

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka

1. Seksio Sesarea (SC)

Persalinan seksio sesarea adalah kelahiran janin melalui insisi pada abdomen dan uterus (Dorland, 2012). Seksio caesarean merupakan cara persalinan dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding perut bagian depan (Mochtar, 2012). Definisi lain dari seksio sesarea adalah persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh dan perkiraan berat janin lebih dari 500 gram (Prawiroharjo, 2009). Menurut El-Ardat dkk (2014) seksio sesarea adalah operasi paling umum, dengan perbedaan yang ditandai dalam insiden antara wilayah dunia antar lembaga rumah sakit yang berbeda.

a. Indikasi seksio sesarea

Menurut Nasedul (2007) terdapat 8 indikasi dilakukannya seksio sesarea pada saat persalinan:

- 1) Disproporsi sefalopelvik
- 2) Gawat janin
- 3) Plasenta previa
- 4) Malpresentasi janin

- 5) Kontraksi rahim yang lemah
- 6) Preeklamsia
- 7) Riwayat seksio sesarea
- 8) Ibu meninggal.

Murray & McKinney (2007) berpendapat bahwa Herpes genital yang menginfeksi saluran genital disebabkan oleh *Herpes Simplex Virus* (HSV) menjadi salah satu indikasi dilakukannya seksio sesarea untuk menghindari penularan dari ibu kepada janin.

b. Teknik Pembedahan Seksio Sesarea

- 1) Segmen Bawah: insisi melintang

Insisi melintang segmen bawah merupakan pilihan. Abdomen dibuka dan uterus disingkapkan. Lipatan *vasicouretrina peritoneum* (*blader flap*) yang terletak dekat sambungan segmen atas dan bawah uterus ditentukan dan disayat melintang, lipatan ini dilepaskan dari segmen bawah agar tidak menutupi lapangan pandang. Pada segmen bawah dibuat insisi melintang kecil, luka insisi ini dilebarkan kesamping dengan jari-jari tangan dan berhenti di dekat daerah pembuluh – pembuluh darah uterus.

Kepala janin yang pada sebagian besar kasus terletak di balik insisi diekstraksi atau didorong, diikuti oleh bagian tubuh lainnya dan kemudian plasenta serta selaput ketuban. Insisi

melintang tersebut ditutup dengan jahitan catgut bersambung satu lapis atau dua lapis. Lipatan vesicouterina kemudian dijahit kembali pada dinding uterus sehingga seluruh luka insisi terbungkus dan tertutup dari rongga peritoneum generalisata.

Keuntungan dari insisi ini adalah insisi dilakukan pada segmen bawah uterus, otot tidak dipotong tetapi dipisah kesamping, cara ini mengurangi risiko perdarahan. Lapisan otot yang tipis dari segmen bawah rahim lebih mudah dirapatkan kembali dibanding segmen atas yang tebal sehingga keseluruhan luka insisi terbungkus oleh lipatan vesicouterina sehingga mengurangi perembesan ke dalam kavum peritonia generalisata.

2) Segmen Bawah: Insisi Membujur

Cara pembukaan abdomen dengan menyingkap uterus sama pada insisi melintang. Insisi membujur dibuat dengan skapel dan dilebarkan dengan gunting tumpul untuk menghindari cedera pada bayi.

Insisi membujur mempunyai keuntungan, yaitu kalau perlu luka insisi bisa diperlebar keatas. Pelebaran ini dibutuhkan jika janin makrosomia, pembentukan segmen bawah buruk, ada malposisi janin seperti letak lentang atau anomali janin seperti kehamilan kembar yang menyatu (*conjoined twins*).

Salah satu kerugian utamanya adalah perdarahan dari tepi sayatan yang lebih banyak terpotong otot. Juga, sering luka insisi tanpa dikehendaki meluas ke segmen atas sehingga nilai penutupan retroperitoneal yang lengkap akan hilang.

3) Seksio Sesarea Klasik

Insisi longitudinal dari garis tengah dibuat sengan *scalpel* ke dalam dinding anterior uterus dan dilebarkan ke atas serta ke bawah dengan gunting beujung tumpul. Janin serta plasenta dikeluarkan dan uterus ditutup dengan jahitan tiga lapis. Pada masa sekarang metode ini sudah kurang dipertimbangkan. Satu-satunya indikasi untuk prosedur segmen atas adalah kesulitan teknis dalam menyingkap segmen bawah. Teknik seksio sesarea klasik sangat jarang digunakan karena kejadian perlekatan isi abdomen pada luka jahitan uterus dan meningkatkan risiko insidensi ruptur uteri pada kehamilan selanjutnya.

4) Seksio Sesarea Ekstraperitoneal

Pembedahan ekstraperitoneal dikerjakan untuk menghindari perlunya perlunya histerektomi pada kasus-kasus yang mengalami infeksi luas dengan mencegah peritonitis generalisata yang bersifat fatal. Ada beberapa metode seksio sesarea ekstraperitoneal, seperti metode Waters, Latzko dan Norton.

Teknik pada prosedur ini relatif sulit, sering tanpa sengaja masuk ke dalam kavum peritonium dan meningkatnya kejadian cedera vesica urinaria. Perawatan prenatal yang baik, penurunan insidensi kasus yang terlantar dan tersediannya darah serta antibiotik telah mengurangi perlunya teknik ekstrapéritoneal.

5) Histerektomi Sesarea

Pembedahan ini merupakan seksio sesarea yang dilanjutkan dengan pengeluaran uterus. Jika memungkinkan histerektomi harus dikerjakan lengkap (histerektomi total). Akan tetapi, karena subtotal menjadi pilihan jika terjadi perdarahan hebat dan pasien mengalami shock, atau jika pasien dalam keadaan buruk akibat sebab lainnya. Pada kasus seperti ini, tujuan pembedahan adalah menyelesaikan masalah secepat mungkin.

Histerektomi sesarea dilakukan atas indikasi; perdarahan akibat atonia uteri setelah terapi konservatif gagal, perdarahan yang tidak terkendali pada kasus plasenta previa dan abrupsi plasenta tertentu, plasenta akreta, multipel fibromia, kasus-kasus tertentu kanker serviks atau ovarium, ruptur uteri yang tidak dapat diperbaiki, sebagai metode sterilisasi kalau kelanjutan haid tidak dikehendaki atas alasan medis serta pada kasus-kasus yang terlantar dan terinfeksi jika risiko peritonitis

generalisata tidak dijamin dengan mempertahankan uterus misalnya pada ibu yang telah memiliki beberapa orang anak dan tidak ingin menambah lagi.

Sebagai suatu metode sterilisasi, prosedur ini memiliki beberapa keuntungan tertentu dibandingkan dengan pengikatan tuba yaitu termasuk angka kegagalan yang lebih rendah dan pengeluaran organ yang kemudian hari bisa menimbulkan kesulitan. Namun demikian, komplikasi histerektomi secara cukup banyak hingga prosedur ini tidak dianjurkan sebagai prosedur rutin sterilisasi (Oxorn dan Forte, 2010).

c. Komplikasi Seksio Sesarea

1) Pada ibu

Faktor yang mempengaruhi angka kesakitan dan angka kematian ibu pada proses persalinan dengan metode seksio sesarea di pengaruhi oleh indikasi seksio sesarea dan lamanya proses persalinan tersebut. Jika seorang wanita dengan plasenta previa memiliki risiko perdarahan lebih besar dibanding wanita yang menjalani seksio sesarea elektif karena disproporsi sefalopelvik. Lama berlangsungnya persalinan juga menentukan seberapa besar risiko infeksi setelah seksio sesarea.

Komplikasi yang dapat terjadi pada ibu adalah:

a) Infeksi *puerperal*

Komplikasi ini dapat bersifat ringan maupun berat. Infeksi *puerperal* ringan dapat berupa kenaikan suhu tubuh selama beberapa hari dalam masa nifas dan infeksi *puerperal* berat dapat berupa peritonitis, sepsis dan sebagainya yang dapat mengancam nyawa ibu.

b) Perdarahan

Perdarahan banyak bisa timbul pada waktu pembedahan jika cabang-cabang arteria uterina ikut terbuka, atau karena atonia uteri.

c) Komplikasi-komplikasi lain.

Komplikasi lainnya ini seperti luka pada buli-buli, emboli paru-paru dan sebagainya sangat jarang terjadi

d) Suatu komplikasi yang baru nampak seperti kurang kuatnya jaringan parut pada dinding uterus, yang dapat menyebabkan ruptur uteri pada kehamilan berikutnya (Prawirohadjo, 2009).

2) Pada Anak

Kompilikasi terhadap anak bergantung pada indikasi dilakukannya seksio sesarea. Angka kematian anak pada proses persalinan seksio sesarea adalah sebesar 4 sampai 7% (Prawirohardjo, 2009).

2. *Vaginal Birth After Caesarean (VBAC)*

Terdapat pilihan metode persalinan ketika seseorang pernah menjalani *sectio caesarean* seperti pilihan mengulangi persalinan *sectio caesaren* atau memilih VBAC (Sabol dkk, 2015). Wanita dapat memilih *Vaginal Birth After Caesarean (VBAC)* yang memiliki angka morbiditas lebih rendah dibanding yang mengulang *sectio caesarean* (Metz dkk, 2013).

a. *Persyaratan Vaginal Birth After Caesarean (VBAC)*

American College of Obstetricians and Gynecologists (2010) mengemukakan bahwa kriteria seleksi kandidat untuk persalinan dengan metode VBAC adalah:

- 1) Riwayat satu kali seksio sesarea transversal rendah
- 2) Panggul adekuat secara klinis
- 3) Tidak ada jaringan parut atau riwayat ruptur uteri
- 4) Sepanjang persalinan aktif selalu tersedia dokter yang mampu memantau persalinan dan mampu melakukan seksio sesarea secara darurat
- 5) Ketersediaan anastesi dan petugas untuk seksio sesaria darurat.

b. *Kontraindikasi Vaginal Birth After Caesarean (VBAC)*

- 1) Pasien dengan riwayat seksio saesarea sayatan transversal rendah lebih dari dua kali

Wanita dengan riwayat lebih dari sekali menjalani seksio sesarea dan pada proses persalinan selanjutnya

melakukan proses persalinan dengan metode pervaginal memiliki risiko 0,9-3.7% mengalami ruptur uteri dibandingkan wanita yang hanya sekali menjalani proses seksio sesarea (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2010).

2) Terdapat jaringan parut uteri atau riwayat ruptur uteri lainnya

Jaringan parut pada uteri dan riwayat ruptur uteri meningkatkan terjadinya ruptur uteri yang dapat mengancam nyawa ibu (Cunningham dkk, 2010).

3) Indikasi seksio sesarea sebelumnya adalah disproporsi sefalopelvik

Disproporsi sefalopelvik adalah ukuran panggul yang sempit sehingga panggul tidak cukup untuk dilalu janin pada saat persalinan (Prawirohardjo, 2009).

4) Pasien dengan jarak kehamilan kurang dari 12 bulan

Jarak kehamilan minimal adalah 12 bulan karena tubuh memerlukan waktu minimal 12 bulan untuk mengembalikan fungsi dan anatomi dari uterus. Hal ini dilakukan untuk mencegah terjadinya ruptur uteri (Cunningham dkk, 2010).

5) Janin dengan malpresentasi

Malpresentasi janin adalah keadaan dimana posisi janin saat dilahirkan dengan letak melintang atau sungsang

dimana letak janin terletak memanjang dengan kepala di fundus uteri dan bokong di bagian bawah kavum uteri. ada empat jenis presentasi sungsang yaitu, presentasi bokong, persenti bokong kaki sempurna, presentasi bokong kaki tidak sempurna dan presentasi kaki. Malpresentasi ini dapat meningkatkan risiko kematian janin karena malpresentasi dapat menyebabkan janin mengalami hipoksia. Hipoksia dapat terjadi akibat terjepitnya tali pusar antara kepala dan panggul pada saat kepala memasuki rongga panggul dan hipoksia dapat terjadi karena retraksi uterus yang menyebabkan lepasnya plasenta sebelum janin dilahirkan (Prawirohardjo, 2009).

c. Faktor yang mempengaruhi keberhasilan *Vaginal Birth After Caesarean (VBAC)*

1) Indikasi *Sectio Caesarean* Sebelumnya

a) Indikasi Janin

i) Malpresentasi Janin

Kelainan letak atau presentasi janin. Misanya janin dalam posisi melintang atau sungsang. Dengan dilakukannya *antenatal care* akan dapat mendiagnosis terjadinya malpresentasi janin sebelum persalinan sehingga dapat dilakukan penanganan untuk membuat presentasi janin dalam posisi semestinya (Prawirohardjo, 2009).

ii) Gawat Janin

Gawat janin adalah suatu kondisi dimana janin dalam kondisi terinfeksi seperti pada kasus ketuban pecah dini (KPD) sehingga janin terbenam dalam cairan ketuban yang busuk atau janin ikut mengalami demam tinggi karena ibu mengalami *eclamsia* (keracunan kehamilan). Keadaan ini membuat janin dalam kondisi terancam.

b) Indikasi ibu

i) Kegagalan induksi

Induksi persalinan adalah usaha agar persalinan mulai berlangsung sebelum atau sesudah kehamilan cukup bulan dengan jalan merangsang timbulnya his (Sinclair, 2010).

Adapun indikasi induksi persalinan yaitu ketuban pecah dini, kehamilan lewat waktu, oligohidramnion, korioamnionitis, preeklamsia berat, hipertensi akibat kehamilan, *intrauterine fetal death* (IUFD) dan pertumbuhan janin terhambat (PJT), insufisiensi plasenta, perdarahan *antepartum*, dan *umbilical abnormal arteri doppler*. (Mansjoer, 2010).

ii) Partus tak maju

Partus tak maju adalah kondisi dimana tidak adanya penurunan kepala, pembukaan, serta putaran paksi yang menunjukkan bahwa persalinan tidak maju dan perlu dilakukan tindakan (Oxorn & Forte, 2010).

Indikasi seksio sesarea sebelumnya menentukan keberhasilan tindakan *vaginal birth after caesarean* (VBAC) pada persalinan berikutnya. Jika indikasi seksio sesarea sebelumnya adalah mal presentasi janin dan gawat janin memiliki tingkat keberhasilan lebih tinggi dibandingkan indikasi seksio sesarea sebelumnya adalah kegagalan induksi dan persalinan tak maju (Gupta dkk, 2014).

2) Skor BISHOP

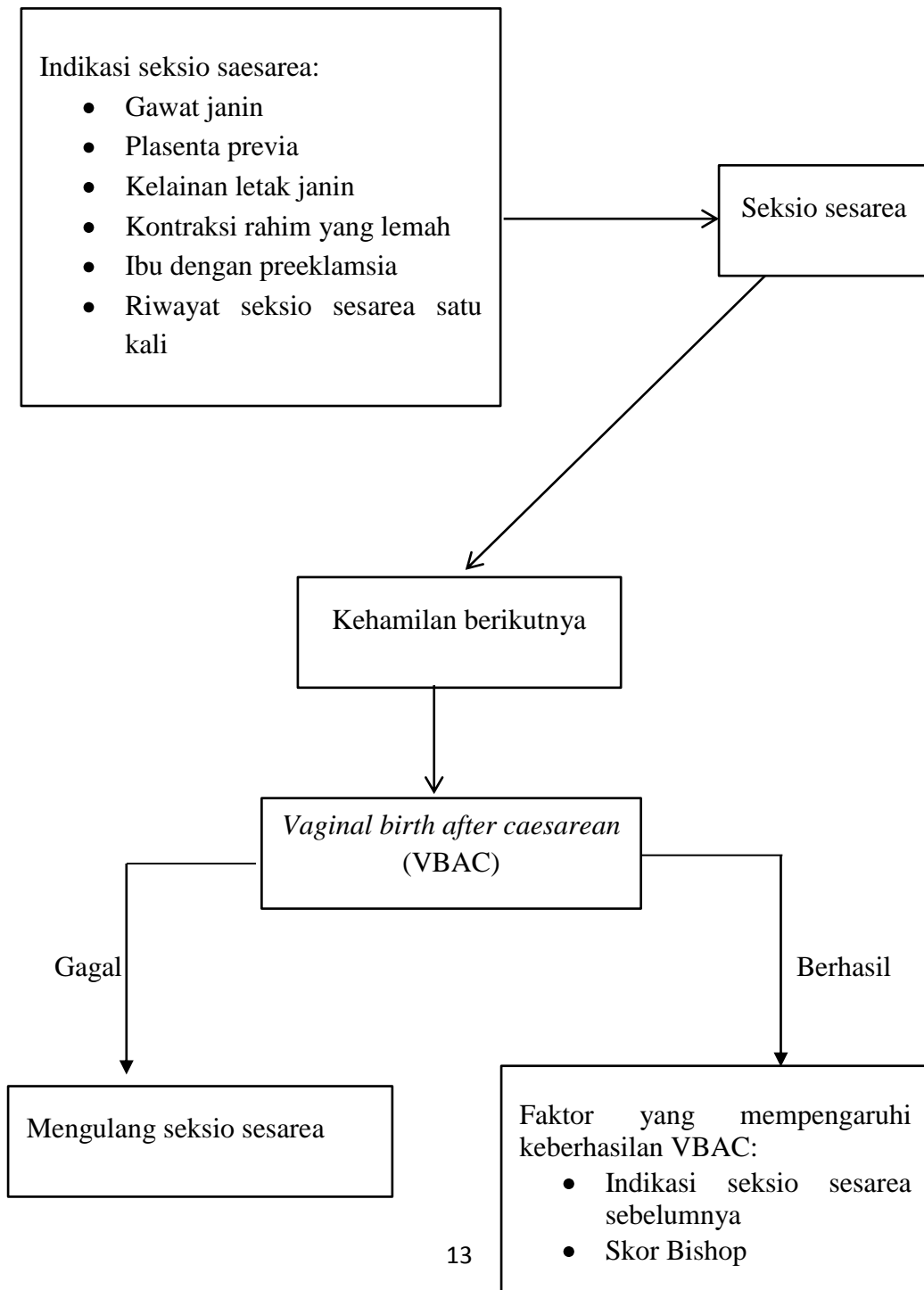
Parameter skor bishop adalah pembukaan, pendataran, *station*, konsistensi dan posisi servik (Cunningham dkk, 2010).

Tabel 2. Sistem Skor Bishop

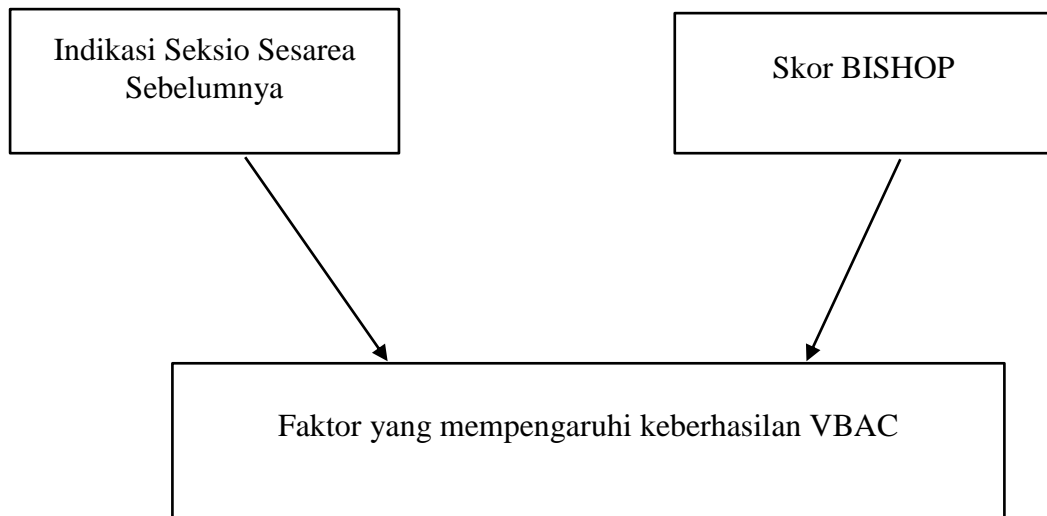
Skor	0	1	2	3
Pembukaan serviks (cm)	0	1-2	3-4	≥5
Pendataran serviks (%)	0-30	40-50	60-70	80
<i>Station</i>	-3	-2	-1 0	+1 +2
Konsistensi serviks	Keras	Sedang	Lunak	-
Posisi serviks	Posterior	Medial	Anterior	-

Skor Bishop yang semakin tinggi skor Bishop maka akan semakin tinggi angka keberhasilan tindakan *vaginal birt after caesarean*, hal ini didasari oleh keadaan kesiapan serviks untuk dilalui janin saat persalinan vaginal (Gupta dkk, 2014).

B. Kerangka Teori



C. Kerangka Konsep



D. Hipotesis

Hipotesis dari penelitian ini adalah:

1. HO:

- a. Tidak terdapat hubungan antara alasan seksio sesarean (SC) sebelumnya dengan keberhasilan *vaginal birth after caesarean* (VBAC).
- b. Tidak terdapat hubungan antara skor Bishop dengan keberhasilan *vaginal birth after caesarean* (VBAC).

2. H1:

- a. Terdapat hubungan antara alasan seksio sesarean (SC) sebelumnya dengan keberhasilan *vaginal birth after caesarean* (VBAC).
- b. Terdapat hubungan antara skor Bishop dengan keberhasilan *vaginal birth after caesarean* (VBAC).