

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Seksio Sesarea

1. Definisi

Istilah seksio sesarea berasal dari bahasa Latin dari kata *Caedera* yang artinya memotong. Seksio sesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Mochtar, 2012). Definisi lain dari seksio sesarea adalah sebagai lahirnya janin melalui insisi di dinding abdomen (laparotomi) dan dinding uterus (histerektomi). (Cunningham et al, 2006). Operasi caesar adalah salah satu dari sepuluh operasi besar yang paling umum, dengan perbedaan yang ditandai dalam insiden antara berbagai wilayah dunia dan antar lembaga rumah sakit yang berbeda (El-Ardat, 2014).

2. Klasifikasi

Terdapat dua kelompok besar operasi sesar yaitu :

a. Seksio Sesarea Klasik

Dilakukan dengan membuat sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira sepanjang 10 cm. Keuntungannya dengan teknik ini adalah janin dapat dikeluarkan lebih cepat dan tidak mengakibatkan komplikasi kandung kemih yang tertarik. Akan tetapi, kekurangannya bilamana terdapat infeksi, maka akan dengan mudah menyebar secara intra abdominal, juga tidak jarang ditemukan ruptur uteri pada persalinan selanjutnya (Mochtar, 2012).

Menurut (Cunningham et al, 2006) teknik insisi sesarea klasik kadang-kadang perlu dilakukan untuk melahirkan janin dengan indikasi berikut ini:

- 1) Apabila segmen bawah uterus tidak dapat dipajankan atau dimasuki dengan aman karena kandung kemih melekat erat akibat pembedahan sebelumnya,

atau apabila sebuah mioma menempati segmen bawah uterus, atau apabila terdapat karsinoma invasif di serviks.

- 2) Apabila janin berukuran besar dan terletak melintang, terutama apabila selaput ketuban sudah pecah dan bahu terjepit jalan lahir.
- 3) Pada sebagian kasus plasenta previa dengan implantasi anterior.
- 4) Pada sebagian kasus janin yang sangat kecil, terutama dengan presentasi bokong, yang segmen bawah uterusnya tidak menipis.
- 5) Pada sebagian kasus ibu dengan obesitas berat yang hanya memungkinkan untuk mengakses bagian atas uterus saja.

b. **Seksio Sesarea Transperitoneal Profunda**

Dilakukan dengan membuat sayatan melintang konkaf pada segmen bawah rahim (*low cervical transversal*) kira-kira 10 cm. Perdarahan yang terjadi tidak sebanyak yang terjadi pada teknik klasik. Keuntungan lain adalah penjahitan luka lebih mudah kecilnya kemungkinan terjadi ruptur uteri pada kelahiran berikutnya. Namun karena sayatan dilakukan secara melintang, jika tidak hati-hati maka menimbulkan risiko ikut terputusnya arteri uterina yang menyebabkan perdarahan lebih banyak (Mochtar, 2012).

3. Indikasi

Dalam persalinan ada beberapa faktor yang menentukan keberhasilan suatu persalinan yaitu jalan lahir, janin, kekuatan ibu, dan penolong. Apabila terdapat salah satu gangguan pada salah satu faktor tersebut akan mengakibatkan persalinan tidak berjalan dengan lancar bahkan dapat menimbulkan komplikasi yang dapat membahayakan ibu dan janin (Mochtar, 2012).

Operasi seksio sesarea dilakukan jika kelahiran pervaginam mungkin akan menyebabkan risiko pada ibu ataupun pada janin. Adapun indikasi dilakukannya seksio sesarea adalah:

- a. Pada pasien dengan jaringan parut meluas ke fundus. Hal ini didapatkan pada seksio sesarea dengan insisi klasik pada kelahiran sebelumnya yang meningkatkan risiko terjadinya ruptur uteri sehingga tidak memungkinkan untuk dilakukannya persalinan pervaginam.
- b. Jika saat inpartu terdapat kontraksi lemah dan tidak terkoordinasi yang menyebabkan kurangnya kekuatan untuk mendorong bayi keluar dari rahim (*incoordinate uteri action*).
- c. Pada pemeriksaan didapatkan kriteria panggul sempit, sehingga besar bagian terbawah janin tidak proporsional dengan panggul ibu (*disproporsi*).
- d. Pada kasus gawat janin akibat infeksi, misalnya kasus ketuban pecah dini (KPD) dimana bayi terendam cairan ketuban yang busuk.
- e. Kasus perdarahan antepartum, seperti plasenta previa dan solusio plasenta.
- f. Pada kasus kelainan letak atau presentasi janin. Misalnya janin dengan posisi melintang atau sungsang. (Cunningham et al, 2006).

B. Plasenta Previa

1. Definisi

Plasenta previa adalah plasenta yang implantasinya tidak normal, dapat pada segmen bawah rahim hingga menutupi seluruh atau sebagian ostium uteri internum dan oleh karenanya bagian terbawah janin seringkali terkendala memasuki Pintu Atas Panggul (PAP). Pada keadaan normal plasenta umumnya terletak di korpus uteri bagian depan atau belakang agak ke arah fundus uteri (Chalik,2009).

Plasenta previa adalah suatu kondisi di mana plasenta terletak pada segmen bawah rahim, sepenuhnya atau sebagian menghalangi os internal serviks (Rosenberg, 2010).

2. Etiologi dan Faktor Resiko

Etiologi plasenta previa belum diketahui secara pasti. Namun didapatkan beberapa faktor risiko, diantaranya :

a. Multiparitas

Plasenta previa lebih sering terjadi pada kasus multiparitas. Hal ini disebabkan karena jaringan parut (jejas) rahim pada kehamilan berulang akibat luasnya jaringan yang rusak oleh karena digunakan sebagai tempat implantasi plasenta kehamilan sebelumnya. Jaringan parut ini menyebabkan tidak adekuatnya aliran darah ke plasenta sehingga plasenta menjadi lebih tipis (Wardana dan Karkata. 2007). Plasenta previa juga lebih sering terjadi pada kasus multiparitas dengan Insiden 2,2% dan meningkat drastis dibandingkan dengan insiden pada wanita dengan para yang lebih rendah. (Cunningham et al, 2006).

b. Paritas dengan jarak persalinan < 2 tahun

Manuaba dkk (2010) menjelaskan bahwa pada paritas dengan jarak antar persalinan pendek, endometrium belum tumbuh sempurna ketika menjadi tempat hasil pembuahan dan implantasi plasenta, sehingga dapat menjadi faktor terjadinya plasenta previa.

c. Ibu hamil dengan usia ekstrim

Umur adalah lama waktu hidup atau ada (sejak dilahirkan atau diadakan). Usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20-35 tahun. Kematian maternal pada wanita hamil dan melahirkan pada usia < 20 dan > 35 tahun

ternyata 2-5 kali lebih tinggi daripada kematian maternal yang terjadi pada usia 20-35 tahun. (Cunningham et al, 2006)

Diduga risiko plasenta previa meningkat dengan semakin ekstrimnya usia ibu. Plasenta previa dapat terjadi pada umur diatas 35 tahun karena endometrium yang kurang subur, sklerosis pembuluh darah arteri kecil dan arteriole miometrium menyebabkan aliran darah ke endometrium tidak merata sehingga plasenta tumbuh lebih lebar dengan luas permukaan lebih besar, juga pada usia terlalu muda karena pertumbuhan endometrium belum sempurna (Manuaba dkk, 2010).

d. Riwayat seksio sesarea

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa resiko terjadinya plasenta previa adalah termasuk riwayat persalinan dengan tindakan seksio sesarea. Risiko kejadian plasenta previa relatif meningkat pada wanita dengan 4 kali operasi sesar dibandingkan dengan wanita yang hanya 1 kali melakukan tindakan operasi pada persalinannya (Cunningham et al, 2006).

e. Riwayat abortus dan kuretase

Endometrium yang cacat akibat bekas operasi dan kuretase menjadi faktor yang berpengaruh pada kasus plasenta previa (Manuaba dkk, 2010).

f. Merokok

Merokok menyebabkan risiko relatif untuk plasenta previa, insidennya meningkat dua kali lipat akibat merokok. Beberapa teori menyatakan bahwa hipoksemia akibat karbon monoksida menyebabkan hipertropi plasenta kompensatorik. Temuan-temuan lain juga mengemukakan terdapat kaitan antara gangguan vaskularisasi desidua yang mungkin disebabkan oleh peradangan atau atofi dengan terjadinya plasenta previa (Cunningham et al, 2006).

3. Patofisiologi

Perdarahan antepartum yang disebabkan oleh plasenta previa umumnya terjadi pada trimester ketiga, bisa lebih awal, yaitu pada saat pembentukan segmen bawah rahim. Apabila plasenta menempel dan tumbuh pada segmen bawah rahim, maka pada saat terjadi pelebaran isthmus uteri membentuk segmen bawah rahim, plasenta akan mengalami laserasi, yang menandakan terjadinya perdarahan. Hal yang sama terjadi bilamana serviks mendatar (*effacement*) dan membuka (*dilatation*).

Darahnya berwarna merah segar tanpa rasa nyeri. Perdarahan tidak dapat dihindarkan karena ketidakmampuan segmen bawah rahim dan serviks, akibat otot pada area tersebut sangat sedikit, sehingga daya kontraksi yang dihasilkan tidak cukup kuat untuk menghentikan perdarahan dari pembuluh darah yang terbuka.

Perdarahan dapat berhenti akibat pembekuan darah, tetapi oleh karena pembentukan segmen bawah rahim terjadi bertahap, maka laserasi baru akan terus terjadi. Hal ini menyebabkan perdarahan berulang pada kasus plasenta previa.

Plasenta yang menutupi seluruh ostium uteri internum akan lebih awal mengakibatkan perdarahan karena pada pembentukan segmen bawah rahim, ostium uteri internum dibentuk paling awal. Sedangkan pada plasenta previa marginalis, perdarahan baru akan terjadi saat mendekati atau memulai persalinan (Chalik, 2009).

4. Klasifikasi

Plasenta previa diklasifikasikan (Chalik, 2009) menjadi beberapa jenis:

a. Plasenta previa totalis (komplit)

Ostium uteri internum tertutup seluruhnya oleh plasenta.

b. Plasenta previa parsialis

Ostium uteri internum tertutup sebagian oleh plasenta. Hal ini terjadi ketika ostium uteri internum terdilatasi.

c. Plasenta previa marginalis

Pinggir bawah plasenta sampai pada pinggir ostium uteri internum, tetapi tidak menutupi ostium uteri internum.

d. Plasenta previa letak rendah (low-lying)

Terjadi jika plasenta tertanam di segmen bawah rahim, tetapi tepi bawah plasenta berjarak kurang dari 2 cm dari ostium uteri intrnum.

5. Gambaran Klinis

Gambaran klinis plasenta previa menurut beberapa ahli adalah sebagai berikut:

- a. Walyani (2015) menyebutkan gambaran klinis previa mencakup hal berikut:
 - 1) Perdarahan per-vaginam yang terjadi tanpa sebab jelas, tanpa rasa sakit atau nyeri. Timbulnya perlahan-lahan. Darah sering berwarna merah terang. Perdarahan semakin bertambah banyak ketika terjadi perubahan isthmus uteri menjadi segmen bawah rahim.
 - 2) Dalam kasus perdarahan berat, denyut jantung janin dapat menunjukkan tanda-tanda fetal distress.
 - 3) Implantasi plasenta di segmen bawah rahim menyebabkan bagian terendah tidak mungkin masuk pintu atas panggul atau menimbulkan kelainan letak janin dalam rahim.
- b. Cuningham et al. (2006), menyebutkan gambaran klinis plasenta previa mencakup hal berikut:
 - 1) Hal yang paling khas pada plasenta previa adalah perdarahan yang tidak nyeri dan biasanya belum muncul sampai menjelang akhir trimester kedua atau setelahnya. Namun beberapa jenis abortus dapat terjadi akibat lokasi abnormal plasenta yang sedang berkembang tersebut. Perdarahan dari

plasenta previa sering muncul tanpa peringatan, tanpa disertai nyeri pada wanita yang riwayat pranatalnya tampak normal.

- 2) Penyebab perdarahan perlu ditekankan kembali. Apabila plasenta terletak di atas os interna, pembentukan segmen bawah uterus dan pembukaan os interna akan menyebabkan robeknya plasenta pada tempat melekatnya. Perdarahan diperparah oleh ketidakmampuan saat miometrium di segmen bawah uterus berkontraksi untuk menjepit pembuluh-pembuluh yang robek.
- 3) Perdarahan dari tempat implantasi plasenta di segmen bawah uterus dapat berlanjut setelah plasenta dilahirkan karena segmen bawah uterus lebih rentan mengalami gangguan kontraksi daripada korpus uterus. Perdarahan juga dapat terjadi akibat laserasi serviks dan segmen bawah uterus yang rapuh, terutama setelah pengeluaran plasenta yang agak melekat secara manual.

6. Diagnosis

a. Anamnesis

Pada kehamilan lebih dari 28 minggu terjadi perdarahan yang tiba-tiba, tanpa rasa sakit, tanpa sebab yang jelas, dapat berulang-ulang sebelum persalinan berlangsung. Kecepatan dan jumlah darah yang hilang dapat menimbulkan gejala klinik (Mochtar, 2013).

b. Pemeriksaan luar

1) Keadaan Umum Ibu

Dijumpai keadaan bervariasi dari keadaan normal sampai syok. Tingkat kesadaran bervariasi pun dapat ditemui, dari kompos mentis sampai koma, pada penilaian vital sign dapat ditemui penurunan tekanan darah, serta peningkatan nadi dan pernafasan (Manuaba dkk, 2010).

2) Inspeksi

Dapat dilihat perdarahan yang keluar pervaginam: banyak atau sedikit, encer atau menggumpal. Jika telah berdarah banyak, maka ibu tampak anemis (Mochtar,2013).

3) Palpasi

Dilakukan palpasi abdomen didapatkan bagian terendah janin belum masuk Pintu Atas Panggul (PAP) dan tinggi fundus uteri sesuai dengan usia kehamilan (Manuaba dkk,2010).

4) Auskultasi

Pemeriksaan auskultasi digunakan untuk mendengarkan denyut jantung janin yang bervariasi, dari normal sampai asfiksi dan kematian dalam rahim (Manuaba dkk,2010).

5) Ultrasonografi

Pemeriksaan USG dapat menentukan letak plasenta dengan lebih mudah, lebih aman,dan akurat. Pemeriksaan dilakukan dengan cara transabdominal ataupun cara transvaginal. Diagnosis pasti plasenta previa berdasarkan hasil USG untuk indikasi tindakan seksio sesarea serta lokasi sayatannya,sebaiknya dilakukan pada kehamilan aterm, karena jika pemeriksaan dilakukan pada trimester II, masih dimungkinkan terjadi migrasi plasenta akibat atrofi sebagian besar vili. Jarak antara tepi terbawah plasenta dengan ostium uteri internum yang kurang dari 2 cm merupakan indikasi dilakukan operasi. Sekitar 20% plasenta previa merupakan jenis totalis, sedangkan 80% lainnya merupakan parsialis dan marginalis (Karsono,2008).

6) Pemeriksaan inspekulo

Pemeriksaan ini bertujuan untuk mengetahui apakah perdarahan berasal dari ostium uteri eksternum atau dari kelainan serviks dan vagina. Apabila perdarahan berasal dari ostium uteri eksternum, adanya plasenta previa harus dicurigai (Walyani,2015).

7. Penanganan

Menurut Manuaba dkk. (2010), penanganan tepat dan segera penting dalam kasus plasenta previa dengan perdarahan karena merupakan keadaan darurat kebidanan. Menurut (Mochtar,2013) terdapat 2 metode tatalaksana dalam kasus plasenta previa, yaitu:

a. Penanganan Pasif

Penanganan pasif ialah mengupayakan supaya janin dapat dilahirkan cukup bulan. Diagnosis sebisa mungkin dilakukan secara non invasif, jadi tidak dilakukan pemeriksaan dalam melalui kanalis servisis, melainkan observasi klinis secara teliti. Terapi pasif dilakukan pada masa kehamilan preterm dengan janin masih hidup, perdarahan minimal, belum ada tanda-tanda inpartu, dan keadaan umum ibu baik, dengan kadar Hb normal. Rencana penanganan:

- 1) Istirahat baring mutlak.
- 2) Pemberian obat-obatan spasmolitik, progestin, atau progesteron. roboransia.
- 3) pemeriksaan Hb, golongan darah, dan Rh, serta siapkan donor transfusi darah, karena plasenta previa memiliki konsekuensi yang merugikan bagi ibu dan bayi, termasuk peningkatan risiko kematian ibu dan bayi. Selain itu juga dapat menyebabkan terjadinya perdarahan, sehingga akan memerlukan transfusi darah. Pemeriksaan Hb juga penting karena kadar Hb merupakan salah satu indikator status gizi seseorang. Selama kehamilan, anemia lazim terjadi dan biasanya disebabkan oleh defisiensi besi sekunder karena

kebutuhan besi seorang ibu hamil akan meningkat sebagai suplai besi untuk janin. Kadar Hb menunjukkan status anemia. Ibu yang mempunyai kadar Hb < 11gr% berarti menderita anemia. Anemia pada ibu hamil merupakan salah satu penyebab perdarahan (Ernawati, 2014).

- 4) Awasi perdarahan, tekanan darah, nadi, denyut jantung janin secara terus-menerus, karena jika mengalami hipertensi maka risiko plasenta previa lebih rendah.
- 5) Jika kondisi penderita memungkinkan dan janin dalam keadaan baik, tunggu sampai usia kehamilan 37 minggu.
- 6) Siapkan rujukan ke Rumah Sakit dengan fasilitas operasi dan transfusi darah, karena jika terjadi perdarahan maka harus memerlukan transfusi darah dan segera dilakukan histerotomi darurat (Gurol-Urganci, 2011).

b. Penanganan Aktif

Tatalaksana secara aktif harus segera dilakukan tanpa memandang maturitas janin jika pada usia kehamilan lebih dari 22 minggu didapatkan perdarahan pervaginam 500 cc atau lebih, serta pada pemeriksaan didapatkan keadaan umum pasien lemah dan anemis dengan kadar Hb rendah. Rencana penanganan aktif, yaitu:

1) Persalinan Pervaginam

Pada penanganan plasenta previa dengan tindakan partus dilakukan hal-hal seperti:

- a) Amniotomi dengan memecah selaput ketuban, plasenta akan mengikuti gerakan segmen bawah rahim dan ditekan oleh bagian terbawah janin, sehingga perdarahan berkurang dan tidak ada lagi plasenta yang lepas.

Setelah ketuban pecah, berikan oksitosin drips 2,5-5 satuan dalam 500cc dekstrosa 5%.

- b) Versi Braxton Hicks dilakukan dengan menarik kaki janin yang diikat dengan kain kasa, kemudian disambungkan pada katrol dengan beban 50-100 gram.
- c) Memasang klem cunam Willet Gausz pada kulit kepala janin. Ikatkan cunam pada kasa atau tali yang telah diberi beban 50-100 gram seperti kerja katrol.

2) Persalinan Perabdominal

Tindakan sectio sesarea dilakukan jika pada pemeriksaan didapatkan plasenta previa totalis, plasenta previa pada panggul sempit atau letak lintang, kasus profuse bleeding dimana perdarahan sangat banyak dan belum dapat tertangani dengan amniotomi, versi Braxton Hick, dan cunam Willet Gausz.

C. Hubungan Frekuensi Riwayat Seksio Sesarea dengan Kejadian Plasenta Previa pada Kehamilan Berikutnya

Peningkatan kejadian plasenta previa dipengaruhi beberapa faktor risiko, seperti umur ibu hamil semakin tua, paritas yang tinggi, serta kelahiran secara bedah sesar.

Seksio sesarea diperlukan pada hampir semua kasus plasenta previa. Pada sebagian besar kasus dilakukan insisi uterus transversal. Karena perdarahan janin dapat terjadi akibat insisi kedalam plasenta anterior, kadang-kadang dianjurkan insisi vertikal pada keadaan ini. Namun, bahkan apabila insisi meluas hingga mencapai plasenta, prognosis ibu dan janin jarang terganggu (Cunningham et al, 2006).

Faktor risiko riwayat seksio sesarea dimasukkan karena pada pemeriksaan kasus plasenta previa didapatkan luka di endometrium penderita. Perlukaan ini menyebabkan

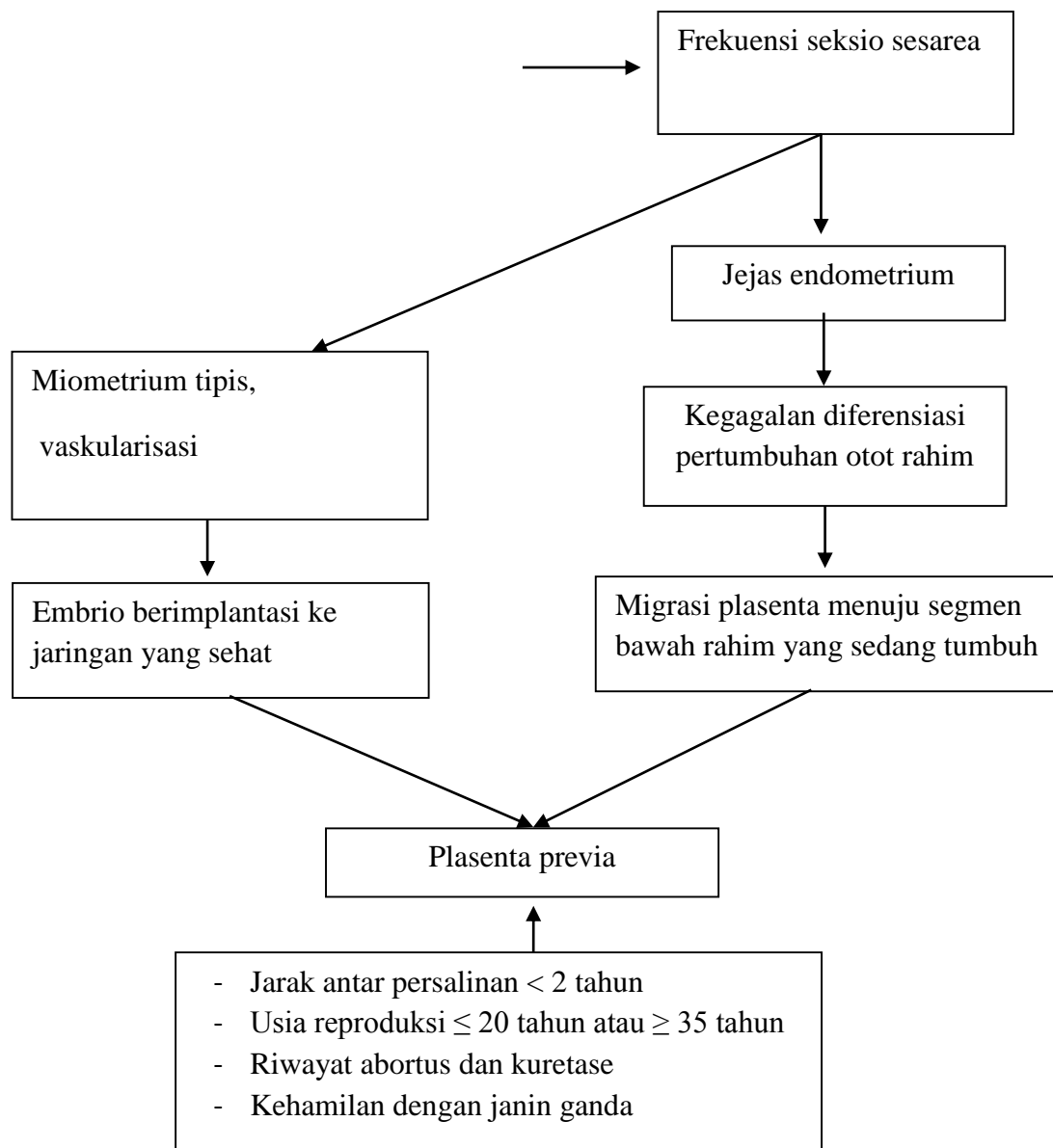
jaringan endometrium yang tidak sehat, dengan vaskularisasi sedikit dan myometrium tipis, sehingga bukan merupakan tempat implantasi yang baik bagi plasenta janin, yaitu pada segmen bawah rahim (Manuaba, 2010).

Teori lain disampaikan (Cuiningham et al, 2006) yang menjelaskan bahwa rahim terdiri dari beberapa area dengan kecepatan pertumbuhan berbeda-beda. Pada 7 bulan pertama kehamilan merupakan masa pertumbuhan otot rahim bagian atas, sedangkan pada akhir masa gestasi, bagian bawah rahim berkembang lebih cepat. Berdasarkan teori ini, bilamana terdapat luka bekas operasi pada rahim bagian atas, maka jaringan tidak tumbuh dengan baik, sehingga pada masa kehamilan tua, akan terjadi migrasi plasenta menuju segmen bawah rahim yang sedang tumbuh.

(Sumapraja dan Rachimhadi, 2005) memaparkan risiko terjadinya penempelan abnormal plasenta, seperti plasenta previa, mengalami peningkatan yang berbanding lurus dengan jumlah jejas yang ditemukan. Dari populasi ibu hamil dengan riwayat seksio sesarea pada persalinan sebelumnya, separuhnya akan mengalami plasenta previa, dengan 16,66% populasi ditemukan 1 jejas yang menjelaskan bahwa populasi pernah mendapatkn persalinan dibantu tindakan seksio sesarea sebanyak 1 kali, dan 33,33% populasi dengan lebih dari 3 jejas, berarti populasi ini mendapatkan lebih dari 3 kali tindakan seksio sesarea pada persalinannya. Semakin tinggi jumlah tindakan seksio sesarea, maka jejas yang terdapat pada dinding rahimkan semakin banyak, sehingga meningkatkan risiko terjadinya plasenta previa pada kehamilan berikutnya.

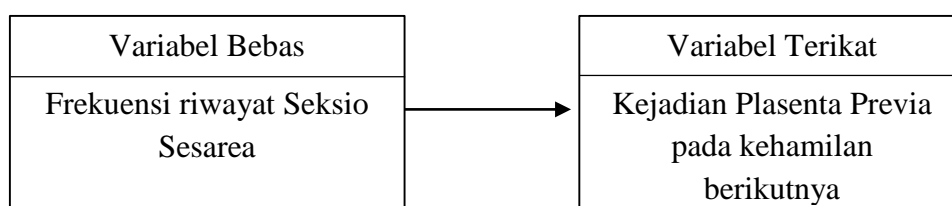
D. Kerangka Teori

- Risiko ruptur uteri
- Panggul sempit
- Kasus gawat janin
- Perdarahan atepartum (plasenta previa dan solusio plasenta)
- Kelainan presentasi janin



Gambar 2.1. Kerangka Teori

E. Kerangka Konsep



F. Hipotesis

Null Hypothesis (Ho): “Tidak ada hubungan antara riwayat *Sectio Cesarea* dengan kejadian *Placenta Previa* pada kehamilan berikutnya di RSUD Panembahan Senopati Bantul”.

Alternative Hypothesis (Ha): “Ada hubungan antara riwayat *Sectio Cesarea* dengan kejadian *Placenta Previa* pada kehamilan berikutnya di RSUD Panembahan Senopati Bantul”.