

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Induksi Persalinan

1. Pengertian

Persalinan yang di induksi adalah persalinan yang dimulai dengan cara cara artifisial. (Oxorn Harry and Forte William, 2010). Sedangkan menurut (Prawirohardjo, 2007) Induksi persalinan adalah suatu tindakan pada ibu hamil yang belum inpartu, baik secara operatif maupun medikasi, untuk merangsang timbulnya kontraksi rahim sehingga terjadi persalinan. Dari pengertian tersebut penulis berpendapat induksi persalinan adalah usaha untuk merangsang timbulnya his agar persalinan segera dapat dilaksanakan.

2. Etiologi

Etiologi induksi persalinan menurut (Prawirohardjo, 2007) antara lain sebagai berikut :

- a. Penyakit hipertensi dalam kehamilan termasuk pre eklamsia dan eklamsi
- b. Post maturitas
- c. Ketuban pecah dini
- d. Kematian janin dalam kandungan
- e. Diabetes militus pada kehamilan 37 minggu
- f. Keadaan cacat janin atau gangguan pertumbuhan janin
- g. Primigravida
- h. Perdarahan antepartum
- i. Indikasi non medis : sosial, ekonomi dan lainnya.

3. Indikasi induksi menurut (Prawirohardjo, 2007)

- a. Indikasi janin
 - 1) Kehamilan lewat waktu.
 - 2) Ketuban pecah dini.
 - 3) Janin mati.
- b. Indikasi kontra
 - 1) Disproporsi sefalopelvik
 - 2) Insufisiensi plasenta
 - 3) Malposisi dan malpresentasi
 - 4) Plasenta previa
 - 5) Gemelli
 - 6) Distensi rahim yang berlebihan
 - 7) Grande multipara
- c. Indikasi ibu
 - 1) Kehamilan dengan diabetes mellitus
 - 2) Kehamilan dengan hipertensi.

4. Komplikasi

Komplikasi menurut (Oxorn Harry and Forte William, 2010) yang harus di perhatikan pada induksi persalinan adalah :

- a. Prolapsus funiculli dapat terjadi bila pemecahan artifisial ketuban di kerjakan sebelum bagian terendah masuk panggul.
- b. Kematian janin
- c. Persalinan lama
- d. Prematuritas sebagai akibat kesalahan menghitung tanggal perkiraan kelahiran
- e. Infeksi genital dan fetal setelah ketuban pecah lama
- f. Induksi dianggap gagal kalau uterus sama sekali tidak bereaksi terhadap stimulasi atau kalau uterus mengadakan kontraksi yang abnormal dan cervix tidak berdilatasi. Selama persyaratannya dipenuhi, angka keberhasilan pada induksi persalinan adalah sekitar 90 persen. Sekitar 10 persen melahirkan dengan *sectio caesaria*. Perlu di perhatikan bahwa pada banyak kasus, indikasi di lakukannya induksi dan *sectio caesaria* adalah sama, misalnya diabetes atau imunisasi Rh.

B. SC (Sectio Caesaria)

1. Pengertian

SC (*sectio cesaria*) adalah suatu persalinan buatan, dimana janin di lahirkan melalui suatu insiasi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram. (Prawirohardjo, 2007). Sedangkan pengertian SC (*sectio caesaria*) menurut (Oxorn Harry and Forte William. 2010) adalah suatu pembedahan guna melahirkan anak lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus. Berdasarkan pengertian tersebut maka penulis dapat mengambil keputusan bahwa *sectio cesaria* adalah suatu tindakan persalinan buatan yang membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut untuk melahirkan bayi.

2. Indikasi Sectio Caesaria

Indikasi *sectio caesaria* menurut (Oxorn Harry and Forte William. 2010). Setiap keadaan yang membuat kelahiran lewat jalan lahir tidak mungkin terlaksana merupakan indikasi absolut untuk *sectio abdominal*. Di antaranya adalah kesempitan panggul yang sangat berat dan neoplasma yang menyumbat jalan lahir. Pada indikasi relatif, kelahiran lewat vagina bisa terlaksana tetapi keadaan adalah sedemikian rupa sehingga kelahiran lewat *sectio caesaria* akan lebih aman bagi ibu, anak, dan keduanya.

3. Klasifikasi *Sectio Caesaria*

Hanya dua tipe yang paling umum dilakukan yang dibahas di bawah ini : (Oxorn Harry and Forte William. 2010).

a. *Persalinan Sectio Caesaria Melintang (Segmen Bawah)*

Jenis operasi ini dilakukan dengan membuat sayatan transversal pada segmen bawah rahim uterus.

b. *Sectio Caesaria Klasik*

Sebuah insisi tegak lurus atau vertikal dibuat langsung pada dinding korpus uterus. Ini adalah metode yang paling sederhana. Kadang kala tindakan ini dipilih saat janin dalam posisi melintang atau pada kasus *plasenta previa anterior*.

C. Konsep Masa Nifas

1. Pengertian

Masa nifas adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat - alat kandungan kembali seperti pra hamil. Lama masa nifas ini yaitu 6 - 8 minggu. (Wulandari, 2011). Sedangkan menurut (Anggraini, 2010) Masa nifas (puerperium) adalah masa yang di mulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat - alat kandungan kembali seperti keadaan semula (sebelum hamil) yang berlangsung kurang lebih 6 minggu.

Dari pendapat diatas dapat disimpulkan bahwa masa nifas adalah masa alat - alat reproduksi wanita kembali dalam posisi normal saat tidak hamil, di mulai setelah kelahiran plasenta berakhir setelah 2 minggu.

2. Klasifikasi Nifas

Masa nifas menurut (Anggraini, 2010) dibagi menjadi tiga 3 tahap yaitu :

a. Puerperium dini

Yaitu kepulihan dimana ibu telah di bolehkan berdiri dan berjalan jalan. Di dalam agama islam dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.

b. Puerperium intermedial

Yaitu kepulihan menyeluruh alat - alat genetalia yang lamanya 6 - 8 minggu.

c. Remote puerperium

Adalah waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna bisa berminggu minggu, bulanan, atau tahunan.

3. Adaptasi Masa Nifas menurut (Ambarwati, 2008)

a. Adaptasi Fisiologi

Yaitu perubahan fisiologi (involusi/pulihnya alat kandungan ke keadaan sebelum hamil) dan sistemik.

1) Uterus

Pada kala III TFU setinggi umbilicus dan beratnya 1000 gram, selamanya 7 - 10 hari pertama mengalami involusi dengan cepat. Post natal 12 hari sudah tidak dapat di raba melalui abdomen, setelah 6 minggu ukuran seperti sebelum hamil setinggi 8 cm dengan berat 50 gram. Di sebabkan oleh :

- a) Kontraksi dan retraksi serabut otot uterus yang terus menerus sehingga terjadi kompresi pembuluh darah yang menyebabkan anemia setempat dan akhirnya menjadi iskemia.
- b) Autolisis
- c) Sitoplasma sel yang berlebihan akan tercerna sendiri sehingga tinggal jaringan fibro/elastic.
- d) Atrofi Jaringan yang berproliferasi dengan adanya esterogen kemudian mengalami atrofi akibat penghentian esterogen

2) Lochea

Yaitu pengeluaran darah dan jaringan decidua yang nekrotik dari dalam uterus. Jenisnya :

- a) Rubra (hari 1 - 4) jumlahnya sedang, berwarna merah, terutama lendir dan darah
- b) Sanguinolenta (hari 4 - 7) berwarna coklat terdiri dari cairan bercampur darah.
- c) Serosa (hari 7 - 14) jumlah berkurang dan berwarna merah muda.
- d) Alba (2 - 6 minggu) jumlahnya sedikit, berwarna putih atau hampir tidak berwarna.

3) Servik

Setelah persalinan ostium eksterna dapat dimasuki 2 - 3 jari tangan, setelah 6 minggu servik menutup.

4) Vulva dan Vagina

Dalam beberapa hari setelah persalinan dalam keadaan dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu kembali dalam keadaan tidak hamil, rugae berangasur angsur muncul kembali dan labia lebih menonjol. Himen mengalami ruptur dan yang tersisa hanya kulit (karun kulae mirti formis).

5) Perineum

Pada post natal hari ke - 5 sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya.

6) Payudara

Lebih kencang, mula-mula nyeri tekan sebagai reaksi terhadap perubahan status hormonal serta dimulainya laktasi.

7) Traktus Urinarius

Urin dalam jumlah besar dihasilkan dalam waktu 12 - 36 jam post partum. Ureter akan kembali normal dalam waktu 6 minggu.

8) Sistem Gastrointestinal

Diperlukannya waktu 3 - 4 hari sebelum faal usus kembali normal. Asupan makanan berkurang, gerak tubuh berkurang, usus bagian bawah sering kosong.

9) Sistem Kardiovaskuler

Jumlah sel darah merah dan hb kembali normal setelah hari ke -5.

10) Hormonal

a) Prolaktin : diproduksi hipofise anterior untuk memproduksi asi,meningkat saat puting dirangsang oleh penghisapan bayi, menyebabkan amenorea.

b) Oksitosin : merangsang kontraksi myoepitel sehingga terjadi ejeksi dan ASI keluar, menyebabkan kontraksi uterus yang membawa involusi dan mencegah perdarahan post partum.

b. Adaptasi psikologis

Adaptasi psikologi masa nifas meliputi

1) *Fase " Taking In "*

Periode ketergantungan, fokus perhatian ibu pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan sering diulang - ulang ceritanya. Biasanya ibu cenderung pasif terhadap lingkungannya.

Pada fase ini perlu diperhatikan pemberian ekstra makanan untuk pemulihannya.

2) *Fase “ Taking Hold “*

Ketidak mampuannya dalam merawat bayi serta mudah tersinggung jika komunikasinya kurang hati - hati. Merupakan kesempatan yang baik untuk memberi penyuluhan berlangsung hari 3 - 10.

3) *Letting Go*

Berlangsung setelah 10 hari melahirkan. Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran baru sebagai seorang ibu. Mulai menerimaa tanggung jawab.

Fase-fase pada adaptasi ibu nifas yaitu taking in, taking hold, dan letting go yang merupakan perubahan perasaan sebagai respon alami terhadap rasa lelah yang dirasakan dan akan kembali secara perlahan setelah ibu dapat menyesuaikan diri dengan peran barunya dan tumbuh kembali dalam keadaan normal.

D. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Yaitu suatu cara untuk memperoleh data dan informasi pasien yang kemudian mengidentifikasi masalah - masalah pasien (Varney, 2008). Adapun pengumpulan data yang dikaji dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien post partum adalah sebagai berikut.

a. Identitas

- 1) Identitas pasien terdiri dari nama, umur, agama, pendidikan, pekerjaan, suku bangsa, alamat, tanggal masuk, tanggal partus, diagnosa medis.
- 2) Identitas penanggung jawab terdiri dari nama, umur, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, hubungan dengan pasien.

b. Keluhan Utama

Apa keluhan pasien setelah melahirkan dan keluhan yang menyertai

c. Riwayat Haid

Haid pertama kali, siklus, lamanya, banyaknya, bau darah dan keluhan saat haid.

d. Riwayat perkawinan

Pasien sudah berapa kali menikah dan sudah berapa lama.

e. Riwayat Kontrasepsi

Ikut menjadi aseptor KB atau tidak, jenis kontrasepsi yang digunakan dan berapa lama menjadi aseptor KB.

f. Riwayat Kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

(P?, A?) atau kehamilan keberapa, sudah melahirkan berapa kali dan apakah dulu pernah keguguran/aborsi.

g. Riwayat Kehamilan sekarang

Gangguan pada waktu hamil muda, tempat memeriksakannya, dan obat apa saja yang diberikan. Kapan hari pertama haid terakhir (HPHT) dan hari perkiraan lahir (HPL)

h. Riwayat Penyakit dahulu

Apakah pasien dulu pernah dirawat dirumah sakit dan pernahkah menjalani operasi, riwayat reproduksi.

i. Riwayat kesehatan keluarga

Di dalam keluarga pasien apakah ada yang mempunyai penyakit keturunan, menular dan anak kembar. Cantumkan genogram apabila dalam keluarga terdapat penyakit keturunan dan riwayat anak kembar.

j. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Bagaimana keadaan pasien setelah melahirkan

2) Kesadaran dan vital sign

Bagaimana kesadaran, vital sign pasien setelah melahirkan

3) Mata, periksa konjungtiva adakah tanda anemis, jika pucat/anemis lanjutkan cekHb/Ht, anemis pada ibu nifas karena pengaruh pengeluaran darah pada saat persalinan.

4) Leher, adakah pembesaran kelenjar tyroid, serta adakah nyeri telan

5) Payudara/mamae, periksa bentuk, kebersihan, pembesarannya, periksa aerolamamae, hiperpigmentasi, papilla periksa bentuk, kebersihan, warna, ASI keluar/belum.

6) Abdomen, periksa kebersihan linea nigra, striae, luka post operasi, tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, ada/tidak distensi bladder.

- 7) Genetalia, pada vagina periksa ada tidaknya pembengkakan, periksa adanya pengeluaran lochea, terpasang DC atau tidak. Pada perineum periksa tentang keutuhan, rupture, dilakukan episiotomy atau tidak.
- 8) Ekstremitas, terpasang infus/tidak, adakah edema, adanya keterbatasan gerak, pada pemeriksaan, ekstremitas bawah adakah odem, adakah tromboflebitis / nyeri tungkai (Homan Sign), adakah keterbatasan gerak.

2. Diagnosa Keperawatan dan Intervensi

Diagnosa yang mungkin muncul pada pasien sectio caesaria antara lain (Herdman, 2015)

a. Nyeri akut b.d agen injury fisik

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan pasien mampu mengontrol nyeri, melaporkan nyeri berkurang.

Kriteria Hasil :

- 1) Menggunakan skala nyeri untuk mengidentifikasi tingkat nyeri.
- 2) Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri.
- 3) Melaporkan kebutuhan tidur dan istirahat cukup.

Intervensi :

- 1) Kaji secara komprehensif tentang nyeri.
- 2) Observasi isyarat - isyarat non verbal dari ketidaknyamanan.
- 3) Beri informasi tentang nyeri.
- 4) Berikan analgetik sesuai dosis.
- 5) Kolaborasi dengan dokter bila tindakan tidak berhasil.

R/

- 1) Mengetahui keadaan nyeri.
- 2) Mengetahui ketidaknyamanan pasien.
- 3) Pengetahuan tentang nyeri.
- 4) Mengurangi/ menghilangkan nyeri.
- 5) Mengantisipasi bila tindakan tidak berhasil.

b. Defisit perawatan diri b.d kelemahan.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam. Diharapkan pasien mampu melakukan ADLS dengan mandiri

Kriteria Hasil :

- 1) Menunjukkan perawatan, aktivitas kehidupan sehari - hari
- 2) Pasien dapat mengungkapkan secara verbal kepuasan tentang kebersihan tubuh.
- 3) Melakukan perawatan secara mandiri.

Intervensi :

- 1) Monitor kebutuhan klien untuk alat - alat bantu
- 2) Dorong klien untuk melakukan aktifitas sehari - hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki
- 3) Pertimbangkan keadaan klien jika mendorong pelaksanaan sehari-hari

R/

- 1) Mengetahui bantuan yang diperlukan klien.
- 2) Mengetahui bantuan yang diperlukan klien.
- 3) Privasi dapat meningkatkan harga diri klien.

c. Resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan pasien bebas dari tanda dan segala infeksi.

Kriteria Hasil :

- 1) Tidak terjadi tanda - tanda infeksi (rubor, dolor, calor, tumor, functio laesa)
- 2) Tanda- tanda vital dalam batas normal (TD : 100 - 130.70 - 90 mmHg, S: 36 - 37 C, N : 70 - 100 x/menit, RR : 16 - 20 x/menit)

Intervensi :

- 1) Monitor tanda dan gejala infeksi.
- 2) Monitor kerentanan terhadap infeksi.
- 3) Batasi pengunjung bila perlu.
- 4) Berikan terapi anti biotik.
- 5) Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain

R/

- 1) Mendeteksi dini terjadinya infeksi.
- 2) Menggambarkan faktor yang menunjang penularan agen infeksius.
- 3) Mendeteksi dini infeksi.
- 4) Mendeteksi dini infeksi.
- 5) Menggambarkan faktor yang menunjang penularan agen infeksius.

d. Defisit pengetahuan b.d kurangnya paparan informasi tentang teknik menyusui

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam. Di harapkan pasien menyatakan pemahamannya tentang teknik menyusui yang baik dan benar.

Kriteria Hasil :

- 1) Klien dapat memahami cara menyusui yang benar.
- 2) Klien dapat menyusui bayi dengan benar.
- 3) Menunjukkan bonding ibu dan bayi.
- 4) Bayi tidak bingung puting.
- 5) Klien dapat merawat payudaranya.

Intervensi :

- 1) Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien.
- 2) Sediakan informasi pada pasien dengan cara yang tepat.
- 3) Berikan pendidikan kesehatan tentang teknik menyusui yang benar.
- 4) Ajarkan cara merawat payudara yang tepat.

R/

- 1) Mengetahui cara menyusui yang benar.
- 2) Pengetahuan tentang memberikan asi yang benar.
- 3) Mengetahui pengetahuan tentang perawatan payudara.
- 4) Mengetahui cara perawatan payudara yang benar.