipertensi,
9. Mal presentasi janin.

Menurut Yusmiati dan Dodi (2007) etiologi atau indikasi dilakukannya seksio sesarea :

1. Upaya melahirkan yang panjang atau kegagalan melanjutkan (distrosi),
2. Kesulitan janin yang nyata,
3. Kesukaran yang nyata di pihak ibu,
4. Komplikasi-komplikasi (pre-eklamsi, herpes aktif),
5. Kelahiran kembar (kendati ini kontroversi),
6. Kandungan abdomen (posisi janin sungsang atau melintang),
7. Kegagalan induksi,
8. Kegagalan kelahiran dengan alat (dengan forceps atau ventouse),
9. Bayi terlalu besar (macrosomia),
10. Masalah-masalah plasenta (plasenta praevia, placental abruption/meluruh atau plasenta accreta/membesar),
11. Pelvis (tulang selangkangan) yang rapat (terkontraksi,
12. Pernah menjalani bedah sesarea,
13. Pernah bermasalah dalam pemulihan perineum (dari kelahiran sebelumnya atau penyakit crohn's).

D. Patofisiologi

Menurut Prwawirohardjo (1999) dan Mokhtar (1998), kesulitan dalam kemajuan pembukaan serviks dapat disebabkan oleh kelainan his dan distosia servikalis. Jenis-jenis kelainan his antara lain : inersia uteri dan coordinate uteri action. Pada inersia uteri, his lebih lemah, lebih singkat, dan lebih jarang dibandingkan dengan his yang normal. Sedangkan pada coordinate uteri

action, tidak ada koordinasi antara kontraksi bagian atas, tengah, dan bawah pada uterus. His yang tidak normal dan tidak adanya koordinasi menyebabkan his tidak efisien dalam mengadakan pembukaan sehingga persalinan tidak dapat maju.

Menurut Prawirohardjo (1999), suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dalam keadaan utuh mengingat bahwa terjadinya rupture uteri sesudah seksio sesarea dilakukan segmen bawah uterus tidak begitu besar, disini diambil sikap untuk membolehkan wanita hamil untuk bersalin pervaginam, kecuali jika sebab seksio sesarea tetap ada misalnya kesempitan panggul. Mengenai kontra indikasi perlu diingat bahwa seksio sesarea tidak dilakukan kecuali dalam keadaan terpaksa, misalnya janin sudah meninggal dalam uterus atau terlalu kecil untuk hidup diluar kandungan.

E. Tanda dan Gejala

1. Pada Ibu

Gelisah, letih, suhu badan meningkat, berkeringat, nadi cepat, pernafasan cepat, dan meteorismus. Di daerah lokal sering dijumpai edema vulva, edema serviks, cairan ketuban berbau, terdapat mekonium, tampak sakit (pucat, mata cekung, dan keringat dingin) pemeriksaan dalam 1 bagian terendah.

2. Pada Janin

Menurut mochtar (1998)

Denyut Jantung Janin (DJJ) cepat/hebat/tidak teratur bahkan negatif, air ketuban terdapat mekonium, kental kehijau-hijauan, berbau.

Kaput sekedaneum yang besar, moulage kepala yang hebat, kematian janin dan lam kandungan, kematian janin intra partal.

F. Penatalaksanaan

1. Penatalaksanaan Umum

Adalah wanita inpartu yang bersangkutan harus diawasi dengan seksama. Tekanan darah diukur tiap 4 jam, DJJ tiap ½ jam dalam kelas dan lebih sering pada kala II.

Pada inersia uteri periksa keadaan serviks, presentasi serta posisi janin turunnya kepala dalam panggul dan keadaan panggul. Apabila ada disposisi sevalopelvik (CPD) sebaiknya dilakukan seksio sesarea, jika tidak ada CPD berikan oksitosin dengan cara 5 satuan oksitosin dimasukkan ke dalam larutan glukosa 5% dan berikan secara infus intra vena dengan kecepatan 12 tts/menit, perlahan-lahan dapat dinaikkan sampai kira-kira 50 tts/menit. Kalau ternyata tidak ada kemajuan, pemberian dihentikan dan lakukan seksio sesarea.

Pada incoordinate urine action, usaha yang dilakukan yaitu mengurangi tonus otot dan ketakutan penderita. Hal ini dapat dilakukan dengan pemberian analgetik seperti morphin, pethidin, bila pembukaan

belum lengkap dan ketuban sudah pecah maka sebaiknya dilakukan seksio sesarea.

Sedangkan pada distosia servikalis harus dilakukan seksio sesarea sebelum jaringan parut servik robek yang dapat menjalar ke atas sampai bagian bawah uterus.

Penatalaksanaan umum dengan partus tak lama adalah sebagai berikut :

- a. Penilaian secara tepat keadaan umum pasien
- b. Tentukan apakah pasien berapa pada persalinan kala II
- c. Tentukan keadaan janin
- d. Periksa Djj selama/segera sesudah his
- e. Jika terdapat gawat janin lakukan seksio sesare
- f. Bila pasien merasakan nyeri yang sangat berikan analgetik

Penatalaksanaan post operasi seksio sesarea, menurut mochtar (1998) :

- a. Antibiotika

Dosis obat digunakan harus tepat dan adekuat serta bersifat spektrum luas

- b. Analgetik

Diberikan untuk mengurangi nyeri yang dirasakan di daerah operasi serta diberikan obat anti sakit dan penenang seperti pethidin dengan dosis 100-150mg atau morfin 10-15 mg atau secara perinfus.

- c. Pemberian cairan

Selama 24 jam pertama pendarahan pasca operasi, sehingga pemberian cairan infus harus banyak mengandung elektrolit biasanya D5% , D10%, RL secara bergatian.

d. Diit

Cairan infus dihentikan setelah penderita flatus, berikan makanan per oral secara bertahap mulai dari bubur halus, bubur kasar dan makanan biasa.

e. Perawatan luka insisi

Pembukaan balutan pada post seksio sesarea setelah 3 hari, luka dibersihkan dengan NaCl 0,9%, apabila luka basah dikompres dengan betadin dan jika kering cukup bersihkan dengan NaCl dan ditutup dengan kasa steril secara periodik.

f. Mobilisasi

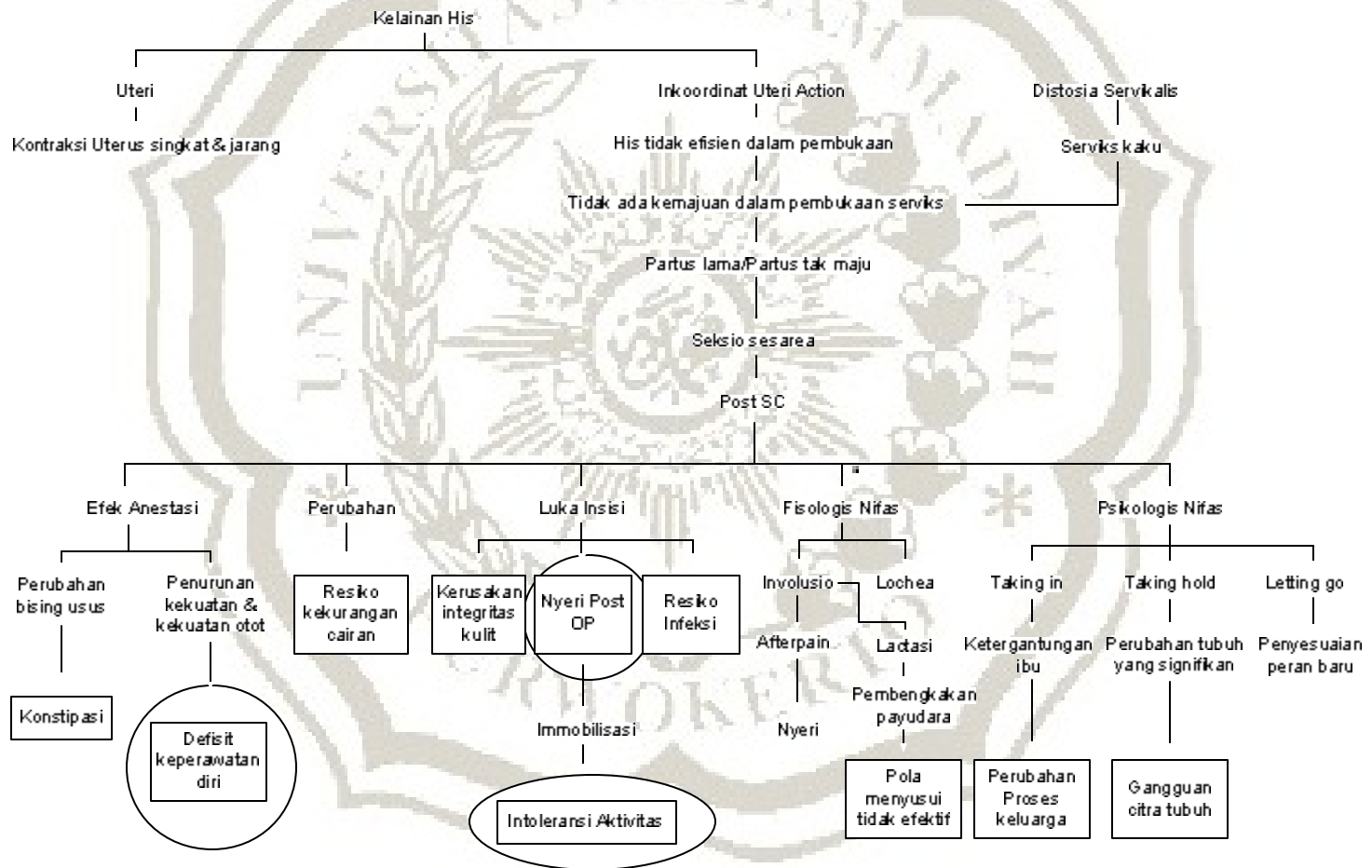
Mobilisasi dilakukan secara bertahap mulai dari miring kiri sejak 6-8 jam setelah pasien sadar. Hari ke 2 didudukkan selama 5 menit dan bernafas dalam-dalam lalu menghembuskan disertai bentk-bentuk kecil untuk melonggarkan pernafasan, kemudian berjalan sendiri pada hari ke 3-5 pasca bedah.

g. Kateterisasi

Kandung kemih yang penuh dapat menimbulkan rasa tidak enak pada penderita, sehingga dianjurkan pemasangan keteter selama 24-48 jam atau lebih menurut keadaan klien.

2. Penatalaksanaan Keperawatan

a. Pathways



Doengoes, Prawirohardjo, Mochtar

a. Fokus Intervensi

Intervensi Post operasi :

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan pembedahan, adanya prosedur invasif

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan masalah nyeri akut dapat berkurang skala 1 (0-10).

Kriteria Hasil :

- Pasien mengungkapkan berkurangnya nyeri
- Pasien tampak relaks, mampu tidur atau istirahat
- Nyeri berkurang dengan skala 1 (0-10)

Intervensi :

- Kaji skala nyeri
- Tentukan letak, karakteristik dan durasi rasa nyeri
- Ajarkan teknik relaksasi (tarik nafas dalam)
- Ubah posisi pasien nyaman mungkin
- Pantau tanda-tanda vital pasien
- Kolaborasi dengan tim medis untuk pemberian analgetik

- 2) Resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan, adanya luka insisi

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan masalah resiko infeksi dapat teratasi dengan tidak menunjukkan adanya tanda-tanda infeksi

Kriteria Hasil :

- Luka tidak terlihat tanda-tanda infeksi
- Balutan dan insisi bersih
- TTV dalam batas normal
- peningkatan dalam penyembuhan luka

Intervensi :

- Memonitor tanda-tanda vital
- Lakukan perawatan luka dengan teknik aseptik dan antiseptik
- Inspeksi balutan abdomen terhadap rembesan/eksudat
- Kolaborasi dengan tim medis untuk pemberiab antibiotik
- Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar

3) Resiko kekurangan cairan berhubungan dengan penurunan masukan

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan masalah resiko kekurangan cairan dapat teratasi dengan kebutuhan cairan tubuh dapat seimbang

Kriteria Hasil :

- Tekanan Darah dan Nadi dalam batas normal

- Cairan dalam tubuh seimbang

Intervensi :

- Monitor TTV
- Perhatikan jenis persalinan dan anestesi serta kehilangan darah
- Perhatikan adanya rasa haus, berikan cairan sesuai toleransi
- Kaji frekuensi dan jamlah berkemih
- Kolaborasi pergantian cairan yang hilang dengan infus yang mengandung elektrolit

4) Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan fisik

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan masalah defisit perawatan diri dapat teratasi dengan klien mampu mandiri dalam melakukan perawatan diri sendiri.

Kriteria Hasil :

- Klien dapat mendemonstrasikan teknik untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri
- klien dapat berpartisipasi dalam aktivitas pemberian makanan dan menggunakan pakaian

Intervensi :

- Perhatikan adanya peranan mengenai perubahan posisi

- Ubahposisi tiap 1-2 jam dan bantu untuk ambulasi
- Berikan bantuan sesuai kebutuhan dalam perawatan, kesejahteraan klien
- Ajarkan klien melakukan aktifitas ringan untuk membersihkan diri
- Berikan kesempatan klien untuk mencoba beraktifitas

5) Menyusui tidak efektif berhubungan dengan karakteristik payudara ibu

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan masalah menyusui tidak efektif dapat teratasi dengan ASI lancar, pola menyusui efektif

Kriteria Hasil :

- Klien dapat mendemonstrasikan teknik menyusui yang benar

Intervensi :

- Kaji pengetahuan klien tentang proses menyusui
- Berikan informasi perawatan puting dan payudara
- Ajarkan dan jelaskan perawatan payudara
- Berikan informasi teknik-teknik menyusui
- Perhatikan posisi bayi secara menyusui dan lamanya menyusui

6) Konstipasi berhubungan dengan penurunan mobilitas usus, penurunan tonus otot, kurang masukan

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan masalah konstipasi dapat teratasi dengan kembalinya pola eliminasi seperti biasa.

Kriteria Hasil :

- Tidak ada konstipasi
- Bising usus cukup dan keluar flatus

Intervensi :

- Auskultasi terhadap adanya bising usus
 - Palpasi abdomen perhatikan adanya ketidaknyamanan
 - Anjurkan cairan peroral yang adekuat
 - Tingkatkan ambulasi dini
 - Berikan kolaborasi medis
- 7) Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan insisi bedah

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan masalah kerusakan integritas kulit dapat teratasi dengan adanya kemajuan penyembuhan luka

Kriteria Hasil :

- Mencapai penyembuhan luka
- Klien mendemonstrasikan teknik untuk meningkatkan kesembuhan luka

Intervensi :

- Identifikasi perkembangan luka

- Tingkatkan masukan protein dan karbohidrat
 - Ganti balutan dengan teknik steril
 - Perhatikan jaringan nekrotik dan kondisi luka sekitar
- 8) Perubahan proses keluarga berhubungan dengan ketergantungan akan ibu

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan masalah perubahan proses keluarga dapat kembali normal

Kriteria Hasil :

- Mengekspresikan perasaan bahagia
- Klien dapat menerima perubahan dalam keluarga

Intervensi :

- Perhatikan komponen keluarga, adanya keluarga besar dan orang lain
- Identifikasi pola komunikasi dalam keluarga dan pola interaksi dalam anggota keluarga
- Kaji harapan dan peran dari anggota keluarga
- Akui kesulitan tentang situasi
- Tekankan pentingnya dialog terbuka kontinyu dalam anggota keluarga

- 9) Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan tubuh yang signifikan

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan masalah gangguan citra tubuh tidak terjadi.

Kriteria Hasil :

- Klien dapat menyatakan penerimaan diri
- Bicara dengan keluarga atau orang lain terdekat tentang perubahan yang terjadi

Intervensi :

- Kaji perubahan pada klien atau orang terdekat
- Terima dan akui ekspresi frustrasi
- Susun pembatasan perilaku maladaptif
- Dorong interaksi keluarga dengan imrehabilitas
- Berikan kelompok pendukung dari orang terdekat