



SEKSIO SESAREA

PANDUAN KLINIS

Pengurus Pusat
Perkumpulan Obstetri dan
Ginekologi Indonesia

2022



KONTRIBUTOR

Editor:

dr. Ari Kusuma Januarto, SpOG (K)
Prof. Dr. dr. Budi Wiweko, SpOG (K), MPH
Dr. dr. Andon Hestiantoro, SpOG(K), MPH
Dr. dr. Eugenius Phyowai Ganap, SpOG(K)
Dr. dr. Rima Irwinda, SpOG (K)
Dr. dr. Zulvayanti, SpOG (K), M.Kes.
dr. Manggala Pasca Wardhana, SpOG(K)-KFM
dr. M. Ardian Cahya Laksana, SpOG (K)
dr. Dwirani Amelia, SpOG
dr. Iman Helmi Effendi, SpOG (K)
dr. Ni Putu Cahya
dr. Irma Darmayanti

Kontributor Buku:

Dr. dr. Eugenius Phyowai Ganap, SpOG(K)
Dr. dr. Rima Irwinda, SpOG (K)
Dr. dr. Zulvayanti, SpOG (K), M.Kes.
dr. Manggala Pasca Wardhana, SpOG(K)-KFM
dr. M. Ardian Cahya Laksana, SpOG (K)
dr. Dwirani Amelia, SpOG
Perhimpunan Dokter Spesialis Anestesi dan Terapi Intensif Indonesia
Ikatan Dokter Anak Indonesia

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI.....	iii
DAFTAR SINGKATAN.....	vi
PERNYATAAN.....	viii
PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Tujuan.....	3
Tujuan Umum.....	3
Tujuan Khusus.....	3
1.3. Sasaran.....	4
(RESPECTFUL MATERNITY CARE).....	5
2.1. Pengertian.....	5
2.2. Hak Dasar Ibu Dan Kewajiban Tenaga Kesehatan Serta Fasilitas Pelayanan Kesehatan.....	5
ASPEK PROSEDUR SEKSIO SESAREA.....	7
3.1. Waktu Tanggap / <i>Respon Time</i>	7
3.2. Pemeriksaan pra-operasi dan persiapan seksio sesarea.....	13
3.3. Anestesia pada seksio sesarea.....	15
3.3.1. Anestesia pada seksio sesarea.....	16
3.3.2. Pemilihan Teknik Anestesi.....	16
3.3.3. Pilihan Anestesi untuk operasi seksio sesarea.....	17
3.4. Teknik operasi.....	18
SEKSIO SESAREA BERENCANA.....	27
4.1 Kelainan Letak.....	27
4.2 Kehamilan Multipel.....	27
Kehamilan Gemeli.....	27
Kehamilan Triplet.....	28
4.3 Plasenta Previa.....	28
4.4 Plasenta Akreta.....	28
4.5.Persalinan Pada Ibu Dengan HIV Positif dan Infeksi Lain.....	29
<i>Human Immunodeficiency Virus</i>	29
Hepatitis.....	29
Virus Herpes Simpleks (HSV).....	29
4.6.Kehamilan Preterm.....	30
4.7. Kelahiran pada Bekas Seksio Sesarea.....	30

4.8. Bayi Kecil Masa Kehamilan (KMK).....	31
4.9. Kehamilan dengan Tumor Ginekologi	31
Kanker serviks.....	31
Mioma Uteri.....	31
4.10. Seksio Sesarea Postmortem (SSPM).....	32
Latar Belakang.....	32
Teknik Operasi.....	32
Aspek Medikolegal.....	33
Aspek Etik.....	33
4.11. Disproporsi Sefalo Pelvik.....	34
4.12. Obesitas	35
4.13. Operasi Caesar atas Permintaan Pasien	36
FAKTOR INTRAPARTUM YANG MEMPENGARUHI KEPUTUSAN SEKSIO SESAREA	41
5.1. Upaya-Upaya yang Direkomendasikan untuk Menurunkan Angka Seksio Sesarea	41
5.1.1. Upaya yang Dapat Dilakukan oleh Ibu Hamil.....	41
5.1.2. Upaya yang Dapat Dilakukan oleh Tenaga Kesehatan.....	42
5.1.3. Upaya yang Dapat Dilakukan oleh Rumah Sakit dan Dinas Kesehatan.....	42
5.1.4. Perawatan Intrapartum yang Mengurangi Kemungkinan Seksio Sesarea.....	42
5.2. Intervensi yang Tidak Menunjukkan Pengaruh Terhadap Kejadian Seksio Sesarea.....	43
5.3. Kemajuan Persalinan dan Risiko Seksio Sesarea.....	43
5.3.1. Intervensi pada “Partus Kala 1 Memanjang” dan seksio sesarea	43
5.4. Makan Selama Persalinan	43
PERAWATAN BAYI BARU LAHIR DENGAN SEKSIO SESAREA	45
PERAWATAN IBU PASCA SEKSIO SESAREA	56
7.1. Risiko Perawatan Intensif Pasca Seksio Sesarea	56
7.2. Pemantauan Rutin Pasca Seksio Sesarea	56
7.3. Penatalaksanaan Nyeri Pasca Seksio Sesarea.....	56
7.4. Makan Minum Lebih Awal Setelah Seksio Sesarea	56
7.5. Pelepasan Kateter Urin Setelah Seksio Sesarea.....	57
7.6. Lama Perawatan Di Rumah Sakit	57
PEMULIHAN PASCA SEKSIO SESAREA	58
8.1. Ruang Pemulihan	58
8.2. Ruang Rawat	58
8.3. Laktasi.....	59
8.4. Edukasi.....	59
KEHAMILAN DAN PERSALINAN PASCA SEKSIO SESAREA	60

9.1.	Risiko Persalinan pada Bekas Seksio Sesarea	60
9.2.	Angka Keberhasilan Persalinan Pervaginam Pada Bekas Seksio Sesarea.....	60
9.3.	Ruptura Uteri	61
9.4.	Komplikasi	61
9.5.	Seksio Sesararea Darurat vs Elektif.....	62
9.6.	Rekomendasi Intrapartum	62
9.7.	Induksi dan Augmentasi.....	62
9.8.	Percobaan Persalinan Pervaginam pada Bekas Operasi Sesar Lebih dari Satu Kali	62
9.9.	Kehamilan Ganda	63
9.10.	Persalinan pada trimester kedua	63

DAFTAR SINGKATAN

ACOG	<i>American College of Obstetricians and Gynecologists</i>
ANC	<i>Antenatal Care</i>
BMI	<i>Body Mass Index</i>
BPJS	Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
CPR	<i>Cardiopulmonary resuseksio sesareaitation</i>
CTG	<i>Cardiotocography</i>
DDI	<i>Decision to delivery interval</i>
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HSV	<i>Herpes Simplex Virus</i>
ICU	<i>Intensive Care Unit</i>
IUFD	<i>Intrauterine Fetal Death</i>
Kemenkes	Kementerian Kesehatan
KSM	Kelompok Staff Medis
NICU	<i>Neonatal Intensive Care Unit</i>
NSAID	<i>Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drug</i>
PMCS	<i>Postmortem Cesarean</i>
POGI	Perkumpulan Obsteri dan Ginekologi Indonesia
RCOG	<i>Royal College of Obstetrician Gynaecologists</i>
RS	Rumah Sakit
SC	Sectio Caesarea
SpOG	Spesialis Obstetri dan Ginekologi
TLTL	<i>too litte too late</i>
TMTS	<i>too much too soon</i>
USG	<i>ultrasonography</i>
VBAC	<i>vaginal birth after cesarean section</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

SAMBUTAN KETUA PP POGI

Puji dan syukur mari kita panjatkan ke hadirat Allah SWT, karena atas berkat dan rahmat-Nya, Panduan Klinis Seksio Sesarea dapat diterbitkan oleh PP POGI. Panduan ini diprakarsai oleh tim khusus dari PP POGI, telah mendapat masukan dari berbagai bidang terkait di organisasi POGI serta masukan dari sejawat dokter spesialis anak dan anestesi.

Seksio sesarea merupakan tindakan di bidang pelayanan maternal untuk melahirkan bayi melalui insisi di abdomen yang sesuai indikasi. Saat ini tingkat persalinan dengan seksio sesarea tinggi di beberapa negara di dunia, namun tidak menunjukkan angka morbiditas dan mortalitas yang lebih baik. Di sisi lain, terdapat angka persalinan seksio sesarea yang rendah di beberapa negara lain, namun menunjukkan morbiditas dan mortalitas yang tinggi. Oleh karena itu diperlukan sebuah panduan yang menjadi acuan klinisi dalam praktek sehari-hari agar dapat menerapkan prosedur seksio sesarea yang aman dan sesuai dengan indikasi.

Penerbitan panduan ini bertujuan sebagai tuntunan untuk pengambilan keputusan terkait seksio sesarea, namun sejawat tetap harus mempertimbangkan kebutuhan pasien, standard pelayanan, dan *patient safety*, dengan menerapkan *respectful maternity care*. Panduan ini juga dilengkapi dengan bukti ilmiah serta rekomendasi internasional.

Semoga Panduan Klinis Seksio Sesarea ini dapat memberikan manfaat, baik bagi anggota, maupun sejawat di seluruh tingkat pelayanan. Diharapkan panduan ini menjadi sarana untuk tercapainya pelayanan maternal yang aman dan berkualitas di Indonesia.

Jakarta, Juni 2022

Ketua Umum PP POGI

dr. Ari Kusuma Januarto, SpOG (K)

PERNYATAAN

Rekomendasi di dalam pedoman ini mewakili pandangan POGI, diperoleh berdasarkan standar dan pedoman yang telah dikeluarkan oleh POGI dilengkapi dengan berbagai bukti dan rekomendasi di dunia Internasional. Saat melakukan penilaian klinis, dokter diharapkan untuk mempertimbangkan pedoman ini sepenuhnya, disamping kebutuhan individu, preferensi dan nilai-nilai pasien atau orang-orang yang mendapatkan layanan mereka, sebagai salah satu bentuk pelayanan maternitas yang bermartabat (*respectful maternity care*). Pedoman ini tidak mengesampingkan tanggung jawab dokter untuk membuat keputusan yang sesuai dengan keadaan setiap individu, berdasarkan hasil konsultasi dengan mereka, suami dan keluarga dekat serta ketersediaan dan kemampuan sarana dan prasarana di fasilitas kesehatan masing-masing.

Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota bertanggung jawab untuk mewujudkan pedoman ini sehingga dapat diterapkan ketika dokter dan pengguna layanan membutuhkan pelayanan seksio sesarea. Manajemen Rumah Sakit, Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota dan Pemerintah Daerah harus menempatkan pedoman ini dalam konteks prioritas terkait dukungan pembiayaan dan pengembangan layanan sesuai kewenangan masing-masing. Selain itu pembuat kebijakan harus memastikan bahwa tidak terdapat diskriminasi dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan pada umumnya, seksio sesarea pada khususnya, serta terdapatnya lingkungan yang menjunjung tinggi kesetaraan dalam pelayanan kesehatan. Pedoman ini harus diterjemahkan secara komprehensif sehingga dapat mencapai tujuan dalam memuliakan perempuan .

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Kehamilan dan persalinan adalah sebuah momen penting dalam kehidupan seseorang. Bukan hanya bagi ibu melainkan bagi suami dan bahkan seluruh keluarga besar. Selain merupakan sebuah momentum kebahagiaan, kehamilan dan persalinan juga merupakan kondisi rentan yang membutuhkan dukungan penuh dari semua pihak yang terlibat di dalamnya. Mengingat demikian bermaknanya baik secara personal maupun kultural seluruh peristiwa kehamilan dan persalinan, maka konsep “safe motherhood” yang seringkali hanya dibatasi pada keselamatan fisik, hendaknya diperluas dengan perhatian terhadap isu-isu ekualitas, isu penyalahgunaan (*abuse*), atau secara spesifik perhatian pada pemenuhan hak dasar ibu dalam pelayanan maternitas yang bermartabat . Oleh karenanya pemahaman “*safe motherhood*” harus diperluas melampaui pencegahan morbiditas atau mortalitas semata agar dapat mencakup respek bagi hal dasar ibu, termasuk respek terhadap otonomi, martabat, perasaan, pilihan dan preferensi dalam menjalani kehamilan dan persalinan.

Salah satu intervensi di bidang pelayanan maternal yang sangat berkaitan erat dengan morbiditas dan mortalitas maternal dan neonatal dan mendapat sorotan saat ini adalah seksio sesarea. Seksio sesarea adalah sebuah teknik operasi untuk melahirkan janin dan hasil kehamilan melalui sayatan pada abdomen. Dunia saat ini menghadapi sebuah situasi dimana tingkat persalinan dengan menggunakan metode seksio sesarea telah mencapai tingkat yang demikian tinggi yang sulit untuk dijelaskan, tanpa memberikan perbaikan pada morbiditas dan mortalitas, di beberapa wilayah negara. Di sisi lain, justru terjadi di sebuah wilayah negara dimana tingkat seksio sesarea sedemikian rendah yang ternyata justru berkaitan dengan morbiditas dan mortalitas yang tinggi (grafik 1.).

Di wilayah dengan tingkat seksio sesarea sangat rendah (*too little too late* = TLTL), penyebab mendasar yang teridentifikasi adalah sumber daya yang tidak memadai, pelayanan substandar dan tidak berbasis bukti, atau penundaan pelayanan hingga akhirnya terjadi keterlambatan. Sementara di sisi yang berlawanan, di wilayah dengan tingkat seksio sesarea yang relatif tinggi tanpa memberikan manfaat dalam mengendalikan morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi baru lahir (*Too much too soon*= TMTS), maka yang diduga kuat menjadi penyebab adalah intervensi medis yang berlebihan terhadap kehamilan dan persalinan

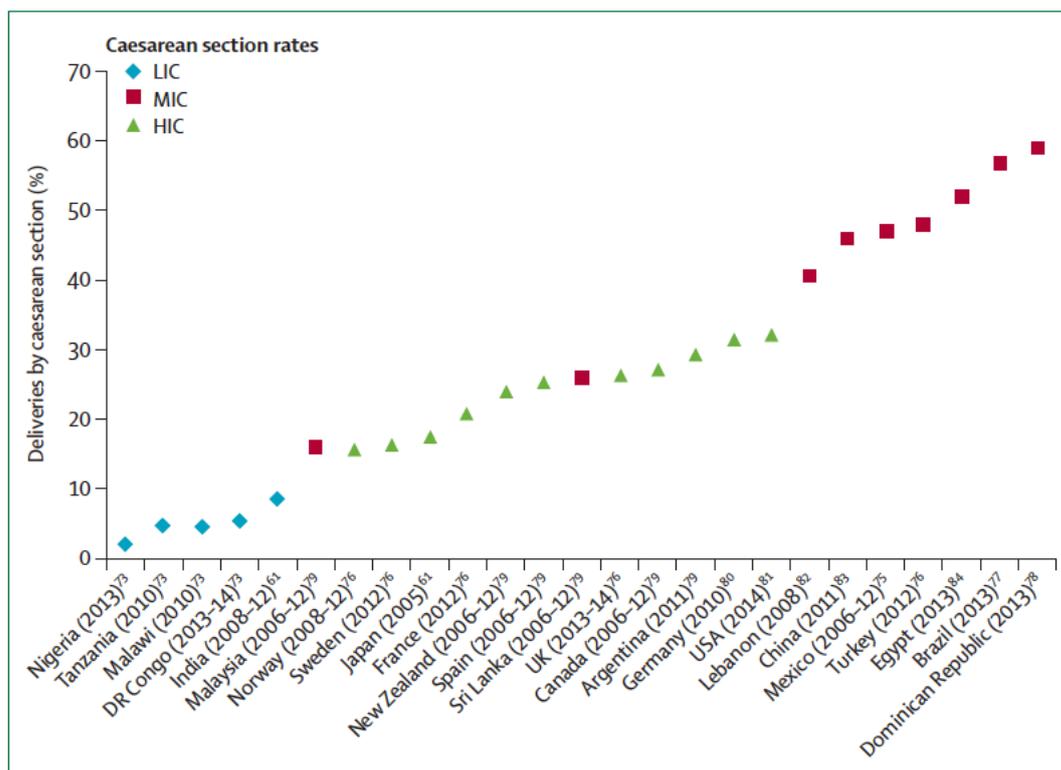


Figure: Country-specific caesarean section rates in high-income, middle-income, and low-income countries
 LIC=low-income country. MIC=middle-income country. HIC=high-income country.

Grafik 1. Tingkat seksio sesarea di berbagai negara (the lancet, 2016)

normal. Di dalamnya termasuk juga pelaksanaan intervensi yang tidak diperlukan atau tidak berbasis evidens, termasuk pemanfaatan intervensi yang seharusnya dapat menyelamatkan jiwa jika digunakan dengan baik dan benar, akan tetapi membahayakan jika digunakan secara rutin atau berlebihan. Berkaitan dengan meningkatnya persalinan di fasilitas kesehatan, maka

perilaku seksio sesarea TMTS berpotensi untuk menimbulkan kemudharatan dan meningkatkan pembiayaan pelayanan kesehatan, dan seringkali diiringi pula dengan *disrespect* dan penyalahgunaan.

Meskipun demikian ketidakmerataan sosial dan pelayanan kesehatan di suatu negara dapat menyebabkan keduanya terjadi bersamaan.

1.2.Tujuan

Tujuan Umum

Secara umum pedoman ini memberikan tuntunan bagi pelaksanaan pelayanan seksio sesarea sebagai salah satu bentuk tindakan dalam pelayanan Obstetri. Dengan demikian maka diharapkan terselenggara pelayanan berkualitas yang konsisten bagi wanita yang:

- pernah menjalani seksio sesarea (SC) di masa lalu dan sekarang hamil kembali atau
- memiliki indikasi klinis untuk seksio sesarea atau
- sedang mempertimbangkan seksio sesarea jika tidak ada indikasi lain.

Tujuan Khusus

1. Meningkatkan konsistensi dan kualitas pelayanan seksio sesarea.
2. Meyakinkan terselenggaranya pelayanan persalinan dengan respek.
3. Memberikan tuntunan umum bagi pelaksanaan seksio sesarea berencana, aspek prosedur seksio sesarea, perawatan bayi baru lahir dengan seksio sesarea, perawatan ibu dengan seksio sesarea, pemulihan pasca seksio sesarea serta kehamilan dan persalinan pasca seksio sesarea.

Pedoman ini memberikan informasi berbasis bukti:

- risiko dan manfaat seksio sesarea terencana dibandingkan dengan persalinan pervaginam terencana
- indikasi khusus untuk seksio sesarea
- strategi manajemen yang efektif untuk menghindari seksio sesarea
- aspek layanan anestesi dan bedah
- intervensi untuk mengurangi morbiditas dari seksio sesarea
- faktor organisasi dan lingkungan yang mempengaruhi angka seksio sesarea.

1.3.Sasaran

- Kementerian Kesehatan
- Para tenaga kesehatan
- Pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Fasyankes) beserta staf dan Kelompok Staf Medik (KSM) terkait: Obgin, Anak dan Anestesi.
- Dinas Kesehatan
- BPJS
- Ibu hamil, keluarga, pendukung persalinan dan pengasuh lainnya

BAB II

(RESPECTFUL MATERNITY CARE)

Pelayanan Maternitas yang Bermartabat

2.1. Pengertian

Setiap manusia sesungguhnya wajib diperlakukan dengan hormat dan bermartabat. Terlebih ibu hamil, yang karena kehamilannya menempatkan ibu pada kedudukan yang rentan. Baik ditengah-tengah keluarga, maupun di luar rumah – terlebih di depan para penolongnya ketika akan melahirkan. Kondisi ibu hamil yang seringkali sudah tidak berdaya untuk menjawab ataupun melawan. Karena demikian pribadinya peristiwa ini, bagi seorang ibu terkadang sulit untuk menyampaikan apa yang menjadi pemikirannya dan apa yang dirasakan dalam menghadapi seluruh proses kehamilan dan persalinan.

Bukti-bukti terkait perlakuan tidak bermartabat *disrespect* selama kehamilan dan persalinan menunjukkan bahwa kenyataan tersebut akan berkorelasi dengan perilaku ibu hamil dan keluarganya mencari pelayanan kesehatan. *care seeking behaviour* pada ibu hamil dan keluarganya. Hal ini akan berkontribusi pada penyebab morbiditas dan mortalitas maternal dan neonatal yang diakibatkan oleh keterlambatan dalam mengambil keputusan untuk mencari pertolongan kepada tenaga kesehatan dan fasilitas kesehatan.

Respectful Maternity Care Pelayanan maternitas bermartabat pada dasarnya adalah semua upaya untuk memenuhi hak-hak dasar ibu hamil, melahirkan dan nifas beserta bayinya. Semua upaya untuk memenuhi kebutuhan ibu dan bayinya hendaknya berpusat pada pemenuhan kebutuhan ibu dan bayinya, termasuk keluarganya sebagai pendukung ibu dan bayi baru lahir. Ibu hamil dan keluarganya berhak untuk mendapatkan informasi yang berbasis bukti beserta dukungan yang memungkinkan mereka untuk dapat mengambil keputusan bagi diri mereka sendiri.

2.2. Hak Dasar Ibu Dan Kewajiban Tenaga Kesehatan Serta Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Hingga saat ini belum ada sebuah carta yang mengatur tentang pemenuhan hak dasar ibu dan bayi baru lahir, terutama terkait perlakuan yang diterima selama kehamilan, persalinan dan nifas. Meskipun demikian beberapa bukti telah menunjukkan beberapa keadaan yang erat kaitannya dengan pelanggaran hak dasar ibu (tabel 1.). Berbagai kondisi tersebut tentunya akan mempengaruhi persepsi ibu tentang kehamilan dan persalinan, serta persepsi ibu tentang pelayanan kesehatan, khususnya pelayanan kesehatan maternal neonatal.

Diharapkan informasi yang ada dalam pedoman ini, dapat menjadi panduan bagi pemenuhan hak-hak dasar ibu selama proses kehamilan, persalinan dan nifas. Upaya untuk memenuhi hak-hak tersebut bukan hanya membutuhkan tenaga kesehatan yang terampil dan peduli, melainkan juga sistem administratif di Pemerintahan Daerah, termasuk Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan badan pembiayaan kesehatan (BPJS) dan tentunya manajemen Fasilitas Pelayanan Kesehatan setempat.

Tabel 1. Disrespek pada ibu hamil dan pelanggaran hak dasar ibu

Kategori disrespek dan abuse	Hak dasar yang dilanggar
1. Perundungan Fisik	Bebas dari pelayanan yang membahayakan dan perlakuan buruk.
2. Pelayanan tanpa consent	Hak atas informasi, informed-consent dan penolakan, dan respek terhadap pilihan ibu termasuk pilihan pendamping selama persalinan.
3. Pelayanan non-confidensial	Konfidensialitas, privasi.
4. Pelayanan tidak bermartabat (termasuk perundungan verbal)	Martabat dan respek.
5. Diskriminasi	Ekuualitas, bebas dari diskriminasi. Pelayanan yang berkeadilan.
6. Penelantaran	Hak atas pelayanan yang tepat waktu dan sesuai dengan standar tertinggi.
7. Penahanan kepulangan	Hak atas kebebasan/kemerdekaan, otonomi, penentuan nasib sendiri, serta bebas dari paksaan.

Komunikasi yang baik antara tenaga kesehatan dan ibu hamil sangat penting. Hal ini harus didukung oleh informasi tertulis yang berbasis bukti disesuaikan dengan kebutuhan ibu. Pengobatan dan perawatan, serta informasi yang diberikan kepada ibu, harus sesuai dengan budaya yang ada. Selain itu, juga harus dapat diakses oleh ibu dengan kebutuhan khusus seperti ketidakmampuan fisik, sensorik atau belajar, dan untuk ibu yang tidak bisa berbicara atau membaca. Bagi ibu hamil yang berusia dibawah 18 tahun, maka perlu dipertimbangkan pendampingan bukan hanya dengan suami, melainkan dengan melibatkan keluarga. Dengan demikian, maka keluarga dan pendamping juga membutuhkan dukungan dan selalu dilibatkan dalam diskusi terutama terkait dengan pengambilan keputusan klinik terkait pelayanan yang akan diterima.

BAB III

ASPEK PROSEDUR SEKSIO SESAREA

3.1. Waktu Tanggap / *Respon Time*

Kasus kegawatdaruratan obstetri (emergensi obstetri) adalah kasus obstetri yang bila tidak segera ditangani akan mengakibatkan kesakitan berat, bahkan kematian ibu dan bayi. Kasus kegawatdaruratan obstetri adalah penyebab langsung dari kematian ibu, janin serta bayi baru lahir.

Response time / waktu tanggap adalah waktu yang dibutuhkan dalam memberikan respon terhadap sebuah kejadian. Dalam pengambilan keputusan klinik seksio sesarea maka waktu tanggap untuk pelaksanaan seksio sesarea yang sangat berkaitan dengan tingkat kegawatdaruratan sebuah kondisi obstetri adalah waktu dari keputusan dibuat hingga pelaksanaan seksio sesarea atau *Decision to Incision Interval (DII)*. Lebih jelasnya DII adalah jarak waktu (menit) sejak diputuskan oleh DPJP untuk melakukan seksio sesarea sampai dilakukan insisi operasi. Seringkali *response time* menjadi kontributor utama yang dapat menyelamatkan ibu dan bayi baru lahir.

Penetapan waktu tanggap seksio sesarea tentu dipengaruhi oleh urgensi dari kondisi ibu dan janin dimana tindakan tersebut dapat menyelamatkan nyawa, baik ibu maupun janin jika dilaksanakan dalam kerangka waktu tanggap yang sesuai. Makin besar ancaman bagi kelangsungan hidup ibu dan atau janin, maka diharapkan makin cepat waktu tanggap yang diberikan.

Sesuai dengan makin besar urgensi dalam pengambilan keputusan klinik seksio sesarea maka terdapat 4 kategori urgensi. Kategori 1 adalah sebuah keadaan dimana terdapat ancaman langsung bagi kelangsungan hidup ibu atau janin. Upaya penyelamatan ibu atau janin pada kondisi ini sangat ditentukan oleh waktu tanggap yang diberikan. Kategori 2 adalah sebuah kondisi dimana komplikasi yang terjadi bukan merupakan ancaman yang sifatnya langsung bagi kehidupan ibu dan janin. Akan tetapi jika waktu tanggap yang diberikan tidak adekuat akan menimbulkan morbiditas yang tinggi bahkan kematian. Dengan kata lain kategori 1 dan 2 merupakan kelompok dengan urgensi tinggi yang membutuhkan waktu tanggap yang cepat atau biasa dikenal dengan cito. Di antara keduanya, maka kategori 1 memiliki urgensi yang lebih besar daripada kategori 2.

Kategori 3 dan 4 dapat dikatakan sebagai kelompok dimana tidak terdapat ancaman pada ibu dan janin. Sehingga tidak ada ketergesaan dalam pelaksanaan tindakan operasi seksio

sesarea pada kategori 3 dan 4. Perbedaan di antara keduanya tidak perlu digariskan secara tegas, melainkan diputuskan dengan tetap menempatkan kepentingan pasien di atas kepentingan yang lain.

Tabel 1 Klasifikasi Tingkat Urgensi Waktu Tanggap Seksio sesarea

Klasifikasi Tingkat Urgensi Waktu Tanggap Tindakan Seksio Sesarea			
	Urgensi	Definisi	Kategori
	Ancaman bagi ibu atau janin	Ancaman langsung bagi kelangsungan kehidupan ibu atau janin	1
		Tidak merupakan ancaman langsung bagi kehidupan ibu dan janin	2
	Tanpa ancaman bagi ibu atau janin	Mebutuhkan pengakhiran kehamilan segera	3
		Pada waktu yang paling sesuai bagi ibu dan fasilitas	4

Mengingat dinamika dari perjalanan persalinan, maka suatu kondisi dapat membawa risiko berkelanjutan (*continuum of risk*), sehingga menetapkan kerangka waktu bagi setiap kategori waktu tanggap adalah tidak bijaksana. DPJP harus dapat menetapkan urgensi pada setiap kasus pengakhiran kehamilan/persalinan dengan sangat cermat dengan menggunakan semua modalitas yang ada secara optimal, seperti partograf, USG dan KTG. Setelah itu DPJP hendaknya mengkomunikasikan kondisi yang dihadapi kepada ibu dan keluarga untuk kemudian melakukan pengambilan keputusan klinik yang terbaik. Meskipun demikian beberapa kondisi dengan tingkat urgensi tinggi yang membutuhkan tindakan dengan waktu tanggap kategori 1 dapat ditentukan waktu tanggap adalah maksimal 30 menit dari sejak keputusan SEKSIO SESAREA diambil hingga dapat dilakukan insisi. Hal ini ditetapkan karena pada kondisi tersebut telah terjadi ancaman langsung bagi kelangsungan hidup ibu dan janin (*immediate threat to life*).

Tabel 2 berisi beberapa contoh indikasi obstetri, dan tidak terbatas padanya, bagi waktu tanggap kategori 1. Selain daripada kondisi pada tabel 2, hal yang perlu diingat ketika sebuah faskes menyatakan mampu melaksanakan Persalinan Pada Bekas Seksio Sesarea (PBS) atau *Vaginal Birth After Cesarean Section* (VBAC) maka wajib bagi faskes tersebut untuk mampu menyelenggarakan seksio sesarea dengan kategori 1.

Tabel 2. Beberapa Indikasi Obstetri, dan tidak terbatas pada ini, bagi waktu tanggap Seksio sesarea kategori 1

Indikasi	Penjelasan
Fetal Distress menetap	<p>Definisi</p> <p>Adalah sebuah kondisi dimana janin mengalami hipoksia pada berbagai tingkat, yang ditegaskan berdasarkan analisis melalui <u>analisis faktor risiko, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang</u> seperti pemeriksaan KTG dengan pembebanan dan USG.</p> <p>Urgensi:</p> <p>Kondisi hipoksia yang terjadi pada janin seringkali tidak dapat diketahui tingkat keparahannya, modalitas untuk mengetahui secara pasti severitas hipoksia pada janin sangat terbatas. Sementara itu upaya untuk memperbaiki kondisi hipoksia yang terjadi akan lebih mudah dilakukan ekstra uterin. Oleh karena itu semakin cepat oksigenasi dapat dilakukan maka outcome janin akan menjadi lebih baik.</p>
Prolaps tali pusat atau tali pusat menumbung	<p>Definisi:</p> <p>Adalah kondisi dimana tali pusat berada di depan bagian terbawah janin atau terletak lebih rendah dari bagian terbawah janin. Tali pusat akan tertekan oleh bagian terbawah janin dan mengakibatkan hipoksia pada janin.</p> <p>Urgensi:</p> <p>Mencegah atau menghentikan tekanan bagian terbawah janin pada tali pusat</p>
Gagal Vakum/Forsep	<p>Definisi</p> <p>Adalah kondisi dimana pada tindakan vakum/forsep tidak terjadi kemajuan persalinan.</p> <p>Urgensi:</p>

	<p>Kegagalan vakum/forsep menunjukkan adanya disproporsi kepala panggul atau malpresentasi / malposisi oleh berbagai sebab.</p>
<p><i>Rupture Uteri Imminent</i> (RUI)</p>	<p>Definisi</p> <p>Adalah sebuah kondisi dalam proses persalinan dimana didapatkan ancaman untuk terjadinya ruptur uteri. Biasanya didahului oleh distosia, adanya perjalanan persalinan yang abnormal atau persalinan yang macet (<i>obstructed labor</i>) baik disebabkan oleh faktor maternal, faktor janin maupun faktor maternal-fetal. Tanda dan gejala yang dapat ditemukan bervariasi meliputi gawat janin hingga kematian janin, perdarahan pervaginam, takikardi maternal, nyeri hebat di luar kontraksi.</p> <p>Urgensi</p> <p>Ancaman robekan pada rahim akan menimbulkan gangguan aliran darah uteroplasenta yang kemudian menyebabkan hipoksia pada janin. Selain itu, dengan terus berlangsungnya persalinan, maka robekan pada rahim dapat terjadi kapan saja, yang jika terjadi akan menimbulkan perdarahan hebat yang kemudian mengancam jiwa ibu.</p>
<p><i>Hemoragia Antepartum</i> (HAP) dengan syok hipovolemik</p>	<p>Definisi</p> <p>Adalah perdarahan dari jalan lahir yang terjadi pada kehamilan (lebih dari 24 minggu) sebelum terjadinya persalinan. Penyebab terpenting dari perdarahan antepartum adalah plasenta previa. Karena perdarahan yang terjadi bersumber dari vaskular uteroplasenta, maka perdarahan seringkali bersifat masif, sehingga dapat menyebabkan syok hipovolemik.</p> <p>Urgensi</p> <p>Syok yang terjadi akibat perdarahan dari implantasi plasenta yang berada di jalan lahir – seringkali hanya dapat dihentikan dengan melakukan tindakan seksio</p>

	<p>sesarea. Dengan demikian lakukan tindakan dengan segera akan mencegah morbiditas dan mortalitas ibu dan janin</p>
Solusio Placenta	<p>Definisi</p> <p>Adalah penyebab lain dari HAP, dimana plasenta terlepas dari tempat implantasinya yang normal sebelum terjadinya persalinan. Jika proses solusio terus berlangsung maka janin akan dengan cepat mengalami hipoksia hingga terjadi kematian janin. Selain itu, perdarahan yang terjadi di balik plasenta dapat melakukan imbibisi dan menyebabkan komplikasi lanjutan (uterus couvelaire) sehingga otot rahim tidak dapat berkontraksi dengan baik.</p> <p>Urgensi</p> <p>Melahirkan janin dengan segera akan mencegah perburukan lebih lanjut bagi ibu dan janin.</p>
Persalinan Pada Bekas Seksio Sesarea (PBS) = <i>Vaginal Birth After Cesarean Section</i> (VBAC)	<p>Definisi</p> <p>Persalinan Pada Bekas Seksio Sesarea (PBS) atau VBAC (<i>Vaginal Birth After Cesarean Section</i>) adalah sebuah metode persalinan pervaginam yang direncanakan pada seorang ibu yang pernah bersalin dengan metode seksio sesarea pada kehamilan sebelumnya.</p> <p>Urgensi</p> <p>Risiko terjadinya ruptura uteri spontan pada persalinan tanpa riwayat seksio sesarea sebelumnya adalah 0.02% dan meningkat menjadi 0.2 – 0.5%. Kejadian ruptura uteri 90% terjadi pada saat memasuki partus kala 1 aktif, atau pembukaan 405cm, dan 18% terjadi pada kala 2. Kejadian ruptura uteri adalah sebuah keadaan katastrofik dengan dampak peningkatan kesakitan dan kematian ibu dan janin.</p>

Kategori 2 adalah sebuah kondisi dimana komplikasi yang terjadi bukan merupakan ancaman yang sifatnya langsung bagi kehidupan ibu dan janin (*no immediate threat to life*). Akan tetapi jika waktu tanggap yang diberikan tidak adekuat akan menimbulkan morbiditas yang tinggi bahkan kematian. Kondisi ini membutuhkan waktu tanggap yang singkat/segera (*cito*) akan tetapi tidak terbatas pada 30 menit. Kondisi yang membutuhkan waktu tanggap kategori 2 dicontohkan dan tidak terbatas pada tabel 3 berikut:

Tabel 3. Contoh Indikasi Obstetri bagi waktu tanggap Seksio sesarea kategori 2

Indikasi	Penjelasan
Perdarahan Ante partum	<p>Definisi: Adalah perdarahan yang terjadi sebelum terjadinya persalinan. Terdapat beberapa penyebab, seperti kelainan pada letak plasenta atau kondisi dimana terjadi pelepasan plasenta dari implantasi yang normal sebelum kelahiran bayi.</p> <p>Urgensi: Jika dalam penilaian kehamilan ini dianggap perlu dilakukan terminasi, maka urgensi pada kondisi ini <u>disebabkan oleh banyaknya perdarahan yang terjadi</u>. Makin banyak dan profuse perdarahan yang terjadi membutuhkan waktu tanggap yang lebih cepat dibandingkan kondisi sebaliknya.</p>
Obstructed Labor	<p>Definisi: Adalah kondisi dimana tidak terjadinya kemajuan persalinan; pembukaan dan penipisan serviks - penurunan bagian terbawah – putaran paksi dalam, setelah dilakukan penilaian yang sesuai.</p> <p>Urgensi: Jika terjadi obstructed labor, terutama pada his yang kuat, maka berpotensi untuk terjadinya komplikasi yang lebih lanjut pada ibu dan janin dalam jangka waktu yang singkat meskipun tidak dapat dipastikan dengan tepat.</p>

Letak Lintang kasep	<p>Definisi: Adalah kelainan letak dimana letak janin adalah melintang, dan telah terjadi proses persalinan yang mendorong bagian terbawah janin jauh ke jalan lahir.</p> <p>Urgensi: Dengan his yang kuat kondisi ini akan menyebabkan komplikasi yang lebih luas pada ibu dan janin apabila tidak segera diakhiri</p>
---------------------	---

Kategori 3 dan 4 adalah waktu tanggap untuk kondisi tanpa ancaman bagi ibu dan janin. Terdapat keleluasaan dalam menetapkan waktu tanggap untuk kelompok ini, dengan tetap memperhatikan semua dinamika yang mungkin terjadi dengan melakukan observasi ante partum yang sesuai. Kondisi pada kategori 3 dan 4 adalah kondisi yang dapat dikerjakan secara berencana, dengan perencanaan yang memperhatikan kebutuhan ibu, janin dan keluarga serta kemampuan fasilitas pelayanan beserta tenaga kesehatan yang ada.

3.2. Pemeriksaan pra-operasi dan persiapan seksio sesarea

1. *Informed consent*

Pasien harus diberitahu mengenai semua hal yang berkaitan dengan seksio sesarea, meliputi diagnosis pasien, indikasi seksio sesarea, manfaat, tata cara, alternatif tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi termasuk terjadinya kematian saat dan sesudah operasi.

2. Persiapan laboratorium

Pemeriksaan laboratorium minimal yang dilakukan: kadar hemoglobin, golongan darah, HIV dan hepatitis B (RCOG GTG 2019). Pemeriksaan penunjang lain dapat disesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi pasien sesuai indikasi medis.

3. Diet

Diet padat dihentikan paling tidak 6 hingga 8 jam pre operasi. Pasien tanpa komplikasi masih dimungkinkan untuk mendapat intake cairan jernih sampai

dengan 2 jam sebelum tindakan operatif (*American Society of Anesthesiologists*, 2016).

4. Dokumentasi detak jantung janin, harus didokumentasikan di ruang operasi sesaat sebelum operasi

5. Pencukuran rambut pubis

Pencukuran rambut disekitar area operasi tidak menurunkan angka kejadian infeksi luka operasi (ILO) (Kowalski, 2016). Namun demikian, apabila rambut mengganggu, rambut dapat dihilangkan pada hari operasi dengan cara digunting, yang memiliki risiko ILO lebih rendah dibandingkan dengan metode pencukuran. (Tanner, 2011)

6. Kateter urin

Pada pasien yang akan menjalani operasi seksio sesarea, diperlukan pemasangan kateter urin. Pemasangan kateter urin dapat meningkatkan visualisasi selama operasi dan meminimalkan cedera kandung kemih. (Senanayake, 2005)

7. Antibiotik profilaksis

Pemberian antibiotik profilaksis dosis tunggal pada prosedur operasi bedah sesar secara signifikan menurunkan morbiditas akibat infeksi (Smaill, 2014; American College of Obstetricians and Gynecologists, 2016). Pemberian antibiotik ini dilakukan 15-60 menit sebelum inisiasi. Pemberian diberikan secara i.v drip dalam 100 ml *water for injection*, atau Normal salin atau Dekstrose 5% dalam waktu 15-60 menit. Regimen yang digunakan adalah sefalosporin generasi I yaitu: Cefazoline 1-2 gram, bergantung pada berat badan pasien, diberikan dengan dosis tunggal. Pilihan regimen antibiotik lain: Metronidazole 500 mg+ gentamisin 1.5-3 mg/kgBB. Pemberian antibiotik parenteral atau oral pasca operasi tidak diperlukan. Pemberian dosis tambahan saat operasi diperlukan apabila terjadi perdarahan >1500 ml atau operasi berlangsung >3 jam. (Panduan POGI, 2013)

8. Persiapan kulit

Penelitian dengan *low quality evidence* menunjukkan bahwa klorheksidin glukonat sebelum operasi seksio sesarea jika dibandingkan dengan povidone iodine memiliki sedikit atau tidak ada perbedaan pada kejadian infeksi. Penelitian lain menunjukkan bahwa klorheksidin glukonat sebelum seksio sesarea, jika dibandingkan dengan povidone iodine, dapat membuat sedikit atau tidak ada perbedaan pada kejadian endometritis. (Hadiati DR, *et al*, 2018)

9. Risiko thromboemboli

Risiko thromboemboli vena meningkat dengan kondisi kehamilan dan meningkat dua kali lipat pada mereka yang kemudian menjalani prosedur seksio sesarea (James, 2006). Oleh karena itu, semua wanita yang belum menerima thromboprolifaksis, *American College of Obstetricians and Gynecologists* (2017) merekomendasikan kompresi pneumatic dengan menggunakan *stocking* sebelum prosedur seksio sesarea. Tindakan ini kemudian dihentikan saat wanita tersebut mulai mobilisasi aktif.

3.3. Anestesia pada seksio sesarea

Persiapan untuk anestesi :

1) Profilaksis Aspirasi

- a. Puasa preoperatif – dilakukan pada prosedur elektif (dua jam untuk cairan, enam jam untuk makanan padat, delapan jam untuk makan berlemak).
- b. Farmakologis – diberikan pada operasi yang gawat darurat atau *seksio sesareaheduled*. Rekomendasi dari the *American Society of Anesthesiologists Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia*, pemberian antasida nonpartikulat (misal natrium sitrat-asam sitrit 30 ml oral), dan/atau antagonis reseptor H2 (misal famotidine 20 mg intravena) dan/atau agen prokinetik (misal metoclopramide 10 mg intravena 1 sampai dengan 2 menit), serta dipertimbangkan *proton pump inhibitor* (misal pantoprazole 40 mg).

- 2) Premedikasi – sedasi tidak diberikan sebelum tindakan operasi sesar karena dapat melawati plasenta.

- 3) Akses intravena – menggunakan kateter intravena ukuran 16-18 F. akses tambahan bisa diberikan jika risiko perdarahan besar atau untuk jalur pemberian magnesium sulfat.
- 4) Monitor

3.3.1. Anestesia pada seksio sesarea

Persiapan untuk anestesi :

- 1) Profilaksis Aspirasi
 - a. Puasa preoperatif – dilakukan pada prosedur elektif (dua jam untuk cairan, enam jam untuk makanan padat, delapan jam untuk makan berlemak).
 - b. Farmakologis – diberikan pada operasi yang gawat darurat atau *seksio sesareaheduled*. Rekomendasi dari the *American Society of Anesthesiologists Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia*, pemberian antasida nonpartikulat (misal natrium sitrat-asam sitrit 30 ml oral), dan/atau antagonis reseptor H2 (misal famotidine 20 mg intravena) dan/atau agen prokinetik (misal metoclopramide 10 mg intravena 1 sampai dengan 2 menit), serta dipertimbangkan *proton pump inhibitor* (misal pantoprazole 40 mg).
- 2) Premedikasi – sedasi tidak diberikan sebelum tindakan operasi sesar karena dapat melawati plasenta.
- 3) Akses intravena – menggunakan kateter intravena ukuran 16-18 F. akses tambahan bisa diberikan jika risiko perdarahan besar atau untuk jalur pemberian magnesium sulfat.
- 4) Monitor

3.3.2. Pemilihan Teknik Anestesi

Anestesi yang dapat dipilih adalah anestesi umum dan neuroaxial (spinal anesthesia, combined spinal-epidural anesthesia, dan epidural anesthesia). Pemilihan jenis anesthesia berdasarkan status maternal dan fetal, komorbid, durasi operasi, dan tingkat kesulitan dari prosedur operasi yang akan dilakukan.

Keuntungan neuroaxial anesthesia	Rekomendasi General anesthesia
<ul style="list-style-type: none"> • Meminimalkan morbiditas • Selama proses persalinan, pasien masih sadar • Meminimalkan obat sistemik yang dapat melawati plasenta • Mencegah pemasangan alat bantu nafas definitif • Memfasilitasi pemberian analgetik postoperative • Berhubungan dengan penurunan angka perioperative <i>venous thromboembolism</i> dan infeksi daerah operasi dibandingkan anestesi umum 	<ul style="list-style-type: none"> • Operasi gawat darurat, dengan waktu yang tidak cukup untuk pemasangan anestesi regional. • Pasien menolak anestesi regional, tidak kooperatif dengan anestesi regional. • Kontraindikasi anestesi regional • Kegagalan tehnik neuraxial • Perdarahan masif.

(Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia, 2016)

3.3.3. Pilihan Anestesi untuk operasi seksio sesarea

1. Anestesi spinal: larutan yang digunakan meliputi anestesi lokal *hyperbaric* (bupivacaine 10 sampai dengan 12 mg), *lipophilic* opioid (fentanyl 10 sampai 25 mcg) untuk anestesi intraoperasi, dan dapat diberikan *hydrophilic* opioid (morphine 75 sampai dengan 200 mcg) untuk analgetik postoperasi.

Anestesi epidural digunakan pada pasien yang sebelumnya sudah terpasang kateter epidural. Larutannya meliputi anestesi lokal (2% lidocaine dengan epinephrine 1:200,000 dengan atau tanpa natrium bikarbonat), *lipophilic* opioid (fentanyl 50 sampai dengan 100 mcg) untuk anestesi intraoperasi, dan dapat dipertimbangkan *hydrophilic* opioid (morphine 1 sampai 3 mg) untuk analgetik postoperasi.

2. Anestesi umum, strategi yang biasanya digunakan adalah sebagai berikut:
 - *Rapid sequence induction* (RSI) dan intubasi.
 - Setelah induksi, memasukkan volatile anesthetic (sevoflurane, isoflurane, atau desflurane) secara cepat untuk mencapai 1

MAC end tidal anesthetic, diikuti dengan 50% nitrous oxide (100% oksigen jika terdapat fetal distress).

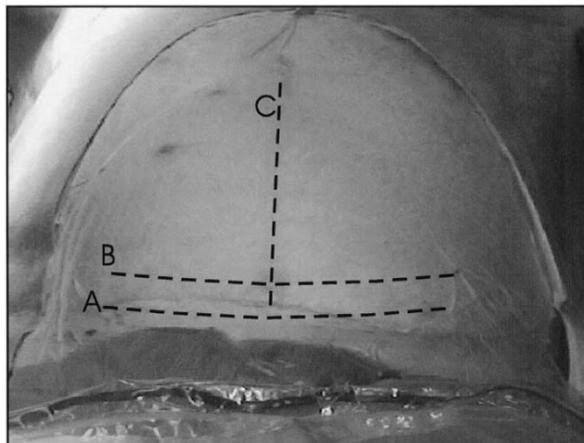
- Setelah bayi lahir, masuk opioid (fentanyl 100 mcg IV), midazolam 2 mg IV, dan nitrous oxide 50 sampai 70%, dan menurunkan konsentrasi volatile anesthetic menjadi 0.5 sampai dengan 0.75 MAC.

3.4. Teknik operasi

1. Insisi Kulit

Berikut ini ada beberapa jenis insisi yang dapat dilakukan sesuai indikasinya, yaitu :

- Insisi pfanensteil dilakukan dengan membuat irisan melengkung sekitar 2-3 cm diatas simfisis pubis
- Insisi Joel-Cohen dilakukan dengan membuat irisan linear sekitar 2-3 cm diatas insisi pfanensteil
- Insisi linea mediana dibuat dengan membuat irisan vertikal sampai umbilikus dan dapat diperluas sampai dengan diatas umbilikus jika diperlukan



(Osama Naji , et al. *Cesarean Birth: Surgical Techniques*. GLOWM, 2010)

2. Insisi Faseksio sesareaia

- Faseksio sesareaia diinsisi dengan seksio sesareaalpel, insisi ini kemudian dilebarkan ke arah lateral secara tajam atau tumpul. Faseksio sesareaia kemudian dilakukan diseksi sampai permukaan otot rektus abdominis
- Untuk mencapai diseksi ini, kedua aspek faseksio sesareaia yaitu superior dan inferior di jepit dengan klamp (kocher) dan diseksi dilakukan dengan kombinasi teknik tajam atau tumpul (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546707>)

3. Otot

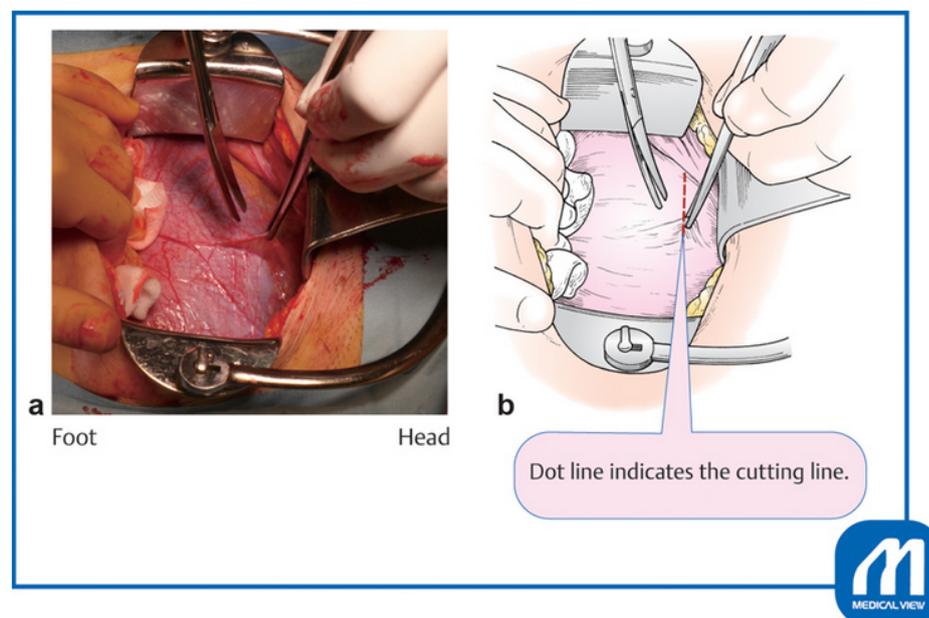
Otot rektus abdominis dapat dipisahkan secara tumpul pada beberapa kasus. Transeksi sebaiknya dihindari kecuali untuk alasan akses operasi yang lebih baik pada beberapa kasus. (*Caesarean delivery surgical technique, Uptodate, 2020*)

4. Peritoneum

Peritoneum dapat dibuka secara tajam atau tumpul. Jika teknis secara tajam, harus dilakukan dengan pinset dan gunting secara hati-hati untuk mencegah terjadinya cedera organ seperti usus. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546707>)

5. Plica vesicouterina (*Bladder Flap*)

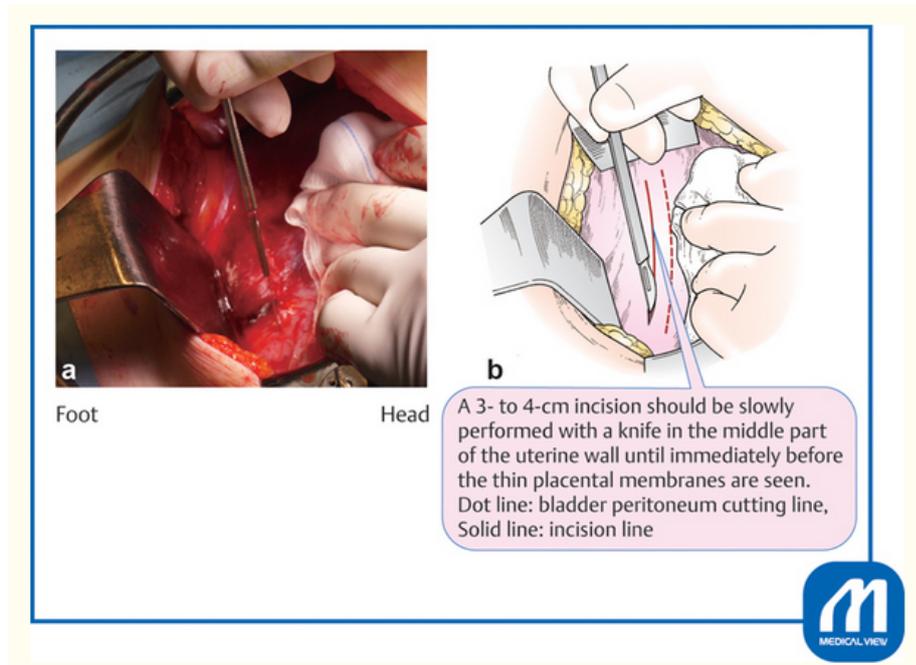
Plica vesicouterina dibuka dan dipisahkan ke arah bawah untuk mempermudah identifikasi segment bawah rahim. Plica dibuka sekitar 1 cm di atas peritoneum viseseksio sesareaeral dengan insisi transversal menggunakan gunting. (*Michael Stark. Evidence-Based Cesarean Section for Universal Use in China: The “Stark (Misgav Ladach) Method. Maternal-Fetal Medicine, 2019*)



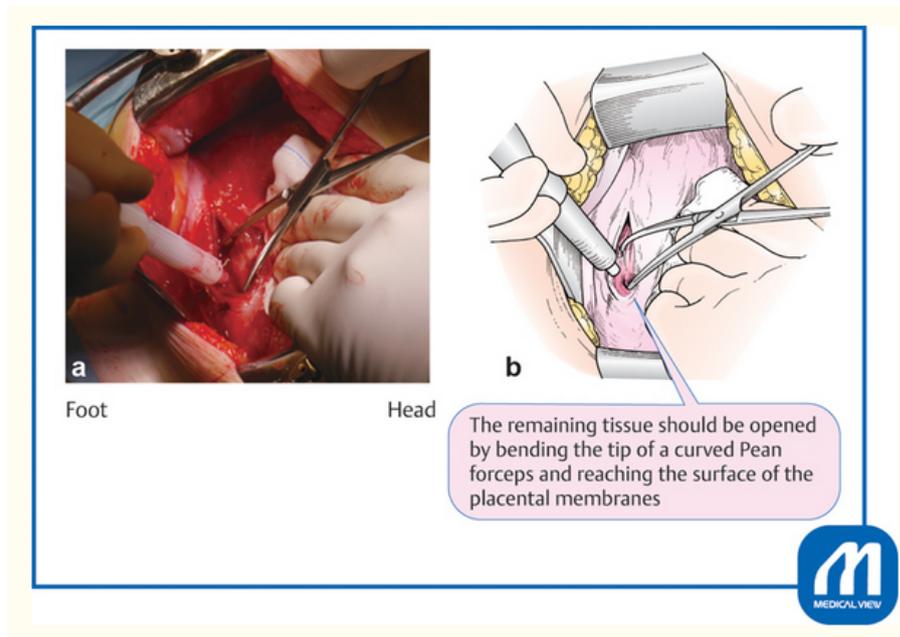
Membuka plica vesicouterina. (Yuji Hiramatsu, 2020)

6. Insisi Uterus

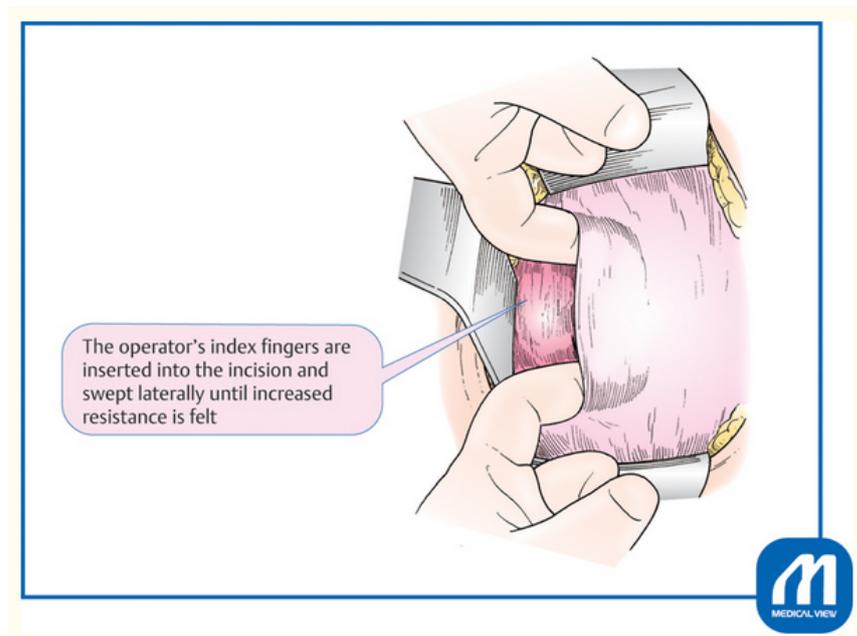
Insisi 1 hingga 2 cm di segmen bawah uterus dapat dilakukan untuk akses memasuki uterus. Setelah memasuki uterus, insisi dilebarkan secara tumpul dengan jari ke arah cephalo-caudal. (*Joshua D. Dahlke, et al. Evidence-Based Cesarean Delivery for the Nonobstetrician. Surgery Journal, 2016*)



Insisi segmen bawah rahim ([Yuji Hiramatsu, 2020](#))



Ujung klamp pean digunakan untuk membuka secara tumpul dan mencapai permukaan membran amnion ([Yuji Hiramatsu, 2020](#))



Jari telunjuk operator dimasukkan ke tempat insisi dan melebarkan ke lateral ([Yuji Hiramatsu, 2020](#))

7. Melahirkan bayi

Untuk meluksir kepala bayi dapat dilakukan dengan tangan operator, menggunakan vakum atau forsep. Jika menggunakan tangan, tangan operator di letakkan ke dalam rongga uterus antara uterus dan kepala bayi. Kepala digenggam, difleksikan dan diangkat melalui tempat insisi.

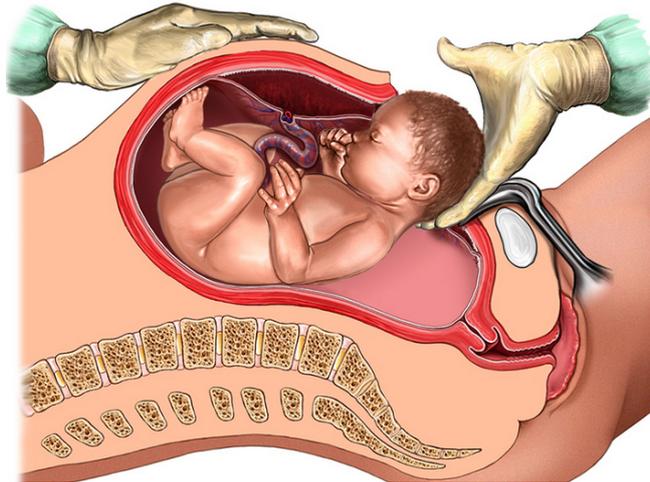
Catatan :

Ketika verteks belum masuk panggul, persalinan dapat dilakukan dengan memberikan tekanan pada fundus oleh asisten operasi atau dengan bantuan vakum atau forsep.

Prinsip umum yang dapat membantu proses lahirnya bayi:

- a. Memastikan ukuran insisi sesuai dengan biometri janin
- b. Ketika verteks sudah masuk ke panggul, fleksi penuh leher (dagu ke dada) dan mengangkat melalui tempat insisi

(Textbook of Caesarean Section, Oxford, 2016)



Melahirkan bayi dengan meluksir kepala bayi

(<https://hiehelpcenter.org/medical/prevention/c-section-delivery/>)

8. Pencegahan perdarahan post partum

Infus Oksitosin (10–40 IU dalam 500–1000 ml kristaloid selama 2–8 jam) merupakan pencegahan primer perdarahan post partum dalam seksio caesaria. Penambahan uterotonik lain sesuai dengan kebutuhan.

(WHO, 2018)

9. Melahirkan plasenta

Melahirkan plasenta menggunakan traksi tali pusat terkendali dan tidak dengan manual plasenta untuk mengurangi risiko endometritis (NICE, 2021)

10. Menutup Uterus

Benang

Penjahitan segmen bawah uterus dapat menggunakan benang jenis *chromic catgut* atau *syntetic absorbable* (polyglycolic acid atau polyglactin 910) No. 1.

Catatan :

Suatu penelitian oleh *The CORONIS Collaborative Group* pada tahun 2013 yang membandingkan jenis benang *chromic catgut* dan jenis *syntetic absorbable* menunjukkan bahwa penggunaan *syntetic absorbable* berkaitan dengan peningkatan jumlah transfusi darah untuk perdarahan post partum dibandingkan *chromic catgut*. (*The CORONIS Collaborative Group, 2013*)

Teknik menjahit

Penutupan uterus dapat dilakukan dengan satu lapis (*single layer closure*) atau dua lapis (*double layer closure*).

Catatan :

Penggunaan penjahitan uterus satu lapis (*single layer closure*) atau dua lapis (*double layer closure*) tergantung pada keadaan klinis. Menjahit uterus satu lapis tidak meningkatkan risiko perdarahan pasca operasi atau ruptur uterus pada kehamilan berikutnya. (NICE, 2021)

Eksteriosasi uterus

Eksteriorisasi uterus tidak dianjurkan karena berhubungan dengan nyeri pasca operasi dan tidak meningkatkan luaran operasi seperti perdarahan dan infeksi (NICE, 2021)

11. Reperitoneasi Viseksio sesareaeral dan parietale

Peritoneum viseral dan parietal tidak harus ditutup/ dijahit di seksio sesarea sehingga waktu operasi bisa lebih singkat, nyeri berkurang dan kepuasan ibu meningkat pasca seksio sesarea. (ACOG 2014, RCOG 2019)

Catatan :

Operator harus mampu mempertimbangkan keuntungan dari tindakan tidak menutup peritoneum (*non closure*) yaitu menurunkan resiko demam, menurunkan nyeri dibandingkan menutup peritoneum (*closure*) yaitu menurunkan risiko adhesi pasca seksio sesarea.. (ACOG, 2014)

13. Menutup dinding abdomen lapis demi lapis otot :

- a. Reaproksimasi otot rektus meningkatkan nyeri pasca seksio cesariaa dibandingkan tidak dilakukan reaproksimasi otot rektus abdominis.
- b. Adapun manfaat dengan dilakukannya reaproksimasi otot rektus abdominis yaitu menurunkan resiko adhesi pasca seksio sesarea. (Lyell, Deirdre J; *et al*, 2017)

Fascia :

Dilakukan jahitan *continue* dengan benang yang *slowly absorbable*, hal ini diharapkan dapat menurunkan tingkat hernia insisional dan *dehiscence* pasca seksio sesarea. (RCOG GTG 2019)

Subkutan :

Penjahitan subkutan pada persalinan seksio sesarea. tidak rutin dilakukan kecuali pada wanita yang memiliki ketebalan lemak subkutan lebih dari 2 cm, karena tidak mengurangi insiden infeksi luka. (NICE, 2021)

Kulit dijahit dengan jahitan intrakutan

Pertimbangkan untuk menggunakan jahitan dibandingkan staples untuk menutup kulit pada operasi seksio sesarea. untuk mengurangi risiko dehiseksio sesarea luka operasi. (NICE, 2021)

DAFTAR PUSTAKA

1. Abdel-Aleem H, Aboelnasr MF, Jayousi TM, et al: Indwelling bladder catheterisation as part of intraoperative and postoperative care for caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev* 4:CD010322, 2014
2. Ahmadzia HK, Patel EM, Joshi D, et al: Obstetric surgical site infections: 2 grams compared with 3 grams of cefazolin in morbidly obese women. *Obstet Gynecol* 126(4):708, 2015
3. American College of Obstetricians and Gynecologists: Prophylactic antibiotics in labor and delivery. *Practice Bulletin No. 120*, June 2011, Reaffirmed 2016
4. American Society of Anesthesiologists: Task Force on Obstetrical Anesthesia: practice guidelines for obstetrical anesthesia. *Anesthesiology* 124:270, 2016
5. Caissutti C, Saccone G, Zullo F, et al: Vaginal cleansing before cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis *Obstet Gynecol* 130(3):527, 2017
6. Haas DM, Morgan S, Contreras K: Vaginal preparation with antiseptic solution before cesarean section for preventing postoperative infections. *Cochrane Database Syst Rev* 12:CD007892, 2014
7. Haas DM, Pazouki F, Smith RR, et al: Vaginal cleansing before cesarean delivery to reduce postoperative infectious morbidity: a randomized, controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 202(3):310.e1, 2010
8. Hadiati DR, Hakimi M, Nurdiati DS, et al: Skin preparation for preventing infection following caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev* 9:CD007462, 2014

9. Kowalski TJ, Kothari SN, Mathiason MA, et al: Impact of hair removal on surgical site infection rates: a prospective randomized noninferiority trial. *J Am Coll Surg* 223(5):704, 2016
10. Li L, Wen J, Wang L, et al: Is routine indwelling catheterisation of the bladder for caesarean section necessary? A systematic review. *BJOG* 118(4):400, 2011
11. Ljungqvist O, Seksio sesareaott M, Fearon KC: Enhanced recovery after surgery: a review. *JAMA Surg* 152(3):292, 2017
12. Lurie S, Baider C, Glickman H, et al: Are enemas given before cesarean section useful? A prospective randomized controlled study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 163(1):27, 2012
13. Maggio L, Nicolau DP, DaCosta M, et al: Cefazolin prophylaxis in obese women undergoing cesarean delivery: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 125(5):1205, 2015
14. Memon S, Qazi RA, Bibi S, et al: Effect of preoperative vaginal cleansing with an antiseptic solution to reduce post caesarean infectious morbidity. *J Pak Med Assoc* 61(12):1179, 2011
15. Naji, O, Abdallah, Y, et al. *Glob. libr. women's med. Cesarean Birth: Surgical Techniques. Glob. libr. women's med.* 2010
16. Nasr AM, ElBigawy AF, Abdelamid AE, et al: Evaluation of the use vs nonuse of urinary catheterization during cesarean delivery: a prospective, multicenter, randomized controlled trial. *J Perinatol* 29(6):416, 2009
17. Ngai IM, Van Arsdale A, Govindappagari S, et al: Skin preparation for prevention of surgical site infection after cesarean delivery: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 126(6):1251, 2015
18. Pergialiotis, Anastasia Prodromidou , Despina N. Perrea. The impact of subcutaneous tissue suturing at cesarean section on wound complications: a meta-analysis. *BJOG*, 2017.
19. Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia and the Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology. *Anesthesiology* 2016; 124:270.
20. Smaill FM, Grivell RM: Antibiotic prophylaxis versus no prophylaxis for preventing infection after cesarean section. *Cochrane Database Syst Rev* 10:CD007482, 2014

21. Springel EH, Wang XY, Sarfoh VM, et al: A randomized open-label controlled trial of chlorhexidine-alcohol vs povidone-iodine for cesarean antisepsis: the CAPICA trial. *Am J Obstet Gynecol* 217(4):463.e1, 2017
22. Stegwee, Jordans, Van der Voet². Single versus double-layer closure of the caesarean (uterine) seksio cesariaar in the prevention of gynaecological symptoms in relation to niche development the 2 Close study: a multicentre randomised controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth* (2019) 19:85
23. Swank ML, Wing DA, Nicolau DP, et al: Increased 3-gram cefazolin dosing for cesarean delivery prophylaxis in obese women. *Am J Obstet Gynecol* 213(3):415.e1, 2015
24. Tanner J, Norrie P, Melen K: Preoperative hair removal to reduce surgical site infection. *Cochrane Database Syst Rev* 11:CD004122, 2011
25. Tita AT, Szychowski JM, Boggess K, et al: Adjunctive azithromycin prophylaxis for cesarean delivery. *N Engl J Med* 375(13):1231, 2016
26. Yildirim G, Güngördük K, Asıcıoğlu O, et al: Does vaginal preparation with povidone-iodine prior to caesarean delivery reduce the risk of endometritis? A randomized controlled trial. *J Matern Fetal Neonatal Med* 25(11):2316, 2012
27. Young OM, Shaik IH, Twedt R, et al: Pharmacokinetics of cefazolin prophylaxis in obese gravidae at time of cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 213(4):541.e1, 2015
28. Yuji Hiramatsu. Lower-Segment Transverse Cesarean Section. *Surg J (NY)*. 2020 Jul; 6

BAB IV

SEKSIO SESAREA BERENCANA

4.1 Kelainan Letak

Presentasi Bokong

1. Ibu dengan kehamilan tunggal dengan presentasi bokong tanpa komplikasi pada usia kehamilan 36 minggu dapat ditawarkan versi eksterna / *external cephalic version*. Versi eksterna tidak dianjurkan pada ibu hamil dengan bekas seksio sesarea atau kelainan rahim, gangguan kesejateraan janin, ketuban pecah, perdarahan vagina, atau kondisi medis. Versi eksterna dilakukan di fasilitas kesehatan yang memiliki fasilitas untuk seksio sesarea. [2004]
2. Ibu dengan kehamilan aterm tunggal dengan presentasi bokong, dimana versi eksterna tidak dapat dilakukan atau tidak berhasil, maka harus dilakukan konseling mengenai risiko dan keuntungan persalinan pervaginam dibandingkan seksio sesarea pada persalinan bokong. Persalinan pervaginam pada kehamilan presentasi bokong merupakan persalinan dengan risiko yang lebih besar sehingga dilakukan di RS yang memiliki fasilitas untuk melakukan tindakan seksio sesarea bila diperlukan dan penatalaksanaan resusitasi bayi baru lahir yang memadai.
3. Ibu hamil dengan presentasi bokong diberikan informasi bahwa seksio sesarea berencana menurunkan morbiditas jangka pendek dan mortalitas neonatal. [2004]

4.2 Kehamilan Multipel

Kehamilan Gemeli

Dikorionik diamniotik atau monokorion diamniotik

1. Persalinan pervaginam dapat ditawarkan pada ibu dengan kehamilan gemeli tanpa komplikasi dengan: 1). Kehamilan tanpa komplikasi dan telah mencapai usia kehamilan diatas 32 minggu, 2). Tidak ada kontraindikasi obstetri persalinan pervaginam, 3). Presentasi janin pertama kepala, 4). Tidak terdapat perbedaan ukuran yang signifikan pada kedua janin.
2. Seksio sesarea dilakukan pada ibu dengan kehamilan gemelli 1). janin pertama presentasi bukan kepala, 2). Usia kehamilan 26 – 32 minggu dengan persalinan preterm presentasi janin pertama bukan kepala

Monokorionik monoamniotik

1. Seksio sesarea berencana dilakukan pada 1). Usia kehamilan 32+0 – 33+6 minggu, 2). Terdapat komplikasi yang memerlukan persalinan lebih awal, 3). Persalinan preterm dan usia kehamilan *viable*.

Kehamilan Triplet

1. Seksio sesarea dilakukan pada kehamilan triplet pada 1). Usia kehamilan 35 minggu, atau 2). Terdapat komplikasi yang memerlukan persalinan lebih awal, 3). Persalinan preterm dan usia kehamilan *viable*.

4.3 Plasenta Previa

1. Ibu hamil dengan plasenta letak rendah atau plasenta previa asimtomatik pada usia kehamilan 32 minggu, pemeriksaan **USG transvaginal ulang** direkomendasikan pada usia kehamilan 36 minggu untuk menentukan metode persalinan.
2. Ibu hamil tanpa gejala dengan plasenta letak rendah, metode persalinan ditentukan berdasarkan gambaran klinis, dan temuan USG transvaginal termasuk jarak ujung plasenta dan posisi kepala. Konseling yang sesuai kepada pasien dan keluarga dilakukan pada saat ANC.
3. Plasenta previa merupakan indikasi mutlak seksio sesarea. Pemberian informasi perlu dilakukan sebelum operasi seperti risiko perdarahan yang lebih besar, kebutuhan transfusi hingga histerektomi serta kebutuhan NICU sesuai dengan kondisi klinis yang didapatkan.

4.4 Plasenta Akreta

1. Ibu hamil dengan spektrum plasenta akreta harus dirawat oleh tim multidisiplin di fasyankes yang memiliki kemampuan untuk melakukan diagnosis dan tatalaksana invasif plasenta (termasuk memiliki akses cepat mendapatkan produk darah, ICU dan NICU).
2. Plasenta akreta merupakan indikasi seksio sesarea berencana pada 35⁺⁰–36⁺⁶ minggu pada wanita tanpa faktor risiko kelahiran preterm, untuk mengoptimalkan maturitas janin dan risiko seksio sesarea emergensi.
3. Konseling harus meliputi risiko seksio sesarea secara umum, dan risiko spesifik spektrum plasenta akreta seperti perdarahan masif, risiko perlukaan traktus urinarius bagian bawah, kebutuhan transfusi dan histerektomi pada wanita sebelum tindakan operasi.

4.5.Persalinan Pada Ibu Dengan HIV Positif dan Infeksi Lain *Human Immunodeficiency Virus*

1. Terapi anti-retroviral (ARV) diberikan selama kehamilan sesuai dengan panduan KEMENKES.
2. Ibu hamil terinfeksi HIV dengan *viral load* >1000 kopi/mL pada atau mendekati saat persalinan, meskipun mendapatkan terapi ARV antepartum, atau jika *viral load* tidak diketahui, maka konseling perlu diberikan mengenai keuntungan penjadwalan seksio sesarea berencana pada usia kehamilan 38⁺⁰ minggu untuk menurunkan risiko transmisi ibu ke anak. Risiko penularan ibu ke bayi dapat diturunkan apabila seksio sesarea dilakukan sebelum onset persalinan dan ketuban pecah.
3. Persalinan pervaginam dapat dilakukan pada wanita hamil dengan *viral load* ≤ 1000 kopi/mL dan atau yang mendapat terapi ARV minimal selama 6 bulan.

Hepatitis

1. Ibu hamil terinfeksi hepatitis B dan C tanpa ada ko-infeksi lain seperti HIV, belum ada bukti seksio sesarea menurunkan transmisi ibu ke janin. Indikasi seksio sesarea dilakukan hanya indikasi obstetrik.

Virus Herpes Simpleks (HSV)

1. Seksio sesarea diindikasikan pada ibu hamil dengan lesi genital aktif atau dengan gejala prodromal seperti nyeri atau rasa terbakar pada vulva, karena gejala ini mengindikasikan penyebaran virus.
2. Seksio sesarea tidak direkomendasikan pada ibu hamil dengan riwayat infeksi HSV tanpa lesi genital aktif atau gejala prodromal selama persalinan. Namun, ibu hamil dengan infeksi HSV genital episode pertama primer atau non-primer selama trimester ketiga kehamilan, seksio sesarea ditawarkan karena kemungkinan penyebaran virus yang memanjang.
3. Seksio sesarea tidak direkomendasikan untuk ibu hamil terinfeksi virus HSV dengan lesi non genital.

4.6. Kehamilan Preterm

1. Kelahiran preterm berhubungan dengan peningkatan morbiditas dan mortalitas neonatal. Namun demikian, efek seksio sesarea berencana untuk memperbaiki luaran ini masih belum jelas, sehingga tidak direkomendasikan untuk dilakukan secara rutin.
2. Diskusikan keuntungan dan risiko seksio sesarea dan persalinan pervaginam secara umum pada ibu dengan persalinan preterm dan ketuban pecah pada kehamilan preterm. Beri penjelasan spesifik yang berhubungan dengan usia kehamilan, seperti kesulitan melakukan seksio sesarea pada kehamilan preterm, sehingga meningkatkan kemungkinan insisi uterus vertikal dan akibatnya di kehamilan yang akan datang.
3. Jelaskan pada wanita dengan persalinan preterm bahwa belum diketahui keuntungan dan bahaya pada bayi yang lahir secara seksio sesarea, dan bukti yang ada sangat terbatas.
4. Pertimbangkan seksio sesarea pada wanita dengan persalinan preterm 26⁺⁰–36⁺⁶ minggu dengan presentasi bokong.
5. Pada saat kesulitan melahirkan kepala bayi saat seksio sesarea, disarankan menggunakan forsep (*level evidence 3*).

4.7. Kelahiran pada Bekas Seksio Sesarea

1. Persalinan pervaginam dapat ditawarkan pada wanita dengan kehamilan tunggal presentasi kepala pada usia kehamilan $\geq 37^{+0}$ dengan riwayat 1x seksio sesarea pada segmen bawah rahim, dengan atau tanpa riwayat persalinan pervaginam sebelumnya.
2. Seksio sesarea berencana dilakukan pada wanita dengan riwayat ruptur uteri, memiliki skar seksio sesarea klasik, atau memiliki kontraindikasi persalinan pervaginam.
3. Wanita dengan riwayat seksio sesarea pada segmen bawah > 2 kali yang menginginkan persalinan pervaginam, perlu dilakukan konseling yang adekuat oleh SpOG senior, termasuk risiko ruptur uteri (0,2–1%), morbiditas maternal, serta kemungkinan keberhasilan Persalinan Pada Bekas Seksio Sesarea (Persalinan PBSS) sebesar 62-75%). Persalinan harus dilakukan di fasilitas pelayanan yang memiliki keahlian dan fasilitas untuk melakukan seksio sesarea dengan waktu tanggap kategori 1 (satu).

4. Ibu hamil dengan plasenta previa dan bekas seksio sesarea, sangat penting untuk dilakukan deteksi dini plasenta previa dan pendekatan multidisiplin, untuk mengantisipasi kejadian plasenta akreta.
5. Pada saat memberikan informasi mengenai cara persalinan pada ibu hamil dengan bekas seksio sesarea sesuai dengan indikasi medis, pertimbangkan keinginan pasien, risiko dan keuntungan Persalinan PBSS termasuk risiko seksio sesarea emergensi, serta risiko dan keuntungan seksio sesarea berencana.

4.8. Bayi Kecil Masa Kehamilan (KMK)

1. Risiko morbiditas dan mortalitas lebih tinggi pada bayi KMK, namun bukti-bukti bahwa seksio sesarea berencana mengurangi hal tersebut masih belum jelas, dan tidak direkomendasikan seksio sesarea dilakukan secara rutin.
2. Kehamilan dengan janin kecil masa kehamilan dengan gangguan doppler a. umbilikalis (*pulsality index* abnormal, *reversed* atau *absent end diastolic*), seksio sesarea direkomendasikan.

4.9. Kehamilan dengan Tumor Ginekologi

Kanker serviks

1. Seksio sesarea direkomendasikan pada kanker serviks yang besar. Persalinan pervaginam meningkatkan risiko laserasi vagina, perdarahan pada insisi skar, dan tumor metastasis.
2. Pada tumor yang meluas, seksio sesarea transversal dihindarkan karena risiko mencenderai tumor. Insisi vertikal klasik dapat mengurangi perdarahan dan cedera pembuluh darah dari tumor.

Mioma Uteri

1. Wanita dengan riwayat miomektomi yang mencapai >50% ketebalan miometrium, hingga mencapai kavum uteri, atau riwayat laparoskopi miomektomi pada mioma submukosum dan intramural, maka dapat dianjurkan untuk dilakukan seksio sesarea berencana untuk mencegah ruptur uteri.
2. Seksio sesarea berencana dilakukan pada wanita dengan mioma besar atau berlokasi di serviks, dan perlu diberikan informasi risiko hingga histerektomi. Insisi menghindari mioma untuk mengurangi perdarahan.

4.10. Seksio Sesarea Postmortem (SSPM)

Latar Belakang

Henti jantung selama kehamilan memiliki angka kematian yang sangat tinggi baik untuk ibu maupun janin. Ketika seorang wanita dalam kehamilan cukup bulan mengalami serangan jantung dan gagal resusitasi, harus dilakukan upaya untuk menyelamatkan bayi yaitu dengan seksio sesarea. Seksio sesarea postmortem (SSPM) adalah upaya melahirkan bayi melalui operasi seksio sesarea setelah kematian ibu. Hal ini memungkinkan ekstraksi bayi dari rahim ibu hamil yang telah meninggal. Pada awal abad kesembilan belas, praktisi secara hukum diwajibkan untuk melakukan operasi ini. Pada awal tahun 1845, beberapa penulis melaporkan hasil percobaan pada hewan yang menunjukkan bahwa pergerakan janin di dalam rahim dapat berlanjut hingga 30 menit setelah kematian ibunya.

Indikasi

Insiden henti jantung dalam kehamilan ini kecil, terjadi pada sekitar 1 dari 30.000 kehamilan. Situasi ini dapat menjadi indikasi untuk melakukan seksio sesarea postmortem (SSPM). Dalam beberapa tahun terakhir, penyebab kematian ibu cenderung kejadian akut seperti henti jantung, serebrovaskular *attack*, emboli paru, trauma, infeksi. Trauma adalah penyebab morbiditas dan mortalitas non-obstetrik yang paling umum pada kehamilan. Kejadian yang paling umum untuk melakukan tindakan seksio sesarea postmortem adalah kecelakaan lalu lintas dan sebagian besar operasi ini dilakukan di fasilitas kesehatan terdekat dimana ibu hamil pertama kali dipindahkan.

Teknik Operasi

Waktu terjadinya cedera neurologis setelah penghentian aliran darah pada ibu adalah sekitar 6 menit. Interval waktu antara henti jantung dan persalinan, status kesehatan ibu dan upaya resusitasi jantung paru (CPR) merupakan parameter penting kelangsungan hidup janin. Katz dkk. telah merekomendasikan “aturan 4 menit”, yang menyatakan bahwa kelangsungan hidup neonatus jauh lebih baik bila interval antara henti jantung ibu dan kelahiran bayi singkat. Prosedur harus dimulai dalam 4 menit setelah henti jantung paru ibu jika upaya resusitasi gagal. Aturan 4 menit direkomendasikan setelah tinjauan data eksperimental dan laporan kasus yang menunjukkan bahwa kompresi dada ibu untuk serangan jantung tidak terlalu efektif

pada trimester ketiga. Hal ini disebabkan karena adanya kompresi aortokaval oleh uterus pada trimester ketiga secara signifikan mengurangi curah jantung. Operasi seksio sesarea akan mengurangi kompresi tersebut sehingga memungkinkan terjadinya aliran balik vena yang lebih baik. Dalam kasus ini, kompresi dada dapat dilakukan dengan lebih efektif.

Secara keseluruhan, mengosongkan uterus dengan melahirkan bayi akan memastikan tingkat kelangsungan hidup bayi yang lebih baik dan memfasilitasi resusitasi jantung pada ibu yang lebih berhasil. Dalam kasus serangan jantung ibu yang reversibel, pembentukan curah jantung yang cukup dalam 4 sampai 5 menit berpotensi mencukupi untuk oksigenasi otak dan kerusakan neurologis ibu dapat dicegah. Kelangsungan hidup janin terkait erat dengan usia kehamilan. Semakin lanjut usia kehamilan, semakin besar peluang yang dimiliki bayi.

Aspek Medikolegal

Secara teoritis seseorang dapat dituntut secara pidana karena melakukan SSPM. Pelanggarannya adalah "mutilasi mayat." Mutilasi diartikan sebagai pembedahan yang salah. Operasi yang dilakukan untuk menyelamatkan bayi tidak bisa disalahkan karena tidak ada motif kriminal. Juga melakukan tindakan operasi tanpa persetujuan dapat diartikan sebagai malpraktek. Namun, ada pengecualian saat kondisi darurat tetap berlaku. Prinsip ini juga berlaku untuk kinerja. Kesepakatan yang dikumpulkan berdasarkan literatur dan otoritas hukum adalah bahwa gugatan perdata terhadap seorang dokter karena melakukan SSPM, apapun hasilnya, tidak akan menghasilkan gugatan terhadap dokter tersebut.

Aspek Etik

Sebuah tinjauan dari hasil SSPM menunjukkan bahwa tidak ada kasus yang dilaporkan dimana kelangsungan hidup setelah periode neonatal awal disertai dengan defisit neurologis. Keputusan jika tidak melahirkan janin mungkin meninggalkan pertanyaan yang tidak terjawab tidak hanya untuk dokter kandungan tetapi juga untuk keluarga yang tersisa. Keraguan ini juga tidak beralasan dan dari sudut pandang Islam, asalkan prosedur dilakukan atas dasar penilaian terbaik dokter bahwa neonatus akan bertahan hidup dan kemungkinan tanpa disertai defisit neurologis. Penilaian ini tidak hanya didasarkan pada usia kehamilan dan interval waktu kejadian, tetapi juga pada

status kesehatan ibu sebelum kematian. Prognosis bayi baru lahir akan lebih baik jika serangan jantung atau kematian disebabkan oleh penyebab akut, misalnya kecelakaan mobil, dibandingkan jika disebabkan oleh penyakit ibu kronis seperti hipertensi kronis, diabetes, lupus dan lain-lain. Keraguan untuk melakukan prosedur ini dapat diatasi dengan pelatihan khusus. Meskipun kehamilan prematur atau telah terjadi kematian janin intrauterine (IUFD), dokter kandungan tidak boleh menahan diri untuk melakukan SSPM untuk memfasilitasi resusitasi ibu lebih optimal.

Masalah etik yang sangat signifikan muncul jika seorang wanita hamil dinyatakan "mati otak" sebelum usia janin dapat hidup. Apakah janin akan dipertahankan dengan dukungan hidup dengan tujuan semata-mata untuk memungkinkan pematangan janin terjadi sebelum persalinan dilakukan? Dalam pertimbangan etis dari intervensi kebidanan atas nama janin, seseorang harus mempertimbangkan risikonya bagi ibu.

Masih ada pertimbangan lain yaitu biaya. Dari sudut pandang Islam, orang harus bertanya apakah sejumlah besar uang ini harus dibelanjakan untuk secara potensial menyelamatkan satu individu. Konsep "melestarikan properti," tujuan kelima syariah, harus digunakan di sini. Lebih jauh, dalam syari'ah, menghormati orang yang meninggal adalah penguburan. Apakah bisa dibenarkan untuk menunda penguburan wanita mati untuk waktu yang lama? Semua poin ini harus didiskusikan dengan keluarga, terutama kerabat terdekat yang memiliki wewenang untuk membuat keputusan tentang disposisi jenazah wanita dan ayah dari bayi yang harus merawat bayi yang mungkin akan dilahirkan.

4.11. Disproporsi Sefalo Pelvik

Disproporsi sefalo pelvik adalah saat kepala bayi terlalu besar untuk bisa melewati panggul ibu. Ketika bayi terlalu besar, itu menjadi tantangan bahkan tidak mungkin bagi bayi untuk dilahirkan melalui vagina. (Chittiphavorn *et al.*, 2006).

Disproporsi sefalo pelvik dibagi menjadi 2 yaitu Absolut dan Relatif. Disproporsi sefalo pelvik terjadi bila ukuran panggul terlalu sempit dan dapat juga dikombinasi dengan ukuran janin terlalu besar. Faktor Maternal yang dapat menyebabkan DSP absolut antara lain Panggul sempit baik diameter inlet, midpelvis, atau outlet, Eksostosis pelvis, Spondilolistesis, Tumor di anterior sacrococcygeal (Maharaj, 2010). Sedangkan Faktor janin yang dapat menyebabkan

DSP absolut adalah sebagai berikut Makrosomia (berat janin >4.000 gram), Hidrosefalus (Maharaj, 2010),

Disproporsi sefalo pelvik Relatif

Disproporsi sefalo pelvik **relatif** terjadi akibat kelainan letak, posisi, atau defleksi kepala janin sehingga kepala tidak dapat melewati panggul dan mempersulit persalinan per vaginam. Pada beberapa literatur, beberapa penyebab DSP relatif dikelompokkan tersendiri sebagai malpresentasi. Faktor janin yang menyebabkan DSP relatif adalah sebagai berikut Kepala janin tidak fleksi sempurna (defleksi), Presentasi occiput-posterior, Presentasi face-brow, Ketidakmampuan kepala janin untuk terkompresi (mold)/ molase menyesuaikan ukuran dan bentuk pintu pelvis dikarenakan adanya suatu sindrom/ kelainan kongenital atau karena proses osifikasi tulang (Maharaj, 2010)

Penatalaksanaan terbaik untuk kondisi Disproporsi sefalo pelvik (DSP) adalah seksio sesarea. Seksio sesarea dapat direncanakan apabila hasil pemeriksaan kehamilan menunjukkan kesempitan panggul atau terdapat tanda DSP yang jelas. Seksio sesarea dilakukan bila didapatkan janin dengan presentasi dahi atau muka. Seksio sesarea juga dipertimbangkan apabila DSP disertai dengan faktor lain seperti, primigravida tua, riwayat infertilitas lama, dan ibu hamil dengan penyakit jantung. Sesuai dengan rekomendasi WHO, jumlah seksio sesarea yang dilakukan atas indikasi DSP seharusnya tidak lebih dari 5%. Peningkatan seksio sesarea melebihi angka tersebut diduga akibat adanya over-diagnosis DSP. Penentuan diagnosis DSP menggunakan kriteria diagnosis yang tepat dapat menurunkan angka seksio sesarea yang tidak diperlukan. (Liselele *et al.*, 2000; Maharaj, 2010).

4.12. Obesitas

Obesitas telah diketahui sebagai faktor risiko baik secara maternal dan neonatal. Ibu hamil dengan obesitas lebih beresiko untuk mengalami pre eklampsia, diabetes gestasional, persalinan premature dan makrosomia (Abenhaim and Benjamin, 2011). Dari berbagai resiko yang disebabkan oleh obesitas, didapatkan kolerasi yang antara kejadian persalinan Caesar dengan peningkatan indeks massa tubuh dan derajat obesitas. Masih perlu dilakukan studi lebih lanjut mengapa ibu hamil dengan obesitas cenderung memiliki peluang dilakukan persalinan Caesar, selain dari akibat resiko kehamilan dengan obesitas itu sendiri. (Abenhaim and Benjamin, 2011).

Dari penelitian sebelumnya menyatakan bahwa ibu hamil dengan indeks masa tubuh melebihi normal akan dilakukan tatalaksana yang berbeda dibanding dengan IMT normal. Hal ini disebabkan karena IMT secara signifikan berhubungan dengan bagaimana proses bersalin, pada wanita dengan obesitas didapati volume tubuh yang besar, sehingga diperlukan waktu lebih banyak untuk mengaktifkan oksitosin dan tentunya akan mempengaruhi sistem kerja jaringan pada saat proses bersalin. Adanya kelebihan intra jaringan adiposa perut pada wanita obesitas secara mekanis juga dapat menghalangi kemajuan persalinan, mengganggu sirkulasi fetoplasenta dan dapat menyebabkan *fetal distress* sehingga perlu dilakukan persalinan Caesar (Abenhaim and Benjamin, 2011; Al-Kubaisy *et al.*, 2014).

Perempuan hamil yang sangat gemuk dengan IMT > 40 kg / m² memiliki risiko komplikasi kehamilan yang lebih tinggi dan angka kelahiran sesar yang meningkat secara signifikan. Dianjurkan untuk melakukan evaluasi pra-anestesi dan sesar terjadwal optimal. Insisi kulit transversal rendah dapat dilakukan dan lebih nyaman daripada sayatan kulit vertikal pada wanita dengan obesitas. Insisi uterus transversal lebih baik dan memiliki dampak pada hasil kehamilan di masa mendatang, dan direkomendasikan sebagai pilihan pertama pada saat diputuskan untuk melakukan seksio sesarea. Dosis tromboprolifaksis perlu ditingkatkan dan disesuaikan dengan berat badan. Antibiotik profilaksis mengurangi infeksi pasca operasi pada wanita gemuk dan sangat dianjurkan. Masalah utamanya, bagaimanapun, tetap berpusat di sekitar penurunan berat badan pasca melahirkan, dengan perubahan permanen dalam pola makan dan gaya hidup (Machado, 2012; Ayres-de-Campos, 2015)

4.13. Operasi Caesar atas Permintaan Pasien

Definisi

Operasi Caesar atas permintaan pasien tanpa indikasi medis adalah Caesar primer (pertama kali) dimana pasien meminta metode Caesar sebagai pilihan satu-satunya metode persalinan tanpa indikasi medis/obstetrik dengan maksud menghindari persalinan per vaginam.

Landasan Etik

Menurut teori deontologi (kewajiban) maka fokus analisis etika suatu tindakan dilakukan terhadap pelaksana tindakan tersebut. Dalam hal persalinan maka aspek etika yang dibahas berfokus pada dokter atau tenaga medis yang melaksanakan. Persalinan melalui seksio sesarea tanpa indikasi medis atau atas permintaan pasien dapat dikatakan etis apabila dokter telah melakukan kewajibannya, antara lain

1. menjelaskan kondisi janin/bayi pada orang tua,

2. Menjelaskan risiko-risiko yang kemungkinan terjadi saat dan setelah melalui operasi seksio sesarea,
3. Menjelaskan hal-hal lain yang perlu diketahui calon ibu dan pasangannya pasca operasi seksio sesarea,
4. menjalankan prosedur informed consent dan melakukan operasi seksio sesarea sesuai dengan prosedur medis yang berlaku, tanpa kesalahan sedikit pun.

Bila kewajiban diatas telah dilaksanakan maka tidak ada permasalahan etis yang perlu diperdebatkan. Hal perlu menjadi catatan dan perhatian adalah pada konsekuensi tindakan, dimana apabila didapatkan kerugian pasien maka pasien tidak dapat menuntut pihak dokter.

Berdasarkan 'etika hak', untuk menganalisis suatu tindakan perlu ditentukan terlebih dahulu hak dan tuntutan moral yang akan muncul dari tindakan yang dilakukan. Hal yang mendasar pada teori ini adalah bahwa tuntutan moral atau hak seseorang terpenuhi. Etika hak populer di Amerika Serikat, terutama dalam isu abortus. Teori hak pantas dihargai terutama karena tekanannya pada nilai moral seorang manusia dan tuntutan moralnya dalam suatu situasi konflik etis. Di sisi lain, teori ini tidak menjelaskan tentang konflik hak antara individu-individu harus dipecahkan. Pada persalinan sectio caesarea, teori etika hak ini memecahkan dilema-dilema moral dengan terlebih dahulu menentukan hak dan tuntutan moral mana yang terlibat di dalamnya.

Beauchamp dan Childress menyebutkan bahwa terdapat 4 poin prinsipal dalam moral dan etik kesehatan yaitu *Autonomy*, *Beneficence*, *Non-maleficence*, dan *Justice*. Keempat aspek tersebut harus berada pada porsi yang seimbang, dan pada suatu kondisi mungkin saja terjadi jika salah satu poin etik akan kontra dengan poin yang lainnya. Di Indonesia, dalam Pertemuan Ilmiah Tahunan (PIT) POGI yang terakhir di Jakarta, Juli 2011 telah disepakati untuk dilakukan perubahan pada standar kode etik POGI yang menyatakan bahwa tindakan sectio caesarea atas permintaan pasien bukanlah merupakan suatu bentuk pelanggaran etik selama dilakukan suatu informed consent khusus, yaitu adanya surat persetujuan tindakan medik bedah caesar dengan format khusus dan dijelaskan langsung oleh dokter yang akan melakukan tindakan, didampingi saksi dari pihak dokter, dan saksi dari pihak pasien, yang berisi:

1. Permintaan secara eksplisit tertulis bahwa dengan ini pasien meminta untuk dilakukan tindakan seksio sesarea,
2. Bahwa pasien telah dijelaskan oleh dokter penanggung jawab pasien tentang; persalinan secara caesar akan dilakukan walaupun telah dilakukan pemeriksaan oleh dokter bahwa pasien dapat melahirkan per vaginam, persalinan melalui caesar tidak

lebih baik jika dibandingkan dengan persalinan per vaginam, adanya risiko yang dapat timbul pada ibu dan janin berkaitan dengan tindakan bedah caesar.

Berdasarkan Kode Etika Kedokteran Indonesia (KODEKI) yang berpedoman dari Surat Keputusan PB IDI No 221/PB/A-4/04/2002, Pasal 7c berbunyi “Seorang dokter harus menghormati hak-hak pasien, hak-hak sejawat, dan hak tenaga kesehatan lainnya, dan harus menjaga kepercayaan pasien.” Oleh karena itu, jika pasien menginginkan dan memutuskan untuk dilakukannya operasi caesar, maka dokter perlu mempertimbangkan untuk menyetujui kehendak pasien (dengan tetap mempertimbangkan keamanan bagi pasien) karena pasien mempunyai haknya sendiri untuk menentukan tindakan medis yang akan dilakukan. Selain itu alasan yang mendasari terbitnya revisi kode etik POGI adalah Undang-Undang Praktik Kedokteran yang memuat mengenai hak pasien atas pilihan pengobatan pada dirinya, hak mendapatkan penjelasan atas tindakan medik (dijelaskan untung rugi, risiko yang dihadapi selama pembedahan dan masa mendatang), serta hak untuk menolak tindakan medis pada dirinya. Dalam hal ini pasien memilih untuk dilakukan persalinan secara seksio sesarea. Perlu menjadi perhatian bersama jika terjadi malpraktik akibat seksio sesarea ini antara lain bahwa rumah sakit bertanggung jawab atas kelalaian tenaga medis di rumah sakit akibat dari perbuatan tenaga medis yang merugikan pasien atas dasar yuridis mormatif sesuai ketentuan Pasal 1367 KUH Perdata, dan Pasal 46 UU rumah sakit, dan standar profesi dan akreditasi pelayanan kesehatan secara internasional. Akan tetapi tindakan tenaga medis dalam bentuk criminal malpractice, maka akan tetap dipertanggungjawabkan pada tenaga medis tersebut. Oleh karena itu, semua pihak diharapkan dapat mengutamakan tanggung jawab profesionalisme di bidang kesehatan, khususnya bagi tenaga medis yang berhubungan langsung dengan pasien.

Kesimpulan

Persalinan Caesar tanpa indikasi medis atau atas permintaan pasien dapat dikategorikan tindakan etis dengan syarat dokter penanggung jawab pasien telah melakukan kewajibannya serta menjalankan prosedur *informed consent* dan melakukan seksio sesarea sesuai prosedur medis yang berlaku.

DAFTAR PUSTAKA

1. Jauniaux ERM, Alfirevic Z, Bhide AG, Belfort MA, Burton GJ, Collins SL, Dornan S, Jurkovic D, Kayem G, Kingdom J, Silver R, Sentilhes L on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Placenta Praevia and Placenta Accreta: Diagnosis and Management. Green-top Guideline No. 27a. BJOG 2018

2. Impey LWM, Murphy DJ, Griffiths M, Penna LK on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Management of Breech Presentation. *BJOG* 2017; 124: e151–e177.
3. ACOG Committee Opinion No 751. Labor and Delivery Management of Women with Human Immunodeficiency Virus Infection. *Obstet Gynecol.* 2018;132:e131-7.
4. ACOG Practice Bulletin. Viral Hepatitis in Pregnancy. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. *Obstet Gynecol.* 2007;110:941–955
5. ACOG Practice Bulletin. Management of genital herpes in pregnancy. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. *Obstet Gynecol.* 2007;135:1236–1238
6. NICE guideline. Twin and triplet pregnancy. NG 137. 2020.
7. NICE guideline. Preterm labour and birth. NG 25. 2015.
8. RCOG guideline. Birth after previous caesarean birth. Green top guideline No 45. 2015
9. NICE clinical guideline. Cesarean section. 2011
10. RCOG guideline. The investigation and management of the small for gestational age fetus. Green top guideline No 31. 2014
11. Beharee N, Shi Z, Wu D, Wang J. Diagnosis and treatment of cervical cancer in pregnant women. *Cancer med.* 2019;8:5425-30.
12. Sampat K, Alleemudder DI. Fibroids in pregnancy: management and outcomes. *The Obstetrician & Gynaecologist* 2018; [https://doi.org/ 10.1111/tog.12491](https://doi.org/10.1111/tog.12491)
13. Postmortem Cesarean Section: A Case Report Sezaryen. DOI: 10.4328/JCAM.650
14. Whitten M, Irvine LM. Postmortem and perimortem caesarean section: what are the indications? *J R Soc Med* 2000;93(1):6-9.
15. Postmortem and Perimortem Cesarean Section: Historical, Religious, and Ethical Considerations. DOI: <http://dx.doi.org/10.5915/43-3-7099>
16. Abenhaim, H. A. and Benjamin, A. (2011) ‘Higher caesarean section rates in women with higher body mass index: are we managing labour differently?’, *Journal of obstetrics and gynaecology Canada : JOGC = Journal d’obstetrique et gynecologie du Canada : JOGC.* Netherlands, 33(5), pp. 443–448. doi: 10.1016/S1701-2163(16)34876-9.
17. Al-Kubaisy, W. *et al.* (2014) ‘Maternal obesity and its relation with the cesarean section: a hospital based cross sectional study in Iraq.’, *BMC pregnancy and childbirth*, 14, p. 235. doi: 10.1186/1471-2393-14-235.
18. Ayres-de-Campos, D. (2015) ‘Obesity and the challenges of caesarean delivery:

- prevention and management of wound complications.’, *Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology*. Netherlands, 29(3), pp. 406–414. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2014.08.009.
19. Chittiphavorn, S. *et al.* (2006) ‘Clinical practice guideline for cesarean section due to cephalopelvic disproportion.’, *Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmaihet thangphaet*. Thailand, 89(6), pp. 735–740.
 20. Liselele, H. B. *et al.* (2000) ‘Maternal height and external pelvimetry to predict cephalopelvic disproportion in nulliparous African women: a cohort study’, *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 107(8), pp. 947–952. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2000.tb10394.x>.
 21. Machado, L. S. (2012) ‘Cesarean section in morbidly obese parturients: practical implications and complications’, *North American journal of medical seksio sesareaiences*. Medknow Publications & Media Pvt Ltd, 4(1), pp. 13–18. doi: 10.4103/1947-2714.92895.
 22. Maharaj, D. (2010) ‘Assessing cephalopelvic disproportion: back to the basics.’, *Obstetrical & gynecological survey*. United States, 65(6), pp. 387–395. doi: 10.1097/OGX.0b013e3181ecdf0c.
 23. Ayuningtyas D. Oktarina R, Misnaniarti, Sutrisnawati , Etika Kesehatan pada Persalinan Sectio Caesaria Tanpa Indikasi Medis, Jurnal MKMI Vol 14 no th 2018
 24. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. New York: Oxford University Press; 1994.
 25. Shannon TA. Pengantar Bioetika (diterjemahkan oleh K. Bertens). Jakarta: Gramedia Pustaka Utama; 1995. 12.

BAB V

FAKTOR INTRAPARTUM YANG MEMPENGARUHI KEPUTUSAN SEKSIO SESAREA

5.1. Upaya-Upaya yang Direkomendasikan untuk Menurunkan Angka Seksio Sesarea

5.1.1. Upaya yang Dapat Dilakukan oleh Ibu Hamil

Edukasi kesehatan untuk ibu hamil merupakan komponen penting dari perawatan antenatal. Berikut ini intervensi edukasi dan program dukungan yang direkomendasikan untuk mengurangi seksio sesarea hanya dengan monitoring dan evaluasi. (Rekomendasi konteks khusus, Evidence: rendah)

- Lokakarya pelatihan persalinan (isinya mencakup sesi tentang manajemen rasa takut dan rasa sakit saat melahirkan, pemberian terapi farmakologis pereda nyeri dan efeknya, metode pereda nyeri nonfarmakologis, keuntungan dan kerugian seksio sesarea dan persalinan pervaginam, indikasi dan kontraindikasi seksio sesarea).
- Program pelatihan relaksasi yang dipimpin oleh perawat (isinya termasuk diskusi kelompok tentang kecemasan dan masalah terkait stres dalam kehamilan dan tujuan relaksasi yang diterapkan, teknik pernapasan dalam, serta teknik relaksasi lainnya).
- Program pencegahan psikososial berbasis pasangan (isinya termasuk manajemen emosional, manajemen konflik, pemecahan masalah, komunikasi dan strategi saling mendukung yang membina pola pengasuhan bersama yang positif untuk bayi). "Pasangan" dalam rekomendasi ini mencakup pasangan, keluarga atau orang dekat lainnya.
- Psiko-edukasi (untuk wanita yang takut akan rasa sakit; terdiri dari informasi tentang ketakutan dan kecemasan, ketakutan akan persalinan, normalisasi reaksi individu, tahapan persalinan, rutinitas rumah sakit, proses persalinan, dan manajemen nyeri [dipimpin oleh terapis dan bidan]). Saat mempertimbangkan intervensi edukasi dan program dukungan, tidak ada format khusus (misalnya pamflet, video, *role play*) yang lebih direkomendasikan karena lebih efektif. (Evidence: rendah hingga sedang)

5.1.2. Upaya yang Dapat Dilakukan oleh Tenaga Kesehatan

- 5.1.2.1. Direkomendasikan untuk mengimplementasikan Pedoman Praktik Klinik (PKK) yang berbasis bukti dikombinasikan dengan opini kedua (second opinion) yang terstruktur, apabila sumber daya memadai dan terdapat dokter ahli lain yang mampu memberikan opini kedua.
- 5.1.2.2. Komite Medik dan Kelompok Staf Medis (KSM) di fasyankes menerapkan PPK berbasis bukti, audit/asesmen mandiri seksio sesarea dan umpan balik bagi tenaga kesehatan untuk mengurangi seksio sesarea.

5.1.3. Upaya yang Dapat Dilakukan oleh Rumah Sakit dan Dinas Kesehatan

- 5.1.3.1. Direkomendasikan untuk mengembangkan pola kolaboratif antara bidan – dokter kandungan, yaitu pembagian tugas berdasarkan asuhan yang diberikan, misalnya oleh bidan dengan dukungan 24 jam konsultasi. Model perawatan ini terutama ditujukan untuk seksio sesarea intrapartum. Direkomendasikan hanya dalam konteks penelitian dengan protokol yang ketat. (rekomendasi konteks khusus, tingkat evidens: rendah).
- 5.1.3.2. Strategi keuangan, misalnya reformasi untuk menyamakan pembiayaan pelayanan persalinan pervaginam dan seksio sesarea. (rekomendasi konteks khusus, tingkat evidens dengan kepastian sangat rendah). Tatacara pembiayaan jasa pelayanan juga diharapkan disesuaikan dengan menggunakan sistem remunerasi dan meninggalkan cara pembiayaan *fee for service* sesuai dengan panduan yang diatur oleh peraturan Menteri Kesehatan

5.1.4. Perawatan Intrapartum yang Mengurangi Kemungkinan Seksio Sesarea

- 5.1.4.1. Dukungan selama persalinan mengurangi kemungkinan seksio sesarea. [2004]
- 5.1.4.2. Ibu dengan kehamilan tanpa komplikasi harus ditawarkan induksi persalinan pada usia kehamilan lebih dari 41 minggu karena dapat mengurangi risiko kematian perinatal dan kemungkinan seksio sesarea. [2004]
- 5.1.4.3. Penggunaan Partograf untuk memantau kemajuan persalinan dalam persalinan spontan pada ibu dengan kehamilan tunggal cukup bulan tanpa komplikasi, dapat mengurangi kemungkinan seksio sesarea [2004]

5.1.4.4. Dokter spesialis Obgin harus dilibatkan dalam pengambilan keputusan untuk seksio sesarea, karena dapat mengurangi kemungkinan seksio sesarea. [2004]

5.1.4.5. Pemantauan janin elektronik dikaitkan dengan peningkatan kemungkinan seksio sesarea. Pada kondisi dengan pola detak jantung abnormal maka klinisi harus mengumpulkan informasi lain terkait kesejahteraan janin sesuai dengan sarana dan prasarana yang ada, seperti usia gestasi, pertumbuhan janin, kondisi air ketuban, gerakan dan gerak nafas janin, hingga pemeriksaan sampel darah janin jika dimungkinkan.

5.2. Intervensi yang Tidak Menunjukkan Pengaruh Terhadap Kejadian Seksio Sesarea

5.2.1. Ibu bersalin harus diberikan informasi bahwa intervensi berikut selama intrapartum belum terbukti menurunkan kemungkinan seksio sesarea, meskipun mungkin memiliki manfaat lain tetapi tidak dibahas dalam pedoman ini:

- berjalan saat proses persalinan
- posisi tidak terlentang selama kala dua persalinan
- berendam dalam air selama persalinan
- analgesia epidural selama persalinan

5.2.2. Ibu bersalin harus diberitahu bahwa efek dari terapi komplementer yang digunakan selama persalinan (seperti akupunktur, aromaterapi, hipnosis, produk herbal, suplemen nutrisi, obat-obatan homeopati, obat-obatan Cina) belum dievaluasi dengan sempurna dan diperlukan penelitian lebih lanjut untuk mengetahui pengaruhnya terhadap kemungkinan seksio sesarea. [2004]

5.3. Kemajuan Persalinan dan Risiko Seksio Sesarea

5.3.1. Intervensi pada “Partus Kala 1 Memanjang” dan seksio sesarea

5.3.1.1. Intervensi berikut belum terbukti menurunkan kemungkinan Seksio sesarea pada partus kala 1 memanjang:

- manajemen persalinan aktif
- amniotomi dini. [2004]

5.4. Makan Selama Persalinan

5.4.1. Makan makanan rendah residu selama persalinan (roti panggang, kerupuk, keju rendah lemak) dapat meningkatkan volume lambung. Risiko aspirasi jika anestesi diperlukan, saat ini masih belum diketahui secara pasti. [2004]

5.4.2. Ibu bersalin harus diberi tahu bahwa minum minuman isotonik selama persalinan mencegah ketosis tanpa peningkatan volume lambung secara bersamaan. [2004]

BAB VI

PERAWATAN BAYI BARU LAHIR DENGAN SEKSIO SESAREA

6.1. Proses adaptasi janin dari kehidupan intra ke ekstra uteri¹

Persalinan adalah terminasi kehamilan di mana janin akan mengalami suatu proses adaptasi kehidupan dari intra ke ekstra uteri.² Proses adaptasi fisiologis tersebut merupakan suatu mekanisme yang paling kompleks pada kehidupan pertama manusia pasca lahir tidak saja dialami pada proses persalinan normal tetapi juga proses persalinan dengan tindakan termasuk seksio sesarea,^{3,4} yang dapat terbagi dalam beberapa fase.

Fase pertama adalah adaptasi sistem pernapasan yang terjadi dalam detik.⁴ Secara fisiologis akan terjadi rangsangan bernapas secara adekuat apabila proses persalinan berlangsung per vaginam. Keberhasilan upaya bernapas ini akan membuka alveol atau gelembung paru-paru sebagai reservoir oksigen, sehingga terjadi pertukaran gas baik oksigen dan CO₂ diantara ruang pernapasan dengan sirkulasi paru.² Adanya proses adaptasi sistem pernapasan bayi baru lahir yang berlangsung dalam detik ke menit, diperlukan kesiapan dukungan penyelamatan hidup (resusitasi) bayi baru lahir pada setiap persalinan baik persalinan normal maupun dengan tindakan termasuk seksio sesarea.⁵ Langkah kesiapan resusitasi bayi baru lahir ditetapkan dalam algoritma resusitasi bayi baru lahir yang merupakan langkah baku untuk semua jenis persalinan. Perbedaan resusitasi bayi baru lahir yang dilaksanakan terletak pada kondisi persalinan.^{6,7} Persalinan pada ibu hamil dan kehamilan normal dilakukan oleh tim yang minimal terdiri dari seorang tenaga medis dengan kompetensi dasar (dokter) serta seorang tenaga kesehatan (bidan atau perawat). Sedangkan resusitasi bayi baru lahir pada persalinan dengan ibu hamil atau kehamilan dengan tindakan termasuk seksio sesarea dilakukan oleh tim yang minimal terdiri dari seorang tenaga medis dengan kompetensi spesialis atau subspecialis serta seorang tenaga kesehatan (bidan atau perawat).⁸ Bayi baru lahir dinyatakan bugar dan tidak mengalami asfiksia apabila mencapai keberhasilan adaptasi sistem respirasi dalam periode detik ke menit pasca lahir.⁹

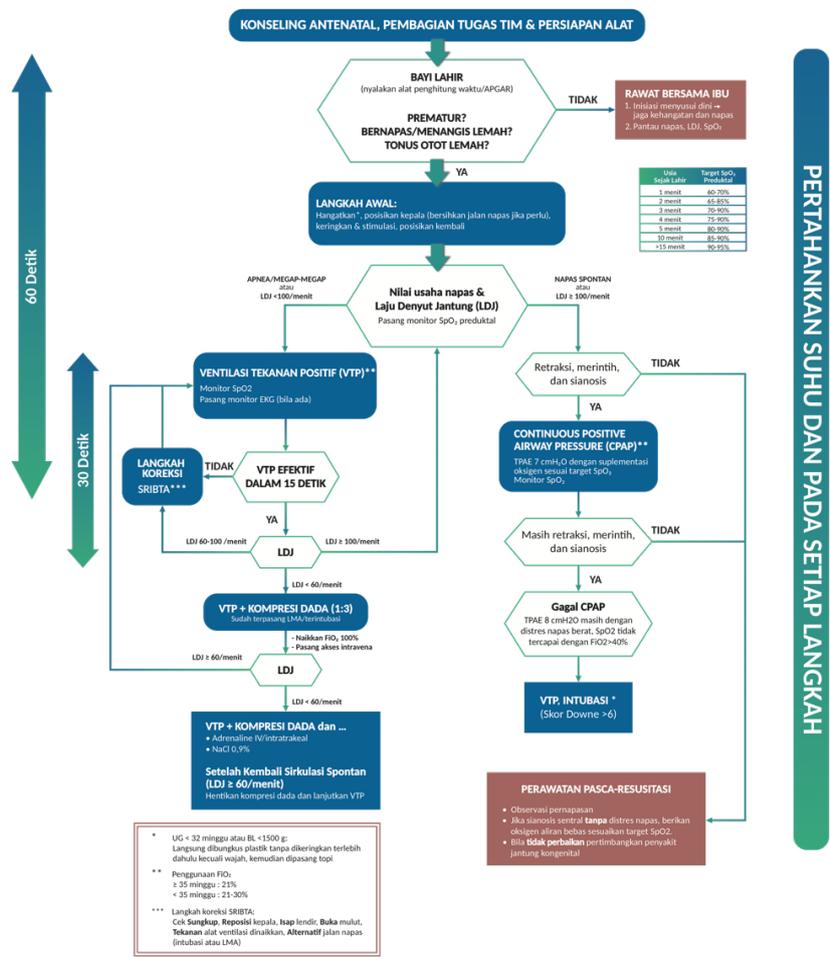
Fase kedua adalah adaptasi sistem kardiorespirasi yang terjadi dalam menit sampai 6 – 12 jam pasca lahir.¹⁰ Upaya bernapas akan menurunkan tekanan sirkulasi aliran darah di paru, sementara jepitan tali pusat akan meningkatkan tekanan sirkulasi aliran darah sistemik, meningkatkan aliran darah ke jantung terjadi penutupan foramen ovale dan duktus arteriosus, sehingga aliran darah ke sirkulasi paru meningkat.¹¹ Kegagalan adaptasi fungsi sistem kardiorespirasi ditandai adanya sianosis dan gangguan pernapasan. Kesiapan untuk

mengatasi kegagalan fungsi sistem kardiorespirasi dilakukan simultan dengan melakukan perawatan esensial bayi baru lahir fase awal dalam 6 – 12 jam pasca lahir.

Fase ketiga adalah adaptasi fungsi sistem organ yang terjadi dalam 6 – 12 jam sampai 72 jam pasca lahir. Kegagalan adaptasi fungsi sistem organ ditandai oleh adanya tanda bahaya pada bayi baru lahir, yaitu adanya sianosis, perdarahan, pucat, muntah bilier, ikterus dan kejang. Bersamaan waktunya dengan observasi tanda bahaya kegagalan fungsi sistem organ bayi baru lahir dapat dilakukan rawat gabung bersama ibunya. Bayi baru lahir dinyatakan sehat apabila mencapai keberhasilan adaptasi fungsi sistem organ.

6.2 Resusitasi bayi baru lahir

Tindakan penyelamatan hidup (resusitasi) pada bayi baru lahir merupakan prosedur khusus berbeda dengan resusitasi pada umumnya. Resusitasi pada bayi baru lahir merupakan urutan langkah-langkah tindakan yang sistematis dalam membantu bayi baru lahir melakukan adaptasi fungsi sistem organ selama periode transisi kehidupan intra ke ekstra uteri dalam detik pertama pasca lahir. Urutan tindakan sistematis dalam detik harus dilaksanakan maksimal dimulai dari persiapan pasien, fasilitas/ alat kedokteran/ obat-obatan dan tim yang akan melaksanakannya. Selanjutnya setiap tindakan harus mengikuti alur algoritma sesuai indikasi dengan urutan langkah yang benar. Kegagalan dalam melaksanakan langkah algoritma resusitasi bayi baru lahir berakibat pada kegagalan bayi melakukan adaptasi sistem respirasi menimbulkan asfiksi yang berakibat pada kematian atau cacat. Algoritma resusitasi bayi baru lahir dapat dilihat pada Gambar 1.



Gambar 1. Algoritma resusitasi bayi baru lahir

Resusitasi adalah serangkaian upaya sistematis, terkoordinir dan didasari bukti-bukti ilmiah untuk mengembalikan usaha nafas dan sirkulasi bayi sehingga terhindar dari kematian maupun cacat menetap. Keberhasilan resusitasi neonatus sangat ditentukan oleh kesiapan / keterampilan petugas kesehatan dan kesiapan sarana pendukung resusitasi neonatus yang terletak di kamar bersalin.

Hanya kurang dari 10 % bayi yang memerlukan resusitasi dan umumnya teratasi dengan pemberian ventilasi tekanan positif dan hanya 1 % yang memerlukan resusitasi aktif lengkap sampai dengan tunjangan obat-obatan.

Ikatan Dokter Anak Indonesia merekomendasikan dalam menghadapi persalinan risiko tinggi sebaiknya minimal terdiri dari 3 orang. Orang pertama yang paling terampil dalam hal resusitasi neonatus berdiri tepat di sisi depan kepala bayi, bertanggung jawab menjaga jalan nafas tetap terbuka (memposisikan kepala, melakukan intubasi, memasang nasal prong) memberikan ventilasi tekanan positif maupun *continues positif airway pressure* (CPAP) Orang

kedua berdiri di sisi kanan bayi bertanggung jawab terhadap sirkulasi bayi seperti memasang pulse oksimetri, menghitung denyut jantung janin, memasang catheter umbilical, melakukan pijat jantung dsb). Orang ketiga berdiri di sisi kiri bayi, bertanggung jawab membantu menyiapkan alat-alat, menyiapkan obat, mengukur suhu, memasang akses vena dsb). Jika di butuhkan orang ke dua dan ketiga dapat berpindah tempat.

Prakondisi dari lingkungan resusitasi menjadi syarat mutlak untuk mendapatkan luaran resusitasi neonatus yang baik

- Infant warmer harus sudah dinyalakan minimal 10 sampai 15 menit sebelum bayi dilahirkan.
- Suhu kamar bersalin ataupun kamar operasi dijaga sekitar 24 C sampai 26 C
- Tersedia *bulb suction* maupun suction mekanik
- Tersedia plastik polietylene bersih dan transparan
- Tersedia minimal 3 buah linen yang lembut dan hangat untuk membersihkan dan mengeringkan bayi
- Infant warmer terletak tidak jauh dari posisi ibu bersalin (berdampangan)

Konsep terkini dari resusitasi yang baik adalah membawa NICU ke kamar bersalin. Continuous Positive Airway Pressure (CPAP) diberikan sedini mungkin sejak bayi masih dalam kamar bersalin. Pemberian oksigen untuk resusitasi bayi cukup bulan sebaiknya menggunakan oksigen 21%. Untuk resusitasi bayi prematur atau bayi berat lahir di bawah 1500 gram, resusitasi dapat dimulai dengan menggunakan oksigen 30 % sampai 50 % dan dititrasi sesuai kebutuhan berdasarkan saturasi yang terbaca dari pulse oksimetri. Dengan demikian pulse oksimetri dengan probe neonatus wajib ada di setiap kamar bersalin. Fraksi Inspirasi oksigen dapat dihasilkan dengan menggunakan blander oksigen atau mencampur kecepatan aliran udara tekan dan oksigen murni menggunakan tabel. Tekanan Ventilasi tekanan positif ditujukan untuk membuka jalan nafas sehingga bayi bernafas adekuat dan terhindar dari barotrauma maupun volume trauma. Oleh karena itu VTP sebaiknya menggunakan T-Peace resuscitator karena tekanan puncak inspirasi maupun tekanan positif akhir ekspirasi dapat terukur dengan baik.

Tahapan Resusitasi.

Apapun kondisi bayi yang didapati, dalam melakukan resusitasi harus mengikuti tahap resusitasi sesuai algoritme resusitasi yang terdapat di bawah ini. Tahapan resusitasi neonatus terdiri dari :

1. Langkah awal
2. Tahap tunjangan ventilasi
3. Tahap tunjangan sirkulasi .
4. Tahap tunjangan obat-obatan.

Langkah lebih detail mengenai resusitasi neonatus dapat dibaca lebih lanjut di Buku Panduan Resusitasi Neonatus oleh IDAI.

6.3. Perawatan esensial bayi baru lahir.

Bayi baru lahir bugar dan tidak mengalami asfiksi pasca lahir akan mendapatkan perawatan esensial bayi baru lahir, sebaliknya bayi yang mengalami morbiditas pasca lahir akan distabilkan, dilakukan transportasi intra maupun ekstra fasilitas pelayanan kesehatan untuk tindak lanjut sesuai tingkat komplikasi yang ditimbulkannya. Perawatan esensial bayi baru lahir dilaksanakan simultan dengan observasi adanya kegagalan adaptasi bayi baru lahir di kehidupan ekstra uteri sesuai dengan perkembangan periode waktu.

6.3.1. Periode 0 – 6 atau 12 jam pasca lahir

Keberhasilan adaptasi sistem respirasi dalam 30 detik pasca lahir akan diikuti serial dengan adaptasi sistem kardiorespirasi yang berlangsung dalam 90 menit pertama sampai 6 – 12 jam pasca lahir. Kegagalan proses adaptasi dalam 6 – 12 jam pertama pasca lahir akan terlihat adanya tanda bahaya sianosis (biru) dan pucat. Perawatan esensial dapat dilakukan dalam periode adaptasi sistem kardiorespirasi dalam 12 jam pasca lahir sebagaimana dapat dilihat pada gambar di bawah ini. Batasan 6 jam pasca lahir merujuk pada panduan WHO, sedangkan 12 jam pasca lahir merujuk pada panduan *American Academic of Paediatric*.¹² Pedoman perawatan esensial dalam periode 12 jam pertama pasca lahir dilaksanakan sama di semua tingkatan kapasitas pelayanan bayi baru lahir, baik di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat primer, sekunder maupun tersier yang merujuk pada Buku Pedomanan Pelayanan Kesehatan Esensial Neonatal, Kementerian Kesehatan RI tahun 2018.



Gambar Perawatan esensial bayi baru lahir sampai umur 12 jam

6.3.2 Periode 6 – 12 jam sampai 28 hari.

Perawatan esensial bayi baru lahir setelah periode 6 – 12 jam dilaksanakan berbeda di fasilitas pelayanan kesehatan primer dan sekunder/ tersier. Bayi baru lahir dengan tindakan termasuk Sectio Caesarea yang dilaksanakan di fasilitas kesehatan tingkat sekunder maupun tersier terbagi dalam dua fase yaitu fase rawat gabung dan fase rawat jalan.

6.3.2.1 Fase rawat gabung, periode 6 – 12 jam sampai 72 jam pasca lahir

Periode ini merupakan periode perawatan esensial selama bayi masih dirawat di rumah sakit terkait kondisi ibu pasca tindakan dalam persalinan. Selama periode ini selain dilakukan perawatan esensial terutama dalam bimbingan pemberian ASI, juga dilakukan pemantauan tanda bahaya kegagalan adaptasi sistem fungsi organ bayi baru lahir tahap lanjut, yaitu adanya ikterus atau hiperbilirubinemia, perdarahan karena gangguan koagulasi, muntah bilier, pucat karena infeksi dan kejang oleh gangguan metabolik. Bayi baru lahir dinyatakan sehat, apabila sistem organ dapat berfungsi normal, dan tidak menampakkan adanya gejala atau tanda bahaya yang disebut di atas.

6.4. Pemberian ASI

Ibu yang menjalani seksio sesarea harus ditawarkan dukungan untuk memulai menyusui sesegera mungkin setelah lahirnya bayi. Hal ini karena ibu yang pernah mengalami seksio sesarea cenderung tidak akan mulai menyusui dalam beberapa jam pertama setelah melahirkan. Sedangkan jika didorong untuk menyusui sesegera mungkin, maka kemungkinan besar akan berlanjut, sama seperti pada ibu yang melahirkan pervaginam. IMD dilakukan pada semua bayi bugar tanpa memandang jenis persalinan. Prinsip pemberian ASI adalah dimulai sedini mungkin, eksklusif selama 6 bulan diteruskan sampai 2 tahun dengan makanan pendamping ASI sejak usia 6 bulan. Pemberian ASI juga meningkatkan ikatan kasih sayang (asih), memberikan nutrisi terbaik (asuh) dan melatih refleks dan motorik bayi (asah).

Kontak kulit-ke-kulit dilaksanakan melalui meletakkan bayi tanpa menggunakan pakaian ke dada atau perut ibu. Usahakan kedua bahu bayi menempel di dada atau perut ibu dan kepala bayi diletakkan di antara payudara ibu dengan posisi sedikit lebih rendah dari puting payudara ibu. Penggunaan selimut atau topi untuk bayi dapat diberikan supaya bayi tetap hangat. Idealnya, kontak kulit-ke-kulit dilakukan selama 1 jam atau lebih sekaligus bersamaan dengan proses inisiasi menyusu dini atau IMD. Inisiasi Menyusu Dini adalah proses menyusu dimulai secepatnya segera setelah lahir. IMD dilakukan pada semua bayi dan ibu dalam kondisi bugar, sehat fisik dan jasmani, penyakit terkontrol tanpa memandang jenis persalinan. (Kemenkes RI,

2018). Kontak kulit-ke-kulit penting tidak hanya untuk ibu, tetapi juga untuk bayi terutama untuk mencegah hipotermia, bayi lebih tenang dan mengurangi bayi menangis, meningkatkan *bonding* bayi dengan ibunya, stabilitas kardiorespirasi, serta perlekatan dini pada payudara yang kemudian dilanjutkan dengan proses menyusui. Bayi yang dilahirkan melalui *section cesarean* tidak mendapatkan mikroba vagina, sehingga melalui kontak kulit-ke-kulit segera setelah lahir, bayi bisa mendapatkan kolonisasi bakteri melalui kulit ibu. Tidak ada bukti ilmiah yang mendukung bahwa manfaat dari kontak kulit-ke-kulit hanya berlaku untuk persalinan pervaginam atau kontak kulit-ke-kulit harus ditunda pada wanita yang menjalani *sectio cesarean* tanpa komplikasi. Keuntungan kontak kulit-ke-kulit selama persalinan seksio sesarea bagi bayi yaitu, membantu transisi ke kehidupan ektrauterine, termoregulasi dan membantu mempertahankan suhu tubuh, stabilitas kadar glukosa darah, stabilitas kardiovaskuler dan regulasi tingkat laju napas. Selama proses kontak kulit-ke-kulit yang tidak terinterupsi, bayi baru lahir juga akan menunjukkan 9 perilaku naluriah untuk menemukan payudara dan mulai menghisap. Manfaat kontak kulit-ke-kulit yang didapatkan ibu pada persalinan seksio sesarea yaitu, inisiasi menyusui dini dan meningkatkan durasi menyusui, meningkatkan keberhasilan untuk memberikan ASI eksklusif, serta meningkatkan kepercayaan diri ibu untuk merawat bayinya. Kontak kulit-ke-kulit juga mampu menurunkan durasi persalinan Kala III, mengurangi resiko pendarahan, mengurangi kecemasan, stress dan nyeri paska operasi

Langkah inisiasi menyusui dini dalam asuhan bayi baru lahir yaitu sebagai berikut:

Langkah 1

Lahirkan, lakukan penilaian pada bayi, keringkan:

1. Saat bayi lahir, catat waktu kelahiran
2. Sambil meletakkan bayi di perut bawah ibu lakukan penilaian apakah bayi perlu resusitasi atau tidak
3. Jika bayi tidak memerlukan resusitasi, keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya dengan lembut tanpa menghilangkan verniks. Verniks akan membantu menyamankan dan menghangatkan bayi. Setelah dikeringkan, selimuti bayi dengan kain kering.
4. Hindari mengeringkan tangan bayi. Bau cairan amnion pada tangan bayi membantu bayi mencari puting ibunya yang berbau sama.

Langkah 2

Lakukan kontak kulit ibu dengan kulit bayi selama paling sedikit satu jam:

1. Setelah tali pusat dipotong dan diikat, letakkan bayi tengkurap di dada ibu tanpa pakaian/bedong. Kulit bayi melekat pada kulit ibu. Kepala bayi harus berada di antara payudara ibu tetapi lebih rendah dari puting.
2. Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi.
3. Mintalah ibu untuk memeluk dan membelai bayinya. Jika perlu letakkan bantal di bawah kepala ibu untuk mempermudah kontak visual antara ibu dan bayi.

Langkah 3

Biarkan bayi mencari dan menemukan puting ibu dan mulai menyusui:

1. Biarkan bayi mencari, menemukan puting dan mulai menyusui
2. Anjurkan ibu dan orang lainnya untuk tidak menginterupsi proses menyusui misalnya memindahkan bayi dari satu payudara ke payudara lainnya. Bayi cukup menyusui dari satu payudara. Sebagian besar bayi akan berhasil menemukan puting ibu dalam waktu 30-60 menit tapi tetap biarkan kontak kulit bayi dan ibu setidaknya 1 jam walaupun bayi sudah menemukan puting kurang dari 1 jam.
3. Menunda semua asuhan bayi baru lahir normal lainnya hingga bayi selesai menyusui setidaknya 1 jam atau lebih bila bayi baru menemukan puting setelah 1 jam.
4. Bila bayi harus dipindah dari kamar bersalin sebelum 1 jam atau sebelum bayi menyusui, usahakan ibu dan bayi dipindah bersama dengan mempertahankan kontak kulit ibu dan bayi.
5. Jika bayi belum menemukan puting ibu dalam waktu 1 jam, posisikan bayi lebih dekat dengan puting ibu dan biarkan kontak kulit dengan kulit selama 30-60 menit berikutnya.
6. Jika bayi masih belum menemukan puting ibu dalam waktu 2 jam, pindahkan ibu ke ruang pemulihan dengan bayi tetap di dada ibu. Lanjutkan asuhan perawatan neonatal esensial lainnya (menimbang, pemberian vitamin K1, salep mata) dan kemudian kembalikan bayi kepada ibu untuk menyusui.
7. Selama proses IMD bayi harus dipantau setiap 15 menit

Langkah 4

Pemantauan bayi saat IMD

Selama IMD sebaiknya ibu dan bayi selalu didampingi dan dipantau. Pemantauan bisa oleh tenaga medis atau keluarga dengan memperhatikan hal-hal sebagai berikut:

1. Posisi: Bayi diposisikan dengan mulut dan hidung yang terlihat dan tidak terhalang
2. Warna kulit: Warna pink (kulit dan / atau selaput lendir)
3. Pernapasan: Napas normal (tidak ada retraksi atau pernapasan cuping hidung) dan laju pernapasan normal: 40-60 kali/menit

4. Suhu tubuh:pada 60 dan 120 menit setelah kelahiran (kisaran normal: 36,5 °C - 37,5 °C)
5. Ibu dan bayi tidak pernah ditinggal sendirian
6. Sebaiknya pemantauan dilakukan dalam 15 menit, 30 menit, 45 menit, 60 menit, 75 menit, 90 menit dan 120 menit setelah dilakukan IMD

CONTOH CHECKLIST PEMANTAUAN NEONATUS SAAT IMD

Nama:	Nama Ibu/Ayah:	Waktu sesudah lahir			
Tanggal Lahir:	Jam Lahir:	15 Menit	30 Menit	45 Menit	dst
Parameter yang harus dipantau					
1. Bayi diposisikan dengan mulut dan hidung yang terlihat dan tidak terhalang (Ya / Tidak)					
2. Warna kemerahan (kulit dan / atau selaput lendir) (Ya / Tidak)					
3. Napas normal (tidak ada retraksi atau pernapasan cuping hidung) (Ya / Tidak)					
4. Tingkat pernapasan normal: 40-60 napas / menit (Ya / Tidak)					
5. Suhu aksiler setelah kelahiran dalam kisaran normal (36,5 °C-37,5 °C)					
6. Ibu tidak pernah ditinggal sendiri dengan bayinya (Ya / Tidak)					
7. Upaya menyusui pertama (waktu)					
Catatan :					

DAFTAR PUSTAKA

1. Hillman N, Kallapur SG, Jobe A. et al. Physiology of Transition from intrauterine to Extrauterine Life. Clin PERinatol 2012;39:769-83.
2. van_Vonderen JJ, Roest AW, Siew ML. et al. Measuring Physiological Changes during the Transition to Life after Birth. Neonatology 2014;105:230-42.
3. Jhasawneh W, Obeidat N, Yusef D. et al. The impact of cesarean section on neonatal outcomes at a university-based tertiary hospital in Jordan. BMC Pregnancy and Childbirth 2020;20:335.
4. Finn D, Meulemeester JD, Dann L. ea al. Respiratory adaptation in term infants following elective caesarean section. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2017;0:F1-F5.
5. Aziz K, Lee Hc, Escobedo MB. Part 5: Neonatal Resuscitation. 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation 2020;142:S524-S50.
6. Levine EM, Ghai V, Barton JJ. et al. Mode of Delivery and Risk of Respiratory Diseases in Newborns. Obstet Gynecol 2001;97:439-42.
7. Kamath BD, Todd JK, Glazner JE. et al. Neonatal Outcomes After Elective Cesarean Delivery. Obstet Gynecol 2009;113:1231-38.

8. Zanardo V, Simbi AK, Franzoi M. et al. Neonatal respiratory morbidity risk and mode of delivery at term: influence of timing of elective caesarean delivery. *ACTa Paediatr* 2004;93:643-47.
9. Sharma D. Golden hour of neonatal life: Need of the hour. *Mat health Neonatol Perinatol* 2017;3:16.
10. Vrancken SL, van_Heijst AF, de_Boode WP. Neonatal Hemodynamics: From Developmental Physiology to Comprehensive Monitoring. *Front Pediatr* 2018;6:87.
11. Agata Y, Hiraishi S, Han JH. et al. Hemodynamic Adaptations at Birth and Neonates Delivered Vaginally and by Cesarean Section. *Bio Neonate* 1995;68:404-11.
12. Benitz WE. Hospital stay for healthy term newborn infants. *Pediatrics* 2015;135:948-53.

BAB VII

PERAWATAN IBU PASCA SEKSIO SESAREA

7.1. Risiko Perawatan Intensif Pasca Seksio Sesarea

- a. Tenaga kesehatan yang merawat ibu pasca seksio sesarea harus menyadari bahwa, meskipun ibu jarang membutuhkan perawatan intensif setelah melahirkan, tetapi hal ini dapat terjadi lebih sering pada ibu yang menjalani tindakan seksio sesarea (sekitar 9 per 1000)

7.2. Pemantauan Rutin Pasca Seksio Sesarea

- a. Setelah seksio sesarea, ibu harus diobservasi oleh tenaga kesehatan terlatih dengan memastikan kondisi jalan napas dan kardiorespirasi yang stabil, serta dapat melakukan komunikasi dengan baik
- b. Setelah pemulihan dari anestesi, pemantauan umum tanda-tanda vital (frekuensi pernapasan, denyut nadi, tekanan darah, nyeri dan sedasi) serta pemantauan terhadap tanda-tanda kala 4 lain (kontraksi uterus, tinggi fundus uteri dan perdarahan pervaginam) harus dilanjutkan setiap setengah jam selama 2 jam pertama, dan setiap jam setelahnya. Jika pada pengamatan ini didapatkan kondisi yang tidak stabil, dianjurkan untuk lebih sering melakukan observasi dan pemeriksaan medis

7.3. Penatalaksanaan Nyeri Pasca Seksio Sesarea

- a. Penatalaksanaan nyeri yang tidak baik akan mengganggu proses pemulihan dan menunda pemulangan. Nyeri dapat mengganggu proses mobilisasi awal untuk memberikan kesempatan ibu untuk dapat segera memberikan perawatan pada bayinya secara mandiri.
- b. Pemberian analgesia dengan berbagai jenis dapat dilakukan untuk memberikan pengaruh anti nyeri yang lebih baik dengan efek samping yang lebih ringan
- c. Belum ada rekomendasi analgesia yang terbaik dan teraman hingga saat ini. Pemberian kombinasi NSAID dan parasetamol direkomendasikan dan bersifat sinergis dalam penatalaksanaan nyeri pasca operasi.
- d. Kombinasi ini memiliki keuntungan karena murah, efektif, mudah diberikan dan tidak mengandung opioid sehingga mengurangi efek samping opioid

7.4. Makan Minum Lebih Awal Setelah Seksio Sesarea

- a. Ibu pasca seksio sesarea yang tidak mengalami komplikasi dapat makan dan minum sesuai yang dibutuhkan.

7.5. Pelepasan Kateter Urin Setelah Seksio Sesarea

- a. Pelepasan kateter urin dilakukan sesegera mungkin jika ibu sudah dapat mobilisasi

7.6. Lama Perawatan Di Rumah Sakit

- a. Lama perawatan di rumah sakit cenderung lebih lama setelah seksio sesarea (rata-rata 3–4 hari) dibandingkan setelah persalinan pervaginam (rata-rata 1-2 hari). Namun, ibu yang pulih dengan baik dan tidak mengalami komplikasi setelah seksio sesarea dapat ditawarkan pulang lebih awal (setelah 24 jam) dari rumah sakit dan melanjutkan perawatan di rumah. Hal ini tidak berhubungan dengan kejadian re-admisi bayi atau ibu ke rumah sakit.

DAFTAR PUSTAKA

1. Macones, G.A., Caughey, A.B., Wood, S.L., Wrench, I.J., Huang, J., Norman, M., Pettersson, K., Fawcett, W.J., Shalabi, M.M., Metcalfe, A. and Gramlich, L., 2020. Guidelines for Postoperative Care in Cesarean Delivery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations (Part 3). *Obstetric Anesthesia Digest*, 40(2), pp.69-70.)

BAB VIII

PEMULIHAN PASCA SEKSIO SESAREA

8.1. Ruang Pemulihan

- a. Pemantauan tanda-tanda vital ibu (sensorium, TD, nadi/HR, suhu, respirasi)
- b. Pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam
- c. Pemberian antinyeri yang sesuai
- d. Makan minum lebih awal setelah seksio sesarea (ref: NICE Guideline)
 - Wanita setelah seksio sesarea yang tidak mengalami komplikasi dapat makan dan minum saat merasa lapar atau haus.

8.2. Ruang Rawat

- a. Pelepasan kateter urin setelah seksio sesarea

 Pelepasan kateter urin dilakukan jika wanita sudah dapat mobilisasi atau paling lama 12 jam, kecuali terdapat indikasi lain.
- b. Diet: melanjutkan dari ruang pemulihan.

 Makanan biasa bila tidak ada penyulit, tidak harus menunggu flatus
- c. Perawatan luka pasca seksio sesarea harus mencakup:
 - melepas balutan 24 jam setelah seksio sesarea
 - pemantauan khusus untuk demam
 - menilai luka untuk mencari tanda-tanda infeksi (seperti skala nyeri yang meningkat, kemerahan atau keluarnya cairan), pemisahan atau *dehiseksio sesareaence* jaringan pada luka operasi
 - Menganjurkan ibu untuk mengenakan pakaian yang longgar dan nyaman berbahan katun
 - Membersihkan dan mengeringkan luka dengan lembut setiap hari
 - jika perlu, rencanakan pelepasan jahitan atau klip
- d. Tenaga kesehatan perlu memantau keluhan BAK wanita yang menjalani seksio sesarea dan jika ada keluhan harus mempertimbangkan kemungkinan diagnosis:
 - Infeksi saluran kemih
 - *stress incontinence* (terjadi pada sekitar 4% wanita setelah seksio sesarea)
 - cedera saluran kemih (terjadi pada sekitar 1 per 1000 CS). [2004]

- retensio urine pasca seksio sesarea sebesar 3,3% -24,1%.

8.3. Laktasi

- a. Dimulai dari kamar bedah, bila memungkinkan dilakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD)
- b. Bayi rawat gabung

8.4. Edukasi

- a. Saat ibu berada di rumah sakit setelah menjalani seksio sesarea, berikan edukasi dan kesempatan untuk berdiskusi mengenai alasan seksio sesarea, informasi lisan tentang pilihan cara melahirkan untuk kehamilan mendatang. Tetapi jika wanita lebih memilih membicarakan hal ini nanti, maka dapat dilakukan di kemudian hari. [baru 2011]
- b. Tenaga kesehatan perlu memberi tahu bahwa setelah seksio sesarea, tidak ada peningkatan risiko dalam hal kesulitan menyusui, depresi, gejala stres pasca trauma, dispareunia, dan inkontinensia fekal.
- c. Ibu yang menjalani seksio sesarea dapat melanjutkan aktivitas seperti mengemudi kendaraan, membawa barang berat, olahraga formal dan hubungan seksual setelah mereka pulih sepenuhnya (termasuk pembatasan fisik atau efek mengganggu karena rasa sakit). [2004]
- d. Lama perawatan di rumah sakit (~~ref: NICE Guideline~~)
Lama perawatan di rumah sakit cenderung lebih lama setelah seksio sesarea (rata-rata 3–4 hari) dibandingkan setelah persalinan pervaginam (rata-rata 1-2 hari). Namun, wanita yang pulih dengan baik dan tidak mengalami komplikasi setelah seksio sesarea dapat ditawarkan pulang lebih awal (setelah 24 jam) dari rumah sakit dan melanjutkan perawatan di rumah.

DAFTAR PUSTAKA

1. NICE clinical guideline. Cesarean section. 2011

BAB IX

KEHAMILAN DAN PERSALINAN PASCA SEKSIO SESAREA

9.1. Risiko Persalinan pada Bekas Seksio Sesarea

Banyak ibu hamil dengan riwayat persalinan seksio sesarea sebelumnya yang membutuhkan bantuan untuk menentukan metode persalinan yang tepat pada kehamilan berikutnya. Pilihan persalinan baik persalinan pervaginam maupun seksio sesarea terencana memiliki risiko potensial dan keuntungan masing-masing. Keterlibatan keluarga dalam penentuan metode persalinan yang dirasakan paling tepat adalah hal yang fundamental. Untuk itu dibutuhkan informasi yang akurat dan berbasis data obyektif yang disediakan oleh seorang SpOG.

Persalinan per vaginam pada bekas seksio sesarea (PPBS) akan meningkatkan risiko baik ibu dan bayi, misalnya akibat ruptura uteri. Ruptura uteri dapat terjadi pada 5-7 per 1000 kasus. Bila ini terjadi maka 1 dari 7 kasus akan mengalami kejadian serius mulai dari kerusakan otak bayi sampai dengan kematian ibu dan bayi. Ketika dilakukan persalinan dengan seksio sesarea berulang maka risiko terkait komplikasi tindakan operasi akan dapat terjadi serta konsekuensi persalinan sesar berikutnya.

Diperlukan perencanaan yang disepakati bersama selama ANC dan terdokumentasi dalam rekam medis. Bila persalinan pervaginam yang dipilih maka persalinan di rumah sakit menjadi sebuah keharusan dengan monitoring ketat selama persalinan dan persiapan sesar darurat bila diperlukan (waktu tanggap seksio sesarea urgensi 1 atau dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit).

9.2. Angka Keberhasilan Persalinan Pervaginam Pada Bekas Seksio Sesarea

Angka keberhasilan cukup bervariasi yaitu antara 23-85%, dibeberapa studi dikatakan antara 60-80%. Sebuah studi di selandia baru menyampaikan 73% angka keberhasilannya, sementara 43% pada sebuah RS di Australia.

MENINGKATKAN KEBERHASILAN	MENURUNKAN KEBERHASILAN
<ul style="list-style-type: none"> • Keberhasilan PPBS sebelumnya. • Onset persalinan secara spontan • Kehamilan risiko rendah 	<ul style="list-style-type: none"> • Riwayat persalinan dg distosia • Persalinan dengan induksi • Adanya komplikasi kehamilan baik faktor janin, plasenta ataupun ibu • BMI > 30 kg/m² • Janin makrosomia • Usia Ibu > 35 th • Ibu Pendek • seksio sesarea lebih dari 1 kali • Adanya risiko terjadinya ruptur uterus

Tabel xx. Faktor yang mempengaruhi keberhasilan PPBS

9.3. Ruptura Uteri

Kejadian ruptur uteri pada pasien bekas operasi sesar adalah 22-74 diantara 10.000 persalinan (0,5 sd 2 kasus per 10.000 persalinan pada pasien bukan bekas operasi sesar)

9.4. Komplikasi

KOMPLIKASI	RISIKO/1.000 TRIAL PPBS
Ruptur Uteri	5-7/1.000
Kematian perinatal	0.4 – 0.7/1.000
Kematian Ibu	0.02/1.000
Morbiditas Mayor Ibu:	± 3/1.000
– Histerektomi	0.5 – 2/1.000
– Trauma saluran genitourinary	0.8/1.000
– Transfusi darah	1.8/1.000
Morbiditas Mayor Perinatal :	± 1/1.000
– Asidosis Janin (pH tali pusat <7.0)	1.5/1.000
– HIE	0.4/1.000

Tabel xx. Tingkat Komplikasi terkait skar ruptur per 1.000 ibu yang menjalani PPBS

Kejadian ruptur uteri meningkat bila didapatkan Riwayat operasi sesar dengan insisi uterus secara klasik (200-900/10.000 kasus) dan insisi T terbalik ((190/10.000). Untuk itu rekam medis pada operasi sesar sebelumnya adalah sangat penting untuk menentukan metode persalinan paling tepat.

Terjadi kenaikan risiko ruptur uteri pada kasus bekas operasi sesar bila interval kehamilannya kurang dari 18-24 bulan.

9.5. Seksio Sesarea Darurat vs Elektif

Angka morbiditas terkait operasi seksio sesarea emergensi secara signifikan lebih tinggi dibanding dengan operasi elektif. Peningkatan ini terdapat pada kasus yang kemungkinan keberhasilan PPBS- nya rendah khususnya pada kehamilan dengan penyulit.

9.6. Rekomendasi Intrapartum

Pasien perlu didukasi bahwa percobaan persalinan pervaginam pada bekas seksio sesarea harus dilakukan di RS dengan fasilitas yang memadai disamping monitoring ketat selama persalinan dan ketersediaan akses cepat untuk tindakan seksio sesarea emergensi bila diperlukan. Pentingnya Edukasi pasien agar dapat memahami kualitas tempat pelayanan kesehatan yang dipilihnya, terutama terhadap tersedianya fasyankes dengan kemampuan penatalaksaann seksio sesarea sesuai dengan urgensi.

9.7. Induksi dan Augmentasi

Induksi dan augmentasi persalinan pada bekas seksio sesarea akan menurunkan risiko keberhasilan PPBS dan meningkatkan risiko terjadinya ruptur uteri. Pada beberapa studi didapatkan peningkatan secara bermakna kejadian ruptura uteri pada penggunaan prostaglandin. Penggunaan oksitosin untuk augmentasi persalinan didapatkan hubungan dengan peningkatan risiko terjadinya ruptur uteri, meski beberapa studi lain menyatakan tidak berhubungan.

Dalam studi kohort retrospektif Australia, Dekker melaporkan perbedaan 14 kali lipat dalam odds rasio yang disesuaikan untuk ruptur uterus pada pasien elektif PPBS dengan onset persalinan spontan yang ditambahkan dengan oksitosin (12/628, 1,9%) dibandingkan dengan mereka yang tanpa augmentasi dengan oksitosin (16 / 8221, 0,19%).

9.8. Percobaan Persalinan Pervaginam pada Bekas Operasi Sesar Lebih dari Satu Kali

Beberapa studi mendapatkan bahwa angka keberhasilan PPBS lebih rendah pada kasus bekas seksio sesarea lebih dari satu kali, peningkatan risiko kejadian ruptura uteri secara bermakna sehingga mengakibatkan peningkatan kejadian morbiditas dan mortalitas ibu.

RCOG merekomendasikan bahwa pada bekas seksio sesarea 3x untuk dilakukan seksio sesarea secara elektif dan kontra indikasi dilakukan PPBS.

9.9. Kehamilan Ganda

Kehati-hatian dan perhatian khusus perlu diberikan kepada ibu dengan kehamilan ganda (gemelli) dengan bekas seksio sesarea. Masalah keamanan pasien perlu menjadi pertimbangan bila PPBS menjadi pilihan meski masih kontroversi dan belum ada jaminan keberhasilan. Beberapa studi melaporkan keberhasilan PPBS pada kehamilan ganda mencapai 45% pada 1.850 persalinan dan didapatkan kejadian ruptur uteri 0,9%.

9.10. Persalinan pada trimester kedua

Ibu dengan bekas seksio sesarea yang memerlukan tindakan terminasi kehamilan pada trimester dua dikarenakan kelainan janin ataupun IUFD memiliki 3 pilihan : histerotomi, dilatasi dan evakuasi atau induksi. Belum ada RCT mengenai hal tersebut. Penggunaan misoprostol dilaporkan cukup berhasil baik pada ibu dengan bekas seksio sesarea maupun yang bukan. Kejadian ruptur uteri pada bekas seksio sesarea adalah 0,28% sampai dengan 3,7% sedangkan pada bukan bekas operasi sesar adalah 0,04% sd 1,9%.

DAFTAR PUSTAKA

1. RANZCOG. Birth after previous caesarean section. 2019.