

## **BAB 2**

### **TINJAUAN TEORITIS**

#### **2.1 Konsep Penyakit**

##### 2.1.1 Anatomi Sistem Reproduksi

###### 2.1.1.1 Vulva

Organ reproduksi eksterna pada wanita sering disebut vulva, mencakup semua organ yang dapat terlihat dari luar. Bentuk vulva pada masing masing wanita bervariasi, tapi pada dasarnya alat alat reproduksinya sama saja (Pearce, 2009).

Tampak dari luar (mulai dari mons pubis sampai tepi perineum), terdiri dari mons pubis, labia mayora, labia minora, clitoris, hymen, vestibulum, orificium urethrae externum, kelenjar-kelenjar pada dinding vagina (Purwaningsih dan Fatmawati, 2009).

Bagian alat kandungan luar yang berbentuk lonjong, berukuran panjang mulai dari klitoris, kanan kiri dibatasi bibir kecil, sampai ke belakang di batasi perineum (Anonim, 2011).

###### 2.1.1.2 Monspubis / Monsveneris

Purwaningsih dan Fatmawati (2009, hal.1) mengemukakan bahwa, “Lapisan lemak dibagian *anterior symphysis os pubis*. Pada masa pubertas daerah ini mulai ditumbuhi rambut pubis.

Bobak (2012) disebut juga gunung venus merupakan bagian yang menonjol dibagian depan simfisis terdiri dari jaringan lemak dan sedikit jaringan ikatsetelah dewasa tertutup oleh rambut yang bentuknya segitiga. Mons pubismengandung

banyak kelenjar sebacea (minyak) berfungsi sebagai bantal pada waktu melakukan hubungan seks.

Bagian yang menonjol meliputi simfisis yang terdiri dari jaringan dan lemak, area ini mulai ditumbuhi bulu (pubis hair) pada masa pubertas. Bagian yang dilapisi lemak, terletak di atas simfisis pubis (Pearce, 2009).

#### 2.1.1.3 Labia Mayora

Lapisan lemak lanjutan mons pubis kearah bawah dan belakang ,banyak mengandung plexus vena. Homolog embriologik dengan skrotum pada pria. Ligamentum rotundum uteri berakhir pada atas labia mayora. Dibagian bawah perineum, labia mayora menyatu (Purwaningsih dan Fatmawati, 2009).

Merupakan kelanjutan dari mons veneris berbentuk lonjong, panjanglabia mayora 7-8 cm, lebar 2-3 cm dan agak meruncing pada ujung bawah. Kedua bibir ini dibagian bawah bertemu membentuk perineum (Bobak, 2012).

Merupakan kelanjutan dari mons veneris, berbentuk lonjong. Kedua bibir ini bertemu di bagian bawah dan membentuk perineum. Labia mayora bagian luar tertutup rambut, yang merupakan kelanjutan dari rambut pada mons veneris. Labia mayora bagian dalam tanpa rambut, merupakan selaput yang mengandung kelenjar sebacea (lemak). Ukuran labia mayora pada wanita dewasa panjang 7- 8 cm, lebar 2 – 3 cm, tebal 1 – 1,5 cm. Pada anak-anak kedua labia mayora sangat berdekatan (Pearce, 2009).

#### 2.1.1.4 Labia Minora

Purwaningsih dan Fatmawati (2009, hal.2) Lipatan jaringan tipis dibalik labia mayora, tidak mempunyai folikel rambut. Banyak terdapat pembuluh darah, otot polos dan ujung serabut saraf.

Bobak (2012), merupakan lipatan kulit yang panjang, sempit, terletak dibagian dalam, bibir besar (labia mayora) tanpa rambut yang memanjang ke arah bawah klitoris dan menyatu dengan fourchette, sementara bagian lateral dan anterior labia biasanya mengandung pigmen, permukaan medial labia minora sama dengan mukosa vagina yaitu merah muda dan basah.

Bibir kecil yang merupakan lipatan bagian dalam bibir besar (labia mayora), tanpa rambut. Setiap labia minora terdiri dari suatu jaringan tipis yang lembab dan berwarna kemerahan; Bagian atas labia minora akan bersatu membentuk preputium dan frenulum clitoridis, sementara bagian. Di Bibir kecil ini mengelilingi orifisium vagina bawahnya akan bersatu membentuk fourchette (Pearce, 2009).

#### 2.1.1.5 Clitoris

Terdiri dari caput/glans clitoridis, yang terletak dibagian superior vulva, dan corpus clitoridis yang tertanam di dalam dinding anterior vagina. Homolog embriologik dengan penis pada pria. Terdapat juga reseptor androgen pada *clitoris*. Banyak pembuluh darah dan ujung serabut saraf, sangat sensitive (Purwaningsih dan Fatmawati, 2009).

Merupakan bagian penting alat reproduksi luar yang bersifat erektil, dan letaknya dekat ujung superior vulva. Organ ini mengandung banyak pembuluh darah dan serat saraf sensoris sehingga sangat sensitive analog dengan penis laki-laki. Fungsi utama klitoris adalah menstimulasi dan meningkatkan ketegangan seksual (Bobak, 2012).

#### 2.1.1.6 Vestibulum

Darerah dengan batas atas clitoris, batas bawah *fourchet*, batas *lateral labia minora*. Berasal dari sinus urogenital. Terdapat 6 lubang *orificium*, yaitu *orificium urethrae externum*, *intoritus vagine*, *ductus glandulae Bartholinii* kanan-kiri, dan *duktus skene* kanan-kiri. Antara *fourchet* dan vagina terdapat *fossa Hymen* yang abnormal, misalnya primer tidak berlubang (*hymen imperforate*) menutup total lubang vagina, dapat menyebabkan darah menstruasi terkumpul dirongga genitalia interna (Purwaningsih dan Fatmawati, 2009).

Merupakan alat reproduksi bagian luar yang berbentuk seperti perahu atau lonjong, terletak di antara labia minora, klitoris dan *fourchette*. Vestibulum terdiri dari muara uretra, kelenjar parauretra, vagina dan kelenjar paravagina. Permukaan vestibulum yang tipis dan agak berlendir mudah teriritasi oleh bahan kimia, panas, dan friksi (Bobak, 2012).

#### 2.1.1.7 Vagina

Rongga muskulomembranosa berbentuk tabung mulai dari tepi cervix uteri di bagian *cranial* dan dorsal sampai ke vulva di bagian kaudal ventral. Daerah disekitar *cervik* disebut fornix, dibagi dalam 4 kuadran, *fornix anterior*, *fornix posterior*, dan *fornix lateral* kanan dan kiri. Vagina memiliki dinding ventral dan dinding dorsal yang elastic. Dilapisi

epitel skuamosa berlapis, berubah mengikuti siklus haid. Fungsi vagina: untuk mengeluarkan ekskresi uterus pada haid, untuk jalan lahir dan untuk kopulasi (persetubuhan). Bagian atas vagina berbentuk dari duktus Mulleri, bawah dari sinus urogenitalis. Batas dalam secara klinis yaitu *fornixer anterior*, *posterior*, dan *lateralis* di sekitar servix uteri (Purwaningsih dan Fatmawati, 2009).

### Vagina

The vagina is a fibromuscular tube, about 10 cm long, that extends from the cervix of the uterus to the outside. It is located between the rectum and the urinary bladder. Because the vagina is tilted posteriorly as it ascends and the cervix is tilted anteriorly, the cervix projects into the vagina at nearly a right angle. The vagina provides a passageway for menstrual flow to reach the outside, receives the penis and semen during sexual intercourse (coitus), and serves as the birth canal during the birth of a baby. The smooth muscle and mucosal lining of the vaginal wall are capable of stretching to accommodate the erect penis and to permit passage of a baby. The opening of the vagina to the outside, the vaginal orifice, may be incompletely covered by a thin fold of mucous membrane called the hymen.

Vagina adalah tabung fibromuskular, panjangnya sekitar 10 cm, yang membentang dari serviks rahim ke luar. Terletak antara rektum dan kandung kemih. Karena vagina dimiringkan ke posterior saat naik dan serviks dimiringkan ke anterior, serviks memproyeksikan ke dalam vagina hampir di sudut kanan. Vagina menyediakan jalur untuk aliran haid untuk mencapai bagian luar, menerima penis dan air mani saat melakukan hubungan seksual (coitus), dan berfungsi sebagai jalan lahir saat melahirkan bayi. Lapisan otot polos

dan mukosa dinding vagina mampu meregang untuk mengakomodasi penis yang ereksi dan untuk mengizinkan masuknya bayi. Pembukaan vagina ke luar, lubang vagina, dapat ditutupi oleh selaput lendir tipis yang disebut selaput darah.

#### 2.1.1.8 Perineum

Daerah antara tepi bawah vulva dengan tepi bawah anus. Batas otot-otot diafragma pelvis (*m.levator ani*, *m.coccygeus*) dan diafragma urogenitalis (*m.perinealis transverses profunda*, *m.constrictor urethra*). *Perineal body* adalah *raphe median m.levator ani*, antara anus dan vagina. Perineum meregang pada persalinan, kadang perlu di potong (*episiotomy*) untuk memperbesar jalan lahir dan mencegah rupture (Purwaningsih dan Fatmawati, 2009).

#### 2.1.1.9 Uterus

Suatu organ muscular berbentuk seperti buah pir. Dilapisi peritoneum (serosa). Selama kehamilan berfungsi sebagai implantasi, retensi dan nutrisi konseptus. Pada saat persalinan dengan adanya kontraksi dinding uterus dan pembukaan serviks uterus, isikonsepsi, dikeluarkan. Terdiri dari corpus, fundus, cornu, isthmus dan serviks uteri (Purwaningsih dan Fatmawati, 2009).

#### 2.1.1.10 Serviks Uteri

Bagian terbawah uterus, terdiri dari pars vaginalis. Terdiri dari 3 komponen utama: otot polos, jalinan jaringan ikat (kolagen dan glikosamin) dan elastin. Bagian luar didalam rongga vagina yaitu portio cervicis uteri (dinding) dengan lubang ostium uteri externum (luar arah vagina) dilapisi epitel skuamokolumnar mukosa serviks, dan ostium uteri internum (dalam, arah cavum). Sebelum melahirkan (*nullipara/ primigravida*) lubang ostium externum bulat kecil,

setelah pernah/riwayat melahirkan (primipara/multigravida) berbentuk garis melintang. Posisi serviks mengarah ke kaudal-posterior, setinggi spina ischiadica. Kelenjar mukosa serviks menghasilkan lendir getah serviks yang mengandung glikoprotein kaya karbohidrat (mucin) dan larutan berbagai garam, peptida dan air. Ketebalan mukosa dan viskositas lendir serviks dipengaruhi siklus haid (Purwaningsih dan Fatmawati, 2009).

#### 2.1.1.11 Corpus Uteri

Terdiri dari: paling luar lapisan serosa/ peritoneum yang melekat pada ligamentum letum uteri di intraabdomen, tengah lapisan muscular/miometrium berupa otot polos tiga lapis (dari luar ke dalam arah serabut otot longitudinal, anyaman dan sirkular), serta dalam lapisan endometrium yang melapisi cavum dinding uteri, menebal dan runtuh sesuai siklus haid akibat pengaruh hormon-hormon ovarium. Posisi *corpus intraabdomen* mendatar dengan fleksi ke anterior, fundus uteri berada di atas vesica urinaria.

Proporsi ukuran corpus terhadap isthmus dan serviks uterus bervariasi selama pertumbuhan dan perkembangan (Purwaningsih dan Fatmawati, 2009).

#### 2.1.1.12 Ligamenta Penyangga Uterus

Ligamentum latum uteri, ligamentum rotundum uteri, ligamentum cardinal, ligamentum ovarii, ligamentum sacrouterina proprium, ligamentum infundibulopelvicum, ligamentum vesicouterina, dan ligamentum rectouterina (Purwaningsih dan Fatmawati, 2009).

#### 2.1.1.13 Vaskularisasi Uterus

Terutama dari arteri uterina cabang arteri hypogastrica/iliaca interna, serta arteri ovarica cabang aorta abdominalis.

Salping/Tuba Falopii

Embriologik uterus dan tuba berasal dari ductus Mulleri. Sepasang tuba kiri-kanan, panjang 8-14 cm, berfungsi sebagai jalan transportasi ovum dari ovarium sampai cavum uteri.

Dinding uteri terdiri dari lapisan :serosa, muscullar (longitudinal dan sirkular) serta mukosa dengan epitel bersilia. Terdiri dari pars interstitialis, pars isthmica, pars ampularis, serta pars infundibulum dengan fimbria, dengan karakteristik silia dan ketebalan dinding yang berbeda-beda pada setiap bagiannya.

a. *Pars isthmica (proksimal/isthmus)*

Merupakan bagian dengan lumen tersempit, terdapat stingter uterotuba pengendali transfer gamet.

b. *Pars ampularis (medial/ampula)*

Tempat yang sering terjadi fertilsasi adalah daerah ampula/infudibulum, dan pada hamil ektopik (patologik) sering juga terjadi implantasi di dinding tuba bagian ini.

c. *Pars infundibulum (distal)*

Dilengkapi dengan fimbriae serta ostium tubae abdominale pada ujungnya, melekat dengan permukaan ovarium. Fimbriae berfungsi “menangkap” ovum yang keluar saat ovulasi dari permukaan ovarium, dan membawanya kedalam tuba.

d. *Mesosalping*

Jaringan ikat penyangga tuba (seperti halnya *mesenterium* pada usus ).

e. *Ovarium*

Organ endokrin berbentuk oval terletak didalam rongga peritoneum sepasang kiri dan kanan. Dilapisi mesovarium, sebagai jaringan ikat dan jalan pembuluh darah dan syaraf. Terdiri dari korteks dan medula. Ovarium berfungsi dalam pembentukan dan pematangan

folikel menjadi ovum (dari sel epitel germinal primordial dilapisan terluar epitel ovarium di korteks), ovulasi (pengeluaran ovum), sintesis dan sekresi hormon-hormon steroid (estrogen oleh teka interna folikel, progesterone oleh korpus luteum pascaovulasi). Berhubungan *pars infundibulum tuba fallopi* melalui pelekatan *fimbriae*. (Purwaningsih dan Fatmawati, 2009).

### 2.1.2 Definisi Cephalopelvic Disproportion (CPD)

Cephalopelvic Disproportion (CPD) adalah tidak ada kesesuaian antara kepala janin dengan bentuk dan ukuran panggul. Disproporsi sefalopelvik adalah keadaan yang menggambarkan ketidaksesuaian antara kepala janin dan panggul ibu sehingga janin tidak dapat keluar melalui vagina. Disproporsi sefalopelvik adalah keadaan yang menggambarkan ketidaksesuaian antara kepala janin dan panggul ibu sehingga janin tidak dapat keluar melalui vagina. Disproporsi sefalopelvik disebabkan oleh panggul sempit, janin yang besar ataupun kombinasi keduanya. (Cunningham dkk, 2010)

Cephalopelvic Disproportion (CPD) adalah diagnosa medis digunakan ketika kepala bayi dinyatakan terlalu besar untuk muat melewati panggul ibu. Sering kali, diagnosis ini dibuat setelah wanita telah bekerja keras selama beberapa waktu, tetapi lain kali, itu dimasukkan ke dalam catatan medis wanita sebelum ia bahkan buruh. Sebuah misdiagnosis of CPD account untuk banyak yang tidak perlu dilakukan bedah caesar di Amerika Utara dan di seluruh dunia setiap tahunnya. Diagnosis ini tidak harus berdampak masa depan seorang wanita melahirkan keputusan. Banyak tindakan dapat diambil oleh ibu hamil untuk meningkatkan peluangnya untuk melahirkan melalui vagina. (Cunningham dkk, 2010)

Seksio sesarea ialah pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus. ( Prawirohardjo, 2009)

Seksio sesarea adalah melahirkan janin melalui insisi pada dinding abdomen dan dinding uterus. (Cunningham dkk, 2010)

Seksio sesarea adalah sebuah bentuk melahirkan anak dengan melakukan sebuah irisan pembedahan yang menembus abdomen seorang ibu dan uterus untuk mengeluarkan satu bayi atau lebih. Cara ini biasanya dilakukan ketika kelahiran melalui vagina akan mengarah pada komplikasi-komplikasi, kendati cara ini semakin umum sebagai pengganti kelahiran normal. (Yusmiati, 2008)

### 2.1.3 Etiologi

Setiap penyempitan pada diameter panggul yang mengurangi kapasitas panggul dapat menyebabkan distosia saat persalinan. penyempitan dapat terjadi pada pintu atas panggul, pintu tengah panggul, pintu bawah panggul, atau panggul yang menyempit seluruhnya, yaitu sebagai berikut

#### 2.1.3.1 Bentuk panggul wanita (Cadwell, 2009) :

a. Panggul gynecoid :

Bentuk panggul ideal, bulat dan merupakan jenis panggul tipikal wanita

b. Panggul android :

Bentuk pap seperti segitiga, merupakan jenis jenis panggul tipikal pria

c. Panggul antropoid :

Bentuk pap seperti elips, agak lonjong seperti telur

d. Panggul platipeloid :

Bentuk pap seperti kacang atau ginjal, picak, menyempit arah muka belakang.

2.1.3.2 Penyempitan pintu atas panggul

Pintu atas panggul dianggap sempit apabila diameter antero posterior terpendeknya (konjugata vera) kurang dari 10 cm atau apabila diameter transversal terbesarnya kurang dari 12 cm. Diameter antero posterior pintu atas panggul sering diperkirakan dengan mengukur konjugata diagonal secara manual yang biasanya lebih panjang 1,5 cm. Dengan demikian, penyempitan pintu atas panggul biasanya didefinisikan sebagai konjugata diagonal yang kurang dari 11,5 cm. Mengert (2008) dan Kaltreider (2012) membuktikan bahwa kesulitan persalinan meningkat pada diameter antero posterior kurang dari 10 cm atau diameter transversal kurang dari 12 cm.

2.1.3.3 Penyempitan panggul tengah

Dengan sacrum melengkung sempurna, dinding-dinding panggul tidak berkonvergensi, foramen isciadikum cukup luas, dan spina isciadika tidak menonjol ke dalam, dapat diharapkan bahwa panggul tengah tidak akan menyebabkan rintangan bagi lewatnya kepala janin. Penyempitan pintu tengah panggul lebih sering dibandingkan pintu atas panggul. Hal ini menyebabkan terhentunya kepala janin pada bidang transversal sehingga perlu tindakan forceps tengah atau seksio sesarea. Penyempitan pintu tengah panggul belum dapat didefinisikan secara pasti seperti penyempitan pada pintu atas panggul. Kemungkinan penyempitan pintu tengah panggul apabila diameter interspinarum ditambah diameter sagitalis posterior panggul tengah adalah 13,5 cm atau kurang.

#### 2.1.3.4 Penyempitan pintu bawah panggul

Pintu bawah panggul bukan suatu bidang datar melainkan dua segitiga dengan diameter intertuberosum sebagai dasar keduanya. Penyempitan pintu bawah panggul terjadi bila diameter distantia intertuberosum berjarak 8 cm atau kurang. Penyempitan pintu bawah panggul biasanya disertai oleh penyempitan pintu tengah panggul

#### 2.1.3.5 Perkiraan kapasitas panggul sempit

Perkiraan panggul sempit dapat diperoleh dari pemeriksaan umum dan anamnesa. Misalnya padatuberculosis vertebra, poliomyelitis, kifosis. Pada wanita dengan tinggi badan yang kurang dari normal ada kemungkinan memiliki kapasitas panggul sempit, namun bukan berarti seorang wanita dengan tinggi badan yang normal tidak dapat memiliki panggul sempit. Dari anamnesa persalinan terdahulu juga dapat diperkirakan kapasitas panggul. Apabila pada persalinan terdahulu berjalan lancar dengan bayi berat badan normal, kemungkinan panggul sempit adalah kecil.

Pengukuran panggul (pelvimetri) merupakan salah satu cara untuk memperoleh keterangan tentang keadaan panggul. Pelvimetri terdiri dari :

##### a. Pelvimetri luar

Cara ini dapat ditentukan secara garis besar jenis, bentuk, dan ukuran-ukuran panggul apabila dilakukan dengan pemeriksaan dalam. Alat-alat yang dipakai antara lain : jangkar-jangkar panggul Martin, Oseander, Collin, Boudeloque dan sebagainya. Yang diukur adalah

- 1) Distansia spinarum ( $\pm$  24-26 cm), jarak anatar kedua spina iliaka anterior superior sinistra dan dekstra.
- 2) Distansia kristarum ( $\pm$  28-30 cm), jarak yang terpanjang antara dua tempat yang simetris pada

krisna iliaka sinistra dan dekstra.

- 3) Distansia obliqua eksterna (ukuran miring luar), jarak antara spina iliaka posterior sinistra dan spina iliaka anterior superior dekstra dan dari spina iliaka posterior dekstra dan spina iliaka anterior superior sinistra.
- 4) Distansia intertrokanterika, jarak antara kedua trokanter mayor.
- 5) Jugata eksterna (Boudeloque)  $\pm 18$  cm, jarak antara bagian atas simfisis ke proses spinosus lumbal 5.
- 6) Distansia tubernum ( $\pm 10,5$  cm), jarak antara tuber iskii kanan dan kiri.

b. Pelvimetri dalam

Memasukkan dua jari (telunjuk dan jari tengah) ke jalan lahir hingga menyentuh bagian tulang belakang/promotorium. Hitung jarak dari tulang kemaluan hingga promotorium untuk mengetahui ukuran pintu atas panggul dan pintu tengah panggul. Pemeriksaan ini mendapatkan konjugata diagonal. (Aflah Nur, 2010).

c. Pelvimetri roentgenologik

Untuk memperoleh gambaran yang jelas tentang bentuk panggul dan ditemukan angka-angka mengenai ukuran-ukuran dalam ketiga bidang panggul.

d. Janin yang besar

Normal berat neonatus pada umumnya 4000 gram dan jarang ada yang melebihi 5000 gram. Berat badan neonatus lebih dari 4000 gram dinamakan bayi besar. Frekuensi berat badan lahir lebih dari 4000 gram adalah 5,3%, dan berat badan lahir yang melihi 4500 gram adalah 0,4%. Pada panggul normal, biasanya tidak menimbulkan terjadinya kesulitan dalam proses

melahirkan janin yang beratnya kurang dari 4500 gram. Kesulitan dalam persalinan biasanya terjadi karena kepala janin besar atau kepala keras yang biasanya terjadi pada postmaturitas tidak dapat memasuki pintu atas panggul, atau karena bahu yang lebar sulit melalui rongga panggul. (Cunningham dkk, 2010)

#### 2.1.3.1 Seksio sesarea klasik atau *corporal*

Dilakukan dengan membuat sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira 10 cm. Kelebihannya antara lain: mengeluarkan janin dengan cepat, tidak mengakibatkan komplikasi kandung kemih tertarik, dan sayatan bisa diperpanjang proksimal dan distal. Sedangkan kekurangannya adalah infeksi mudah menyebar secara intraabdominal karena tidak ada peritonealis yang baik, untuk persalinan yang berikutnya lebih sering terjadi ruptur uteri spontan. (Cunningham dkk, 2010)

#### 2.1.3.2 Seksio sesarea *ismika* atau *profunda*.

Dilakukan dengan melakukan sayatan melintang konkat pada segmen bawah rahim (*low servikal transversal*) kira-kira 10 cm. Kelebihan dari *sectio caesarea ismika*, antara lain : penjahitan luka lebih mudah, penutupan luka dengan reperitonealisasi yang baik, tumpang tindih dari peritoneal flop baik untuk menahan penyebaran isi uterus ke rongga peritoneum, dan kemungkinan ruptur uteri spontan berkurang atau lebih kecil. Sedangkan kekurangannya adalah luka melebar sehingga menyebabkan uteri pecah dan menyebabkan perdarahan banyak, keluhan pada kandung kemih post operasi tinggi. (Cunningham dkk, 2010)

#### 2.1.3.3 Seksio sesarea *ekstra peritonealis*

Yaitu tanpa membuka peritoneum parietalis dan tidak membuka cavum abdominal.

Distosia adalah persalinan yang sulit dan ditandai oleh terlalu lambatnya kemajuan persalinan. Distosia dapat disebabkan oleh kelainan pada servik, uterus, janin, tulang panggul ibu atau obstruksi lain di jalan lahir. Kelainan ini dibagi menjadi tiga yaitu :

- a. Kelainan kekuatan (power) yaitu kontraktilitas uterus dan upaya ekspulsif ibu.
  - 1) Kelainan his : inersia uteri / kelemahan his
  - 2) Kekuatan mengejan yang kurang misalnya pada hernia atau sesak nafas.
- b. Kelainan yang melibatkan janin (passenger), misalnya letak lintang, letak dahi, hidrosefalus.
- c. Kelainan jalan lahir (passage), misalnya panggul sempit, tumor yang mempersempit jalan lahir.

Panggul dengan ukuran normal tidak akan mengalami kesukaran kelahiran pervaginam pada janin dengan berat badan yang normal. Ukuran panggul dapat menjadi lebih kecil karena pengaruh gizi, lingkungan atau hal lain sehingga menimbulkan kesulitan pada persalinan pervaginam. Panggul sempit yang penting pada obstetric bukan sempit secara anatomis namun panggul sempit secara fungsional artinya perbandingan antara kepala dan panggul.

Selain panggul sempit dengan ukuran yang kurang dari normal, juga terdapat panggul sempit lainnya. Panggul ini digolongkan menjadi empat, yaitu :

- 1) Kelainan karena gangguan pertumbuhan intrauterine panggul naegele, panggul robert, split pelvis, panggul asimilasi.
- 2) Kelainan karena kelainan tulang dan/ sendi: rakitis, osteomalasia, neoplasma, fraktur, atrofi, nekrosis,

penyakit pada sendi sakroiliaka dan sendi sakro koksigea.

- 3) Kelainan panggul karena kelainan tulang belakang : kifosis, skoliosis, spondilolistesis.
- 4) Kelainan panggul karena kelainan pada kaki koksitis, luksasio koksa, atrofi atau kelumpuhan satu kaki.

#### 2.1.4 Manifestasi klinis

Gejala klinis dari CPD sendiri antara lain : janin belum masuk PAP pada usia kehamilan 36 minggu (primipara), 38 mg (multipara), persalinan yang lebih lama dari normal (Cunningham dkk, 2010)

Tanda dan gejala menurut Bobak (2012):

2.1.4.1 Persalinan lebih lama dari normal

2.1.4.2 Janin belum masuk PAP pada kehamilan 39 minggu.

2.1.4.3 Tinggi badan kurang dari 145 cm

2.1.4.4 Ukuran panggul kurang dari 80-90 cm

#### 2.1.5 Patofisiologi

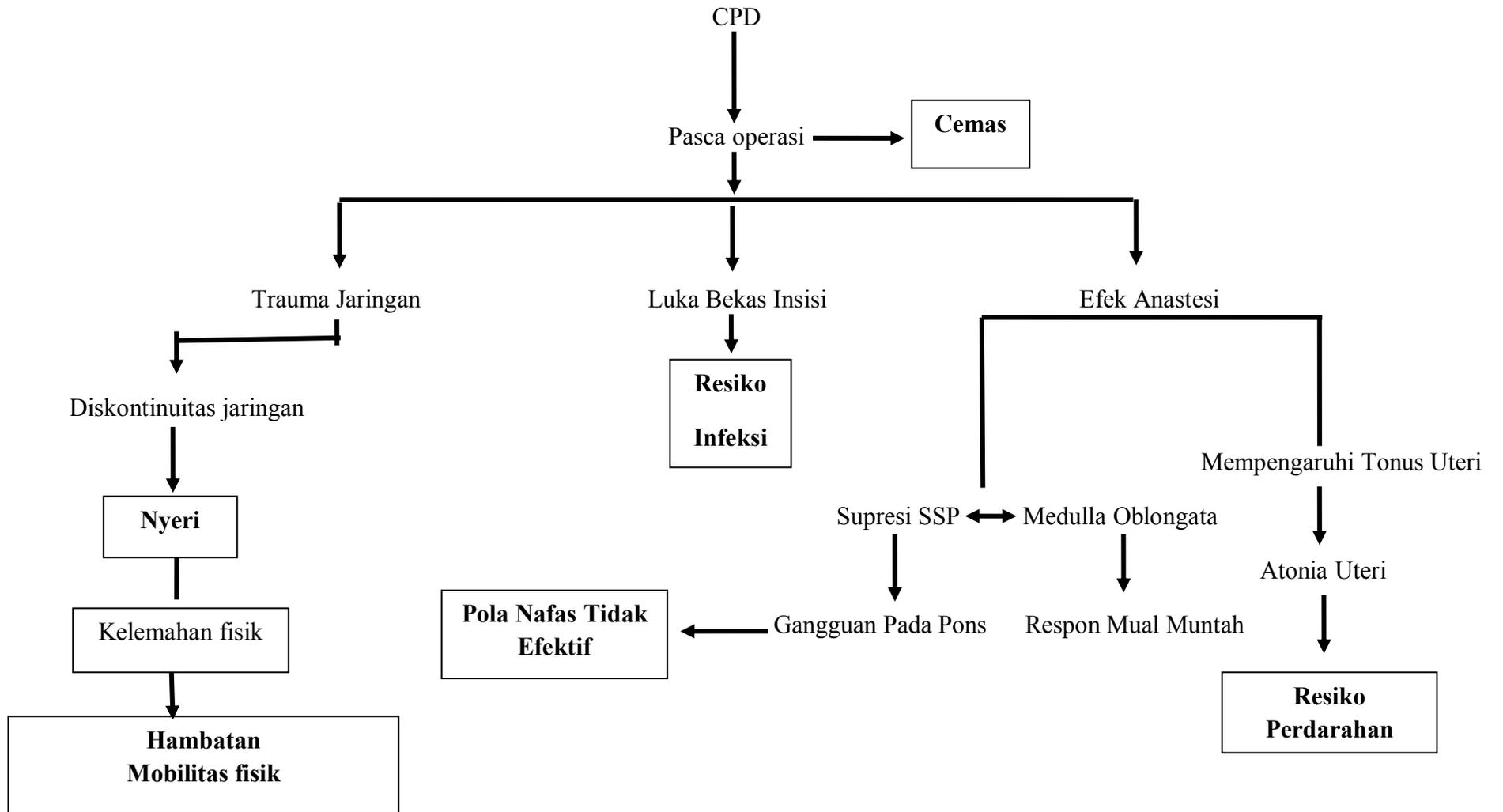
Tulang – tulang panggul terdiri dari os koksa, os sakrum, dan os koksigis. Os koksa dapat dibagi menjadi os ilium, os ishium, dan os pubis. Tulang – tulang ini satu dengan lainnya berhubungan. Di depan terdapat hubungan antara kedua os pubis kanan dan kiri, disebut simfisis. Dibelakang terdapat artikulasio sakro- iliaka yang menghubungkan os sakrum dengan os ilium. Dibawah terdapat artikulasio sakro-koksigea yang menghubungkan os sakrum (tl panggul) dan os koksigis (tl.tungging).

Pada wanita, di luar kehamilan artikulasio ini hanya memungkinkan pergeseran sedikit, tetapi pada kehamilan dan waktu persalinan dapat bergeser lebih jauh dan lebih longgar, misalnya ujung koksigis dapat

bergerak kebelakang sampai sejauh lebih kurang 2,5 cm. Hal ini dapat dilakukan bila ujung os koksigis menonjol ke depan pada saat partus, dan pada pengeluaran kepala janin dengan cunam ujung os koksigis itu dapat ditekan ke belakang. Secara fungsional, panggul terdiri dari dua bagian yaitu pelvis mayor dan pelvis minor. Pelvis mayor adalah bagian pelvis yang terletak diatas linea terminalis, disebut juga dengan false pelvis. Bagian yang terletak dibawah linea terminalis disebut pelvis minor atau true pelvis. Pada ruang yang dibentuk oleh pelvis mayor terdapat organ –organ abdominal selain itu pelvis mayor merupakan tempat perlekatan otot – otot dan ligamen ke dinding tubuh. Sedangkan pada ruang yang dibentuk oleh pelvis minor terdapat bagian dari kolon, rektum, kandung kemih, dan pada wanita terdapat uterus dan ovarium. Pada ruang pelvis juga kita temui diafragma pelvis yang dibentuk oleh muskulus levatorani dan muskulus koksigeus.

Patofisiologi terjadinya SC ini berhubungan erat dengan penyebab CPD itu sendiri. Yaitu kapasitas panggul atau ukuran panggul yang sempit dan ukuran janin yang terlalu besar. Sehingga tidak janin tidak dapat dikeluarkan melalui jalan lahir (pervaginam) dan dilakukan sectio caesarea.(Cunningham dkk, 2010)

Pathway CPD



### 2.1.6 Pemeriksaan penunjang

- 2.1.6.1 Hemoglobin atau hematokrit (Hb/Ht) untuk mengkaji perubahan dari kadar pra operasi dan
- 2.1.6.2 mengevaluasi efek kehilangan darah pada pembedahan.
- 2.1.6.3 Tes golongan darah, lama perdarahan, waktu pembekuan darah
- 2.1.6.4 Urinalisis / kultur urine
- 2.1.6.5 Pemeriksaan elektrolit

### 2.1.7 Penatalaksanaan

- 2.1.7.1 Periksa dan catat tanda - tanda vital setiap 15 menit pada 1 jam pertama dan 30 menit pada 4 jam kemudian.
- 2.1.7.2 Pendarahan dan urin harus dipantau secara ketat.
- 2.1.7.3 Pemberian tranfusi darah, bila terjadi perdarahan post partum.
- 2.1.7.4 Pemberian antibiotika.

Walaupun pemberian antibiotika sesudah sesar efektif dapat dipersoalkan, namun pada umumnya pemberiannya dianjurkan.

#### 2.1.7.5 Mobilisasi.

Pada hari pertama setelah operasi penderita harus turun dari tempat tidur dengan dibantu, paling sedikit 2 kali. Pada hari kedua penderita sudah dapat berjalan ke kamar mandi dengan bantuan.(Cunninghamdkk,2010)

## 2.2 Tinjauan Teoritis Asuhan Keperawatan

### 2.2.1 Pengkajian

#### 2.2.1.1 Identitas

Pada tahap ini perawat perlu mengetahui tentang nama, umur, alamat rumah, agama atau kepercayaan, suku bangsa, bahasa yang dipakai, status pendidikan dan pekerjaan pasien dan suaminya.

#### 2.2.1.2 Riwayat Kesehatan

##### Keluhan utama

Keluhan utama merupakan faktor utama yang mendorong pasien mencari pertolongan atau berobat ke rumah sakit. Biasanya pada pasien dengan post operasi sectio caesarea hari 1-3 adalah adanya rasa nyeri.

#### 2.2.1.3 Riwayat Kesehatan Sekarang

Mulai kapan klien merasakan adanya keluhan, dan usaha apa saja yang telah dilakukan untuk mengatasi keadaan ini.

#### 2.2.1.4 Riwayat Kesehatan Dahulu

##### a. Riwayat kesehatan klien

Menarcho pada usia berapa, haid teratur atau tidak, siklus haid berapa hari, lama haid, warna darah haid, HPHT kapan, terdapat sakit waktu haid atau tidak.

##### b. Riwayat kehamilan, persalinan dan nipas yang lalu

Hamil dan persalinan berapa kali, anak hidup atau mati, usia, sehat atau tidak, penolong siapa, nifas normal atau tidak.

##### c. Riwayat pemakaian alat kontrasepsi

Untuk mengetahui jenis KB yang digunakan oleh klien apakah menggunakan KB hormonal atau yang lainnya.

#### 2.2.1.5 Riwayat Kesehatan Keluarga

Meliputi pengkajian komposisi keluarga, lingkungan rumah dan komunitas, pendidikan dan pekerjaan anggota keluarga,

fungsi dan hubungan anggota keluarga, kultur dan kepercayaan, perilaku yang dapat mempengaruhi kesehatan, persepsi keluarga tentang penyakit klien dan lain-lain.

#### 2.2.1.6 Pemeriksaan fisik dan pengkajian fungsional

##### a. Tingkat kesadaran

Tingkat kesadaran dibuktikan melalui pertanyaan sederhana yang harus dijawab oleh klien atau di suruh untuk melakukan perintah. Variasi tingkat kesadaran dimulai dari sioman sampai ngantuk, harus di observasi dan penurunan tingkat kesadaran merupakan gejala syok.

##### b. Sistem pernafasan

Respirasi bias meningkat atau menurun . Pernafasan yang ribut dapat terdengar tanpa stetoskop. Bunyi pernafasan akibat lidah jatuh kebelakang atau akibat terdapat secret. Suara paru yang kasar merupakan gejala terdapat secret pada saluran nafas . Usaha batuk dan bernafas dalam dilaksanakan segera pada klien yang memakai anaestesi general.

##### c. Sistem perkemihan

Retensi urine paling umum terjadi setelah pembedahan ginekologi, klien yang hidrasinya baik biasanya kencing setelah 6 sampai 8 jam setelah pembedahan. Jumlah output urine yang sedikit akibat kehilangan cairan tubuh saat operasi, muntah akibat anestesi.

##### d. Sistem pencernaan

Fungsi gastrointestinal biasanya pulih pada 24-74 jam setelah pembedahan, tergantung pada kekuatan efek narkose pada penekanan intestinal. Ambulatori perlu diberikan untuk menghilangkan gas dalam usus.

f. Integritas ego

Dapat menunjukkan labilitas emosional, dari kegembiraan, sampai ketakutan, marah atau menarik diri.

Klien/ pasangan dapat memiliki pertanyaan atau salah terima peran dalam pengalaman kelahiran, mungkin mengekspresikan ketidakmampuan untuk menghadapi situasi baru.

g. Eliminasi

1) Kateter urinaris indweiling mungkin terpasang: urine jernih pucat.

2) Bising usus tidak ada, samar atau jelas.

h. Nutrisi

Abdomen lunak dengan tidak ada distensi pada awal.

i. Nyeri/ ketidaknyamanan

Mungkin mengeluh ketidaknyamanan dari berbagai sumber. Misal: trauma bedah/ insisi, nyeri penyerta, distensi kandung kemih/ abdomen, efek-efek anestesia, mulut mungkin kering.

j. Keamanan

1) Balutan abdomen dapat tampak sedikit noda kering dan utuh.

2) Jalur parental bila digunakan paten can sisi bebas eritema, bengkok, nyeri tekan.

k. Seksualitas

1) Fundus kontraksi kuat dan terletak di umbilicus.

2) Aliran lochea sedang dan bebas bekuan berlebihan/ banyak.

## 2.2.2 Diagnosa Keperawatan

2.2.2.1 Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan efek anestesi. (Nanda hal 291 )

### a. Batasan Karakteristik

- 1) Tidak ada batuk
- 2) Suara nafas tambahan
- 3) Perubahan warna nafas
- 4) Kesulitan berbicara atau mengeluarkan suara
- 5) Penurunan bunyi nafas
- 6) Dipsneu
- 7) Sianosis
- 8) Sputum dalam jumlah yang berlebihan
- 9) Batuk yang tidak efektif
- 10) Gelisah

### b. Faktor yang berhubungan

- 1) Lingkungan :
  - a) Prokok pasif
  - b) Mengisap asap
  - c) Merokok
- 2) Obstruksi jalan nafas
  - a) Spasme jalan nafas
  - b) Mokus dalam jumlah berlebihan
  - c) Eksudat dalam jalan alveoli
  - d) Ada jalan nafas buatan
- 3) Fisiologis
  - a) Asma
  - b) Jalan nafas alergi
  - c) Infeksi
  - d) Hiperplasi dinding bronchial

2.2.2.2 Nyeri akut berhubungan dengan trauma pembedahan, efek anestesi, efek hormonal, distensi kandung kemih. ( Nanda hal 306)

- a. Batasan karakteristik nyeri :
- 1) Perubahan selera makan
  - 2) Perubahan tekanan darah
  - 3) Perubahan frekwensi jantung
  - 4) Perilaku distraksi ( mis. Berjalan mondar mandir mencari orang lain dan atau aktifitas lain)
  - 5) Mengeksfresikan perilaku (mis, gelisah merengek, menangis)
  - 6) Masker wajah (mis, mata kurang bercahaya, tampak kacau ).
  - 7) Sikap melindungi area nyeri
  - 8) Gangguan tidur
  - 9) Sikap tubuh melindungi
  - 10) Melaporkan nyeri secara verbal
  - 11) TTV normal
- b. Faktor yang berhubungan dengan nyeri akut:  
Agen injury (psik, psikologis, biologis )

2.2.2.3 Defisit volume cairan berhubungan dengan kehilangan darah dalam pembedahan.

- a. Batasan Karakteristik :
- 1) Kelemahan
  - 2) Haus
  - 3) Penurunan turgor kulit/lidah
  - 4) Membran mukosa/kulit kering
  - 5) Peningkatan denyut nadi, penurunan tekanan darah, penurunan volume/tekanan nadi
  - 6) Konsentrasi urine meningkat
  - 7) Temperatur tubuh meningkat

- 8) Hematokrit meninggi
- 9) Kehilangan berat badan seketika (kecuali pada third spacing)

b. Faktor-faktor yang berhubungan:

- 1) Kehilangan volume cairan secara aktif
- 2) Kegagalan mekanisme pengaturan

2.2.2.4 Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan intoleransi aktivitas dan nyeri. (nanda hal 271)

a. Batasan karakteristik

- 3) Ketidakmampuan untuk bergerak dengan tujuan di dalam lingkungan, termasuk mobilitas di tempat tidur, berpindah dan ambulasi.
- 4) Keengganan untuk melakukan pergerakan.
- 3) Keterbatasan rentang gerak.
- 4) Penurunan kekuatan, pengendalian, atau masa otot.
- 5) Mengalami pembatasan pergerakan, termasuk protocol-protokol mekanis dan medis.
- 6) Gangguan koordinasi.

b. Faktor-faktor yang berhubungan

- 1) Intoleransi aktivitas
- 2) Penurunan kekuatan dan ketahanan
- 3) Nyeri dan rasa tidak nyaman
- 4) Gangguan persepsi atau kognitif
- 5) Gangguan neuromuskuler
- 6) Depresi
- 7) Ansietas berat

2.2.2.5 Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan fisik ( Nanda hal 281 )

a. Batasan karakteristik

Objektif

- 1) Tidak mampu untuk mengancing baju sendiri

- 2) Mempertahankan kebersihan pribadi dan penampilan
  - 3) Mengenakan pakaian sendiri
  - 4) Menyiapkan dan memakan makanan dan cairan
  - 5) Melakukan aktivitas eliminasi
- b. Faktor yang berhubungan
- 1) Penurunan motivasi
  - 2) Kendala lingkungan
  - 3) Ketidakmampuan untuk merasakan bagian tubuh
  - 4) Ketidakmampuan untuk merasakan hubungan spasial
  - 5) Gangguan muskuloskeletal
  - 6) Kerusakan neurovaskuler
  - 7) Nyeri
  - 8) Gangguan persepsi/kognitif
  - 9) Ansietas hebat
  - 10) Kelemahan dan kelelahan

2.2.2.6 Resiko infeksi berhubungan dengan peningkatan kerentanan tubuh terhadap bakteri sekunder pembedahan (nanda hal 316).

- a. Faktor risiko:
- 1) Kurang pengetahuan untuk menghindari pemajanan patogen
  - 2) Malnutrisi
  - 3) Penyakit kronis
  - 4) Prosedur invasif
- b. Pertahanan tubuh primer tidak adekuat
- 1) Gangguan integritas kulit
  - 2) KPD
  - 3) Pecah ketuban lambat

- c. Pertahankan tubuh sekunder tidak adekuat
  - 1) Imunosupresi
  - 2) Leukopenia
  - 3) Penurunan Hb
  - 4) Vaksinasi tidak adekuat

### 2.2.3 Intervensi Keperawatan

#### 2.2.3.1 Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan efek anestesi

Intervensi :

- a. Kaji faktor-faktor penyebab (sekret, penurunan kesadaran, reflek batuk).
- b. Pertahankan klien pada posisi miring, maka sekret dapat mengalir ke bawah.
- c. Kaji posisi lidah, yakinkan tidak jatuh ke belakang dan menghalangi nafas.
- d. Tinggikan kepala tempat tidur.
- e. Ajarkan batuk efektif.
- f. Kolaborasi penggunaan suction

#### 2.2.3.2 Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan trauma pembedahan, efek anestesi, efek hormonal dan distensi kandung kemih.

Intervensi :

- a. Kaji nyeri, perhatikan lokasi, intensitas, dan lamanya.
- b. Ajarkan dan catat tipe nyeri serta tindakan untuk mengatasi nyeri.
- c. Ajarkan teknik relaksasi – distraksi
- d. Pertahankan tirah baring bila diindikasikan.
- e. Anjurkan menggunakan kompres hangat.
- f. Berikan obat sesuai indikasi
- g. Masukkan kateter dan dekatkan untuk kelancaran drainase.

2.2.3.3 Defisit volume cairan berhubungan dengan pengeluaran integritas pembuluh darah, perubahan dalam kemampuan pembekuan darah.

Intervensi :

- a. Ukur dan catat pemasukan dan pengeluaran. Tinjau ulang catatan intraoperasi.
- b. Kaji pengeluaran urinarius.
- c. Awasi TD, nadi, dan tekanan hemodinamik.
- d. Catat munculnya mual/muntah.
- e. Periksa pembalut atau drain pada interval reguler. Kaji luka untuk terjadinya pembengkakan.
- f. Pantau suhu kulit, palpasi denyut perifer.
- g. Pasang kateter urinarius sesuai kebutuhan.
- h. Berikan cairan parental, produksi darah dan/ atau plasma ekspander sesuai petunjuk.
- i. Awasi pemeriksaan laboratorium sesuai indikasi.
  - 1) Hb/Ht
  - 2) Elektrolit serum dan pH.
- j. Berikan darah atau kemas SDM bila diperlukan sesuai indikasi.

2.2.3.4 Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan intoleransi aktivitas dan nyeri.

Intervensi :

- a. Kaji fungsi motorik dengan menginstruksikan pasien untuk melakukan gerakan.
- b. Catat tipe anestesi yang diberikan pada saat intra partus pada waktu klien sadar.
- c. Berikan suatu alat agar pasien mampu untuk meminta pertolongan, seperti bel atau lampu pemanggil.
- d. Bantu / lakukan latihan ROM pada semua ekstremitas dan sendi, pakailah gerakan perlahan dan lembut.

- e. Anjurkan klien istirahat.
- f. Tingkatkan aktifitas secara bertahap.

2.2.3.5 Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan fisik.

Intervensi :

- a. Pastikan berat / durasi ketidaknyamanan.
- b. Tentukan tipe-tipe anastesi.
- c. Ubah posisi klien setiap 1-2 jam.
- d. Berikan bantuan sesuai kebutuhan (perawatan mulut, mandi, gosokan punggung dan perawatan perineal).
- e. Kolaborasi pemberian analgesik sesuai indikasi.

2.2.3.6 Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif, kerusakan kulit, pemajanan pada patogen.

Intervensi :

- a. Monitor tanda-tanda vital.
- b. Kaji luka pada abdomen dan balutan.
- c. Menjaga kebersihan sekitar luka dan lingkungan klien, rawat luka dengan teknik aseptik.
- d. Dapatkan kultur darah, vagina, dan plasenta sesuai indikasi.
- e. Catat hemoglobin dan hematokrit. Catat perkiraan kehilangan darah selama prosedur pembedahan.