

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Gambaran Umum Section Caesarea

1. Definisi Section Caesarea

Pelahiran dengan sesar didefinisikan sebagai kelahiran janin melalui insisi di abdomen (laparatomi) dan dinding uterus (histerotomi). Definisi ini tidak mencakup pengeluaran janin dari rongga abdomen pada kasus ruptur uterus atau pada kasus kehamilan abdomen (Leveno, 2009).

Seksio adalah suatu tindakan untuk melahirkan bayi dengan membuka dinding rahim melalui sayatan pada dinding perut. Dari hasil riset para ahli di Amerika Serikat, melahirkan secara seksio memerlukan waktu untuk penyembuhan luka rahim yang lebih lama daripada persalinan normal (Maulana, 2015).

2. Patofisiologi Section Caesarea

Terjadi kelainan pada ibu dan kelainan pada janin menyebabkan persalinan normal tidak memungkinkan akhirnya harus dilakukan SC.

3. Indikasi Section Caesarea

Indikasi section caesarea bisa indikasi absolute dan relatif. Setiap keadaan yang membuat kelahiran lewat jalan lahir tidak mungkin terlaksana merupakan indikasi absolut untuk section 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 section caesarea akan lebih aman bagi ibu, anak, atau pun keduanya (Oxorn dan Forte, 2010).

Menurut Leveno (2009) lebih dari 85% sesar dilakukan karena sebagai berikut:

1. Riwayat Sesar

Selama bertahun-tahun, uterus yang mengalami jaringan parut dianggap merupakan kontraindikasi untuk persalinan karena ketakutan akan kemungkinan rupture uterus. Pelahiran per vaginam setelah sesar (*vaginal birth after prior caesarean*, VBAC) belum banyak diterima sampai akhir tahun 1970-an. Pada tahun 1996, 28 persen wanita dengan riwayat sesar melahirkan per vaginam. Namun, akhir-akhir ini, terjadi peningkatan kekhawatiran tentang VBAC karena risiko ruptur uterus selama persalinan.

2. Distosia Persalinan

Di Amerika Serikat, ini merupakan indikasi tersering dilakukannya sesar primer (wanita tanpa riwayat sesar). Akan tetapi, analisis distosia persalinan sebagai faktor kontribusi untuk angka sesar sulit dilakukan karena sifat diagnosis yang heterogen.

3. Distress Janin

Secara umum diterima bahwa penatalaksanaan yang didasarkan pada pemantauan elektronik denyut jantung janin (*elektronik fetal monitoring*, EFM) menyebabkan meningkatnya angka sesar atas indikasi denyut jantung janin yang tidak meyakinkan, yang secara kurang tepat disebut "distress janin".

4. Presentasi Bokong

Janin dengan presentasi bokong berisiko lebih besar mengalami prolaps tali pusat dan terjepitnya kepala jika dilahirkan per vaginam dibandingkan dengan janin dengan presentasi kepala. Oleh karena itu, presentasi bokong sering menjadi indikasi untuk dilakukan sesar.

Menurut Farrer (2001) Sectio Caesarea elektif dilakukan kalau sebelumnya sudah diperkirakan bahwa kelahiran per vaginam yang

normal tidak cocok atau tidak aman. Pelahiran dengan section caesarea dilakukan untuk:

- Plasenta previa
- Letak janin yang tidak stabil dan tidak bisa dikoreksi
- Riwayat obstetrik yang jelek
- Disproporsi sevalopelvik
- Infeksi herpesvirus tipe II (genital)
- Riwayat section caesarea klasik
- Diabetes (kadang-kadang)
- Presentasi bokong (kadang-kadang)
- Penyakit atau kelainan yang berat pada janin, seperti entroblastosis atau retardasi pertumbuhan yang nyata.

4. Tipe – tipe Section Caesarea

Menurut Farrer (2001), tipe-tipe sectio caesarea adalah sebagai berikut:

a. Sectio Caesarea Segmen Bawah

Insisi melintang dilakukan pada segmen bawah uterus. Segmen bawah uterus tidak begitu banyak mengandung pembuluh darah dibandingkan segmen atas sehingga resiko perdarahan lebih kecil. Karena segmen bawah terletak di luar kavum peritonei, kemungkinan infeksi pascabedah juga tidak begitu besar. Di samping itu, risiko ruptura uteri pada kehamilan dan persalinan berikutnya akan lebih kecil bilamana jaringan parut hanya terbatas pada segmen bawah uterus. Kesembuhan luka biasanya baik karena segmen bawah merupakan bagian uterus yang tidak begitu aktif.

b. Sectio Caesarea Klasik

Insisi klasik hanya kadang-kadang dilakukan. Cara ini dikerjakan kalau segmen bawah tidak terjangkau karena adanya pelekatan atau rintangan plasenta, kalau terdapat vena varikosa pada

segmen bawah, dan kadang-kadang juga dilakukan bagi janin yang letaknya melintang serta untuk melakukan histerektomi caesarea.

5. Risiko Persalinan Caesar

Menurut Maulana (2015) Banyaknya calon ibu yang meminta dicaesar tanpa rekomendasi medis, diduga karena kurangnya informasi tentang hal itu. Padahal risiko operasi itu banyak dan serius, sehingga jauh lebih berbahaya disbanding persalinan normal. Dan yang harus memikul risiko itu bukan hanya sang ibu, tapi juga bayi. WHO sendiri mengatakan bahwa seharusnya operasi Caesar hanya digunakan untuk menangani 10-15% persalinan.

Berikut merupakan risiko kelahiran secara Caesar, baik pada ibu, maupun pada bayi. Risiko yang bisa terjadi sebagai berikut:

a. Risiko Jangka Pendek

1. Infeksi pada Bekas Jahitan

Infeksi luka akibat persalinan Caesar beda dengan luka persalinan normal. Luka persalinan normal sedikit dan mudah terlihat, sedangkan luka operasi Caesar lebih besar dan berlapis-lapis. Ada sekitar 7 lapisan mulai dari kulit perut sampai dinding rahim, yang setelah operasi selesai, masing-masing lapisan dijahit tersendiri. Bila penyembuhan tidak sempurna, kuman akan lebih mudah menginfeksi sehingga luka menjadi lebih parah. Bukan tidak mungkin dilakukan penjahitan ulang.

2. Infeksi Rahim

Infeksi rahim terjadi jika ibu sudah terkena infeksi sebelumnya misalnya mengalami pecah ketuban. Saat dilakukan operasi, rahim pun terinfeksi. Apalagi jika antibiotik yang digunakan dalam operasi tidak cukup kuat.

3. Keloid

Keloid muncul pada organ tertentu karena pertumbuhan berlebihan sel-sel pembentuk organ tersebut. Ukuran sel

meningkat dan terjadilah tonjolan jaringan parut. Perempuan yang mempunyai kecenderungan keloid tiap mengalami luka niscaya mengalami keloid pada sayatan bekas operasinya.

4. Cedera Pembuluh Darah

Pisau atau gunting yang dipakai dalam operasi berisiko mencederai pembuluh darah. Misalnya tersayat. Kadang cedera terjadi pada penguraian pembuluh darah yang lengket. Ini adalah salah satu sebab mengapa darah yang keluar pada persalinan Caesar lebih banyak dibandingkan persalinan normal.

5. Cedera pada Kandung Kemih

Kandung kemih letaknya melekat pada dinding rahim. Saat operasi Caesar dilakukan, organ ini bisa saja terpotong. Perlu dilakukan operasi lanjutan untuk memperbaiki kandung kemih yang cedera tersebut.

6. Perdarahan

Perdarahan tak bisa dihindari dalam proses persalinan. Namun, darah yang hilang lewat operasi Caesar dua kali lipat dibandingkan lewat persalinan normal.

7. Air Ketuban Masuk ke Pembuluh Darah

Selama operasi Caesar berlangsung, pembuluh darah terbuka. Ini memungkinkan komplikasi berupa masuknya air ketuban ke dalam pembuluh darah (embolus). Bila embolus mencapai paru-paru, terjadilah apa yang disebut *pulmonary embolism*. Jantung dan pernapasan ibu bisa terhenti secara tiba-tiba. Terjadilah kematian mendadak.

b. Risiko Jangka Panjang

1. Masalah Psikologis

Berdasarkan penelitian, perempuan yang mengalami operasi Caesar punya perasaan negatif usai menjalaninya

(tanpa memerhatikan kepuasan atas hasil operasi). Depresi pasca persalinan juga merupakan masalah yang sering muncul. Beberapa mengalami reaksi stres pascatrauma berupa mimpi buruk, kilas balik, atau ketakutan luar biasa terhadap kehamilan. Masalah psikologis ini lama-lama akan mengganggu kehidupan rumah tangga atau menyulitkan pendekatan terhadap bayi. Hal ini bisa muncul jika ibu tak siap menghadapi operasi.

2. Pelekatan Organ Bagian Dalam

Penyebab pelekatan organ bagian dalam pascaoperasi Caesar adalah tak bersihnya lapisan permukaan dari noda darah. Terjadilah pelengketan yang menyebabkan rasa sakit pada panggul, masalah pada usus besar, serta nyeri saat melakukan hubungan seksual. Jika kelak dilakukan operasi Caesar lagi, pelekatan bisa menimbulkan kesulitan teknis hingga melukai organ lain, seperti kandung kemih atau usus.

3. Pembatasan Kehamilan

Dulu, perempuan yang pernah mengalami operasi Caesar hanya boleh melahirkan tiga kali. Kini, dengan teknik operasi yang lebih baik, ibu memang boleh melahirkan lebih dari itu, bahkan sampai lima kali. Tapi resiko dan komplikasinya makin berat.

B. Diet Tinggi Energi Tinggi Protein

1. Gambaran Umum Diet Tinggi Energi Tinggi Protein

Menurut Almatsier (2014), Diet Tinggi Energi Tinggi Protein adalah diet yang mengandung energi dan protein diatas kebutuhan normal. Diet diberikan dalam bentuk makanan biasa ditambah bahan makanan sumber protein tinggi seperti susu, telur, dan daging, atau dalam bentuk minuman Enteral Energi Tinggi Protein Tinggi. Diet ini diberikan bila pasien telah mempunyai cukup nafsu makan dan dapat menerima makanan lengkap.

a. Tujuan Diet

Tujuan diet Tinggi Energi Tinggi Protein adalah untuk:

- 1) Memenuhi kebutuhan energi dan protein yang meningkat untuk mencegah dan mengurangi kerusakan jaringan tubuh.
- 2) Menambah berat badan hingga mencapai berat badan normal.

b. Syarat Diet

Syarat – syarat Diet Tinggi Energi Tinggi Energi adalah:

- 1) Energi tinggi, yaitu 40 – 45 kkal/kg BB.
- 2) Protein tinggi, yaitu 2,0 – 2,5 g/kg BB.
- 3) Lemak cukup, yaitu 10 – 25% dari kebutuhan energi total
- 4) Karbohidrat cukup, yaitu sisa dari kebutuhan energi total.
- 5) Vitamin dan mineral cukup, sesuai kebutuhan normal.
- 6) Makanan diberikan dalam bentuk mudah cerna.

c. Macam Diet dan Indikasi Pemberian

Diet Tinggi Energi Tinggi Protein diberikan kepada pasien:

- 1) Kurang Energi Protein (KEP)
- 2) Sebelum dan setelah operasi tertentu, multi trauma, serta dalam radioterapi dan kemoterapi.
- 3) Luka bakar berat dan baru sembuh dari penyakit dengan panas tinggi.
- 4) Hipertiroid, hamil, dan post-partum dimana kebutuhan energi dan protein meningkat.

Menurut keadaan, pasien dapat diberikan salah satu dari dua macam Diet Tinggi Energi Tinggi Protein seperti di bawah ini:

- Diet Tinggi Energi Tinggi Protein 1 (TETP 1)
Energi: 2600 kkal, Protein: 100 g (2 g/kg BB)
- Diet Tinggi Energi Tinggi Protein 2 (TETP 2)
Energi: 3000 kkal, Protein: 125 g (2,5 g/kg BB)

C. Standar Makanan Rumah Sakit

Menurut Wahyuningsih (2013) dan Anwar dkk (2014), standar makanan rumah sakit adalah standar makanan khusus yang diberikan oleh

rumah sakit sesuai dengan kebutuhan dan penyakit pasien, sehingga diharapkan mampu memperbaiki kondisi pasien dan membantu dalam proses penyembuhan pasien. Standar makanan umum rumah sakit terdiri dari makanan biasa, makanan lunak, makanan saring, dan makanan cair.

1) Makanan Biasa

a. Tujuan Pemberian

Memberikan makanan sesuai kebutuhan gizi pasien, mencegah, dan mengurangi kerusakan jaringan tubuh.

b. Indikasi Pemberian

Pasien yang berdasarkan penyakitnya tidak memerlukan (diet) khusus.

c. Syarat

- Karakteristik sama dengan makanan sehari-hari, beranekaragam, bervariasi dengan bentuk, tekstur, dan aroma yang normal.
- Tidak ada pantangan secara khusus, namun sebaiknya dalam bentuk yang mudah dicerna dan tidak merangsang saluran cerna.

d. Makanan Tidak dianjurkan

Makanan yang merangsang, makanan yang berlemak tinggi, terlalu manis, berbumbu tajam, dan minuman mengandung alkohol.

2) Makanan Lunak

a. Tujuan Pemberian

Memberikan makanan dalam bentuk lunak yang mudah ditelan dan dicerna sesuai kebutuhan gizi dan keadaan penyakit.

b. Indikasi Pemberian

Pasien sesudah operasi tertentu, pasien infeksi, pasien yang kesulitan mengunyah dan menelan

c. Syarat

- Makanan diberikan dalam bentuk cincang/lunak.

- Makanan mudah cerna, rendah serat.

d. Makanan Tidak Dianjurkan

Makanan yang merangsang, makanan yang berlemak tinggi, buah sayur tinggi serat dan gas, berbumbu tajam, manis, gurih dan minuman mengandung soda dan alkohol.

3) Makanan Saring

a. Tujuan Pemberian

Memberikan makanan dalam bentuk semipadat sejumlah yang mendekati kebutuhan gizi pasien dalam jangka waktu pendek sebagai proses adaptasi terhadap bentuk makanan yang lebih padat.

b. Indikasi Pemberian

Pasien sesudah operasi tertentu, pasien infeksi akut, pasien yang kesulitan mengunyah, dan menelan.

c. Syarat

- Diberikan dalam jangka waktu singkat selama 1 – 3 hari, karena kurang memenuhi kebutuhan gizi, terutama energi dan tiamin.
- Rendah serat, diberikan dalam bentuk disaring atau diblender.
- Diberikan dalam porsi kecil dan sering, 6 – 8 kali sehari.

d. Makanan Tidak Dianjurkan

Makanan yang merangsang: makanan yang berlemak tinggi, buah sayur tinggi serat dan gas, berbumbu tajam, manis, gurih, dan minuman mengandung soda dan alkohol.

4) Makanan cair

a. Tujuan Pemberian

Memberikan makanan dalam bentuk cair yang memenuhi kebutuhan cairan tubuh yang mudah diserap dan hanya sedikit meninggalkan sisa/residu serta mencegah dehidrasi dan menghilangkan rasa haus.

1. Cair jernih

- Indikasi Pemberian
Pasien sebelum dan sesudah operasi tertentu, keadaan mual dan muntah, sebagai makanan tahap awal pasca pendarahan saluran cerna.
- Syarat
 - a) Diberikan dalam bentuk cair jernih yang tembus pandang.
 - b) Bahan makanan hanya terdiri dari sumber karbohidrat.
 - c) Tidak merangsang saluran cerna dan mudah diserap.
 - d) Sangat rendah sisa (residu).
 - e) Diberikan hanya selama 1 – 2 hari.
 - f) Porsi kecil dan diberikan sering.
- Makanan Tidak Dianjurkan
Bahan makanan dengan karakteristik padat.

2. Cair Penuh

- Tujuan Pemberian
Memberikan makanan dalam bentuk cair dan setengah cair yang memenuhi kebutuhan gizi dan untuk meringankan kerja saluran cerna.
- Indikasi Pemberian
Pasien yang memiliki masalah untuk mengunyah, menelan, atau mencernakan makanan padat; misalnya pada operasi mulut atau tenggorokan, dan atau pada kesadaran menurun.
- Syarat
 - a) Tidak merangsang saluran cerna.
 - b) Apabila diberikan lebih dari 3 hari harus dapat memenuhi kebutuhan energi dan protein.
 - c) Kandungan energi minimal 1 kkal/ml. Konsentrasi cairan dapat diberikan secara bertahap dari $\frac{1}{2}$, $\frac{1}{4}$ sampai penuh. Berdasarkan masalah pasien, dapat diberikan

formula rendah atau bebas laktosa formula dengan asam lemak rantai sedang (MCT), formula dengan protein terhidrolisa, formula tanpa susu, formula dengan serat, dan sebagainya.

- d) Diberikan dalam porsi kecil dan sering, 6 – 8 kali sehari.
- e) Untuk memenuhi kebutuhan vitamin dan mineral dapat diberikan tambahan ferosulfat, vitamin B kompleks, dan vitamin C.
- f) Sebaiknya molaritas < 400 Mosml.

3. Cair Kental

- Tujuan Pemberian

Memberikan makanan yang tidak membutuhkan proses mengunyah, mudah ditelan, dan mencegah terjadinya aspirasi, yang memenuhi kebutuhan gizi.

- Indikasi Pemberian

Pasien yang tidak mampu mengunyah dan menelan, serta untuk mencegah aspirasi (cairan masuk ke dalam saluran napas) seperti pada penyakit yang disertai peradangan, ulkus, peptikulum, atau gangguan struktural atau motorik pada rongga mulut.

- Syarat

- a) Mudah ditelan dan tidak merangsang saluran cerna.
- b) Porsi diberikan kecil dan sering, tiap 2 – 3 jam.