

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Sectio Caesarea

2.2.1. Definisi Sectio Caesarea

Sectio Caesarea (SC) adalah melahirkan janin melalui insisi pada dinding abdomen (laparotomi) dan dinding uterus (histeretomi). Indikasi SC antara lain : disproporsi janin-panggul, gawat janin, plasenta previa, riwayat SC, kelainan letak, partus tak maju, kehamilan dengan resiko tinggi, pre-eklampsia dan hipertensi (Cunningham, 2006).

Tindakan operasi caesar ini hanya dilakukan jika terjadi kemacetan pada persalinan normal atau jika ada masalah pada proses persalinan yang dapat mengancam nyawa ibu dan janin. Keadaan yang memerlukan operasi caesar, misalnya gawat janin, jalan lahir tertutup plasenta (plasenta previa totalis), persalinan meacet, ibu mengalami hipertensi (preeklamsia), bayi dalam posisi sungsang atau melintang, serta terjadi pendarahan sebelum proses persalinan (Bobak, 2004).

2.2.2. Indikasi Sectio Caesarea

Menurut Kasdu (2003) Indikasi pemberian tindakan *Sectio Caesarea* antara lain:

1. Faktor janin
 - a. Kelainan Letak
 - Letak Lintang

Pada letak lintang, biasanya bahu berada di atas pintu atas panggul

sedangkan kepala berada di salah satu fossa iliaka dan bokong pada sisi yang lain. Pada pemeriksaan inspeksi dan palpasi didapati abdomen biasanya melebar dan fundus uteri membentang hingga sedikit di atas umbilikus. Tidak ditemukan bagian bayi di fundus, dan balotemen kepala teraba pada salah satu fossa iliaka.

Penyebab utama presentasi ini adalah relaksasi berlebihan dinding abdomen akibat multiparitas yang tinggi. Selain itu bisa juga disebabkan janin prematur, plasenta previa, uterus abnormal, cairan amnion berlebih, dan panggul sempit (Cunningham, 2005).

- **Presentasi Bokong**

Presentasi bokong adalah janin letak memanjang dengan bagian terendahnya bokong, kaki, atau kombinasi keduanya. Dengan insidensi 3–4% dari seluruh persalinan aterm. Presentasi bokong adalah malpresentasi yang paling sering ditemui. Sebelum usia kehamilan 28 minggu, kejadian presentasi bokong berkisar antara 25–30% (Decherney, 2007).

Faktor resiko terjadinya presentasi bokong ini antara lain prematuritas, abnormalitas uterus, polihidamnion, plasenta previa, multiparitas, dan riwayat presentasi bokong sebelumnya (Fischer, 2006).

- **Presentasi Ganda atau Majemuk**

Presentasi ini disebabkan terjadinya prolaps satu atau lebih ekstremitas pada presentasi kepala ataupun bokong. Kepala memasuki panggul bersamaan dengan kaki dan atau tangan. Faktor yang meningkatkan kejadian presentasi ini antara lain prematuritas, multiparitas, panggul sempit, kehamilan ganda (Prawirohardjo, 2009).

b. Gawat Janin

Keadaan janin biasanya dinilai dengan menghitung denyut jantung janin (DJJ)

dan memeriksa kemungkinan adanya mekonium di dalam cairan amnion. Untuk keperluan klinik perlu ditetapkan kriteria yang termasuk keadaan gawat janin. Disebut gawat janin, bila ditemukan denyut jantung janin di atas 160/menit atau di bawah 100/menit, denyut jantung tak teratur, atau keluarnya mekonium yang kental pada awal persalinan (Prawirohardjo, 2009).

Menurut statistik tentang 3.509 kasus sectio caesarea yang disusun oleh Peel dan Chamberlain, indikasi untuk sectio caesaria adalah disproporsi janin panggul 21%, gawat janin 14%, plasenta previa 11% pernah sectio caesaria 11%, kelainan letak janin 10%, pre eklamsi dan hipertensi 7% dengan angka kematian ibu sebelum dikoreksi 17% dan sesudah dikoreksi 0,5% sedangkan kematian janin 14,5% (Winkjosastro, 2005).

Kondisi ini dapat mengakibatkan janin mengalami gangguan seperti kerusakan otak. Bila tidak segera ditanggulangi, maka dapat menyebabkan kematian janin (Oxorn, 2003)

c. Ukuran Janin

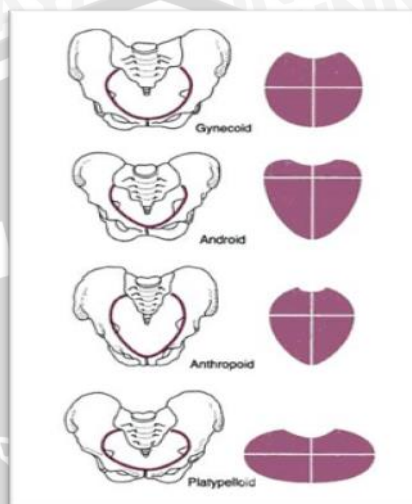
Berat bayi lahir sekitar 4000 gram atau lebih (*giant baby*) menyebabkan bayi sulit keluar dari jalan lahir. Umumnya pertumbuhan janin yang berlebihan disebabkan sang ibu menderita kencing manis (*diabetes mellitus*). Bayi yang lahir dengan ukuran yang besar dapat mengalami kemungkinan komplikasi persalinan 4 kali lebih besar daripada bayi dengan ukuran normal (Oxorn, 2003).

2. Faktor ibu

a. Panggul sempit absolut

Pada panggul ukuran normal, apapun jenisnya yaitu panggul ginekoid, anthropoid, android dan platipelloid. Kelahiran pervaginam janin dengan berat badan normal tidak akan mengalami gangguan. Panggul sempit absolut adalah ukuran konjugata vera kurang dari 10 cm dan diameter transversa kurang dari 12 cm.

Oleh karena pengul sempit, kemungkinan kepala tertekan di pintu atas panggul lebih besar, maka dalam hal ini serviks uteri kurang mengalami tekanan kepala. Hal ini dapat mengakibatkan inersia uteri serta lambatnya pembukaan serviks (Prawirohardjo, 2009).



b. Tumor yang dapat mengakibatkan obstruksi

Tumor dapat merupakan rintangan bagi lahirnya janin pervaginam. Tumor yang dapat dijumpai berupa mioma uteri, tumor ovarium, dan kanker rahim. Adanya tumor bisa juga menyebabkan resiko persalinan pervaginam menjadi lebih besar. Tergantung dari jenis dan besarnya tumor, perlu dipertimbangkan apakah persalinan dapat berlangsung melalui vagina atau harus dilakukan tindakan *sectio caesarea*.

Pada kasus mioma uteri, dapat bertambah besar karena pengaruh hormon estrogen yang meningkat dalam kehamilan. Dapat pula terjadi gangguan sirkulasi dan menyebabkan perdarahan. Mioma subserosum yang bertangkai dapat terjadi torsi atau terpelintir sehingga menyebabkan rasa nyeri hebat pada ibu hamil (abdomen akut). Selain itu, distosia tumor juga dapat menghalangi jalan lahir.

Tumor ovarium mempunyai arti obstetrik yang lebih penting. Ovarium merupakan tempat yang paling banyak ditumbuhi tumor. Tumor yang besar dapat menghambat pertumbuhan janin sehingga menyebabkan abortus dan bayi prematur, selain itu juga dapat terjadi torsi. Tumor seperti ini harus diangkat pada usia kehamilan 16-20 minggu.

Adapun kanker rahim, terbagi menjadi dua; kanker leher rahim dan kanker korpus rahim. Pengaruh kanker rahim pada persalinan antara lain dapat menyebabkan abortus, menghambat pertumbuhan janin, serta perdarahan dan infeksi (Mochtar,1998).

c. Plasenta previa

Perdarahan obstetrik yang terjadi pada kehamilan trimester ketiga dan yang terjadi setelah anak atau plasenta lahir pada umumnya adalah perdarahan yang berat, dan jika tidak mendapat penanganan yang cepat bisa mengakibatkan syok yang fatal. Salah satu penyebabnya adalah plasenta previa.

Plasenta previa adalah plasenta yang letaknya abnormal, yaitu pada segmen bawah uterus sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh pembukaan jalan lahir. Pada keadaan normal plasenta terdapat di bagian atas uterus. Sejalan dengan bertambah besarnya rahim dan meluasnya segmen bawah rahim ke arah proksimal memungkinkan plasenta mengikuti perluasan segmen bawah rahim. Di daerah kota Karanganyar 25% dari 620 ibu melahirkan dengan *section caesarea* dengan indikasi *plasenta previa* di RSUD Karanganyar sekitar 20 % dari 100 yang melakukan *sectio caesarea* atas indikasi *plasenta previa* (Rani, 2012).

Klasifikasi plasenta previa didasarkan atas terabanya jaringan plasenta melalui pembukaan jalan lahir. Disebut plasenta previa komplit apabila seluruh pembukaan tertutup oleh jaringan plasenta. Plasenta previa parsialis apabila sebagian permukaan tertutup oleh jaringan. Dan disebut plasenta previa

marginalis apabila pinggir plasenta berada tepat pada pinggir pembukaan (Decherney, 2007).

d. Rupture uteri

Ruptura uteri baik yang terjadi dalam masa hamil atau dalam proses persalinan merupakan suatu malapetaka besar bagi wanita dan janin yang dikandungnya. Dalam kejadian ini boleh dikatakan sejumlah besar janin atau bahkan hampir tidak ada janin yang dapat diselamatkan, dan sebagian besar dari wanita tersebut meninggal akibat perdarahan, infeksi, atau menderita kecacatan dan tidak mungkin bisa menjadi hamil kembali karena terpaksa harus menjalani histerektomi. (Prawirohardjo, 2009).

Ruptura uteri adalah keadaan robekan pada rahim dimana telah terjadi hubungan langsung antara rongga amnion dengan rongga peritoneum (Mansjoer, 1999).

Kausa tersering ruptur uteri adalah terpisahnya jaringan parut bekas *sectio caesarea* sebelumnya. (Lydon, 2001). Selain itu, ruptur uteri juga dapat disebabkan trauma atau operasi traumatik, serta stimulus berlebihan. Namun kejadiannya relatif lebih kecil (Cunningham, 2005).

e. Disfungsi uterus

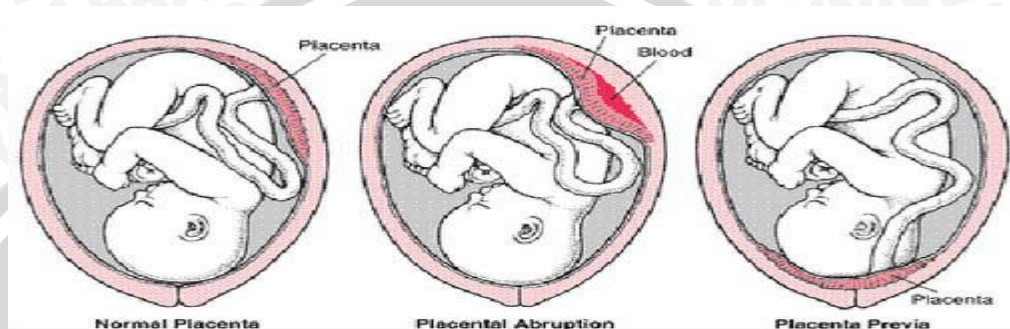
Mencakup kerja uterus yang tidak adekuat. Hal ini menyebabkan tidak adanya kekuatan untuk mendorong bayi keluar dari rahim. Dan ini membuat kemajuan persalinan terhenti sehingga perlu penanganan dengan *sectio caesarea* (Prawirohardjo, 2009)

f. Solutio plasenta

Disebut juga abrupsis plasenta, adalah terlepasnya sebagian atau seluruh plasenta sebelum janin lahir. Ketika plasenta terpisah, akan diikuti pendarahan maternal yang parah. Bahkan dapat menyebabkan kematian janin. Plasenta yang terlepas seluruhnya disebut solutio plasenta totalis, bila hanya sebagian disebut

solutio plasenta parsialis, dan jika hanya sebagian kecil pinggiran plasenta yang terpisah disebut ruptura sinus marginalis (Impey, 2008).

Frekuensi terjadinya solutio plasenta di Amerika Serikat sekitar 1% dan solutio plasenta yang berat mengarah pada kematian janin dengan angka kejadian sekitar 0,12% kehamilan atau 1:830 (Deering, 2008).



2.1.3 Klasifikasi *Sectio Caesarea*

Pada beberapa keadaan, tindakan operasi caesar ini bisa direncanakan atau diputuskan jauh-jauh hari sebelumnya. Operasi ini disebut operasi caesar elektif. Kondisi ini dilakukan apabila dokter menemukan ada masalah kesehatan pada ibu atau ibu menderita suatu penyakit, sehingga tidak memungkinkan untuk melahirkan secara normal (Bobak et al, 2004).

Misalnya ibu menderita diabetes, HIV/AIDS, atau penyakit jantung, caesar bisa dilakukan secara elektif atau darurat (emergency). Elektif maksudnya operasi dilakukan dengan perencanaan yang matang jauh hari sebelum waktu persalinan. Sedangkan emergency berarti caesar dilakukan ketika proses persalinan sedang berlangsung, namun karena suatu keadaan kegawatan maka operasi caesar harus segera dilakukan (Bobak et al, 2004).

1. Operasi Caesar Terencana (elektif)

Pada operasi caesar terencana (elektif), operasi caesar telah direncanakan jauh hari sebelum jadwal melahirkan dengan mempertimbangkan keselamatan ibu maupun janin. Beberapa keadaan yang menjadi pertimbangan untuk melakukan operasi caesar secara elektif, antara lain :

1. Janin dengan presentasi bokong

Dilakukan operasi caesar pada janin presentasi bokong pada kehamilan pertama, kecurigaan janin cukup besar sehingga dapat terjadi kemacetan persalinan, janin dengan kepala menengadah, janin dengan lilitan tali pusat, atau janin dengan presentasi kaki (Bobak et al, 2004).

2. Kehamilan kembar

Pada kehamilan kembar dilihat presentasi terbawah janin apakah kepala, bokong, atau melintang. Masih mungkin dilakukan persalinan pervaginam jika persentasi kedua janin adalah kepala-kepala. Namun, dipikirkan untuk melakukan caesar pada kasus janin pertama/terbawah selain presentasi kepala. pada USG juga dilihat apakah masing-masing janin memiliki kantong ketuban sendiri-sendiri yang terpisah, atau keduanya hanya memiliki satu kantong ketuban. Pada kasus kehamilan kembar dengan janin hanya memiliki satu kantong ketuban, resiko untuk saling mengait/menyangkut satu sama lain terjadi lebih tinggi, sehingga perlu dilakukan caesar terencana. Pada kehamilan ganda dengan jumlah janin lebih dari dua (misal 3 atau lebih), disarankan untuk melakukan operasi caesar terencana (Bobak et al, 2004).

3. Plasenta previa

Artinya plasenta terletak dibawah dan menutupi mulut rahim. Karena sebelum lahir janin mendapat suplai makanan dan oksigen, maka tidak mungkin plasenta sebagai media penyuplai lahir/ lepas terlebih dulu dari janin karena dapat

mengakibatkan kematian janin. Plasenta terdiri dari banyak pembuluh darah, lokasi plasenta yang menutupi jalan lahir, sangat rawan dengan terjadinya pendarahan. Apabila terjadi kontraksi pada rahim, maka sebagian plasenta yang kaya pembuluh darah ini akan terlepas dan menimbulkan pendarahan hebat yang dapat mengancam nyawa janin dan ibu (Bobak et al, 2004).

4. Kondisi medis ibu

Preeklamsia, kencing manis (diabetes militus), herpes, penderita HIV/AIDS, penyakit jantung, penyakit paru kronik, atau tumor rahim (mioma) yang ukurannya besar atau menutupi jalan lahir, kista yang menghalangi turunnya janin, serta berbagai keadaan lain merupakan hal-hal yang menyebabkan operasi caesar lebih diutamakan (Bobak et al, 2004).

5. Masalah pada janin

Misanya pada janin dengan oligohidramnion (cairan ketuban sedikit) atau janin dengan gangguan perkembangan (Bobak et al, 2004).

2. Opereasi Caesar Darurat (Emergency)

Yang dimaksud operasi caesar darurat adalah jika operasi dilakukan ketika proses persalinan telah berlangsung. Hal ini terpaksa dilakukan karena ada masalah pada ibu maupun janin. Beberapa keadaan yang memaksa terjadinya operasi caesar darurat, antara lain :

1. Persalinan macet

Keadaan ini dapat terjadi pada kala pertama (kala dilatasi) atau kala kedua (ketika Anda mengejan). Jika persalinan macet pada fase pertama, dokter akan memberi obat yang disebut oksitosin untuk menguatkan kontraksi otot-otot rahim. Dengan demikian mulut rahim dapat membuka. Ada teknik lain, yaitu

memecahkan selaput ketuban atau memberikan cairan infus intravena jika Anda kekurangan cairan /dehidrasi. Jika cara-cara itu tidak berhasil, maka operasi caesar akan dilakukan (Bobak et al, 2004).

Jika persalinan macet pada fase kedua, dokter harus segera memutuskan apakah persalinan dibantu dengan vakum atau forsep atau perlu segera dilakukan operasi caesar. Hal yang menjadi pertimbangan untuk melanjutkan persalinan pervaginam dengan alat (berbantu) atau operasi caesar, tergantung pada penurunan kepala janin didasar tanggul, keadaan tanggul ibu, dan ada tidaknya kegawatan pada janin (Bobak et al, 2004).

Persalinan macet merupakan penyebab tersering operasi caesar. Beberapa alasan yang dijadikan pertimbangan ialah kontraksi tidak lagi efektif, janin terlalu besar sementara jalan lahir ibu sempit, dan posisi kepala janin yang tidak memungkinkan dilakukan penarikan dengan vakum maupun forsep (Bobak et al, 2004).

2. Stres pada janin

Ketika janin stres, dia akan kekurangan oksigen. Pada pemeriksaan klinik tampak bahwa denyut jantung janin menurun. Secara normal, selama terjadi kontraksi denyut jantung janin menurun sedikit, namun akan kembali ke prekwensi asalnya, jika :

- Prolaps tali pusat: jika tali pusat keluar melalui mulut rahim, dia bisa terjepit, sehingga suplai darah dan oksigen kejanin berkurang. Keadaan ini berbahaya jika janin dilahirkan secara normal lewat vagina, sehingga memerlukan tindakan operasi caesar segera.

- Perdarahan : Jika Anda mengalami perdarahan yang banyak akibat plasenta terlepas dari rahim, atau karena alasan lain, maka harus dilakukan operasi caesar.
- Stres janin berat : Jika denyut jantung janin menurun sampai 70x per menit, maka harus segera dilakukan operasi caesar. Normalnya denyut jantung janin adalah 120/160x per menit (Bobak et al, 2004).

2.1.4. Fase Pelaksanaan SC Dan Macam-Macam Obat Serta Teknik Anestesi Yang Digunakan Dalam SC.

2.1.4.1. Fase pelaksanaannya antara lain :

1. Fase praoperasi

- Puasa selama 4 jam
- Pemeriksaan darah yang meliputi pemeriksaan darah tepi, pembekuan darah, golongan darah, gula darah, HbS Antigen dan sebagainya.
- Bayi dimonitor dengan alat kardiotokografi.
- Jika janin berusia kurang dari 37 minggu, biasanya janin diberikan obat untuk mempersiapkan paru-parunya yaitu corticosteroid. Pada bayi yang lahir melalui operasi Cesar tetapi sebelumnya telah masuk dalam fase persalinan normal tidak diperlukan tambahan obat ini karena pada proses persalinan normal tubuh melepaskan zat yang dinamakan catecholamines dan prostaglandin yang berfungsi meningkatkan sekresi surfactant untuk pematangan paru janin.
- Dua jam sebelum operasi biasanya ibu diberikan antibiotik untuk mencegah infeksi.
- Kulit ditempat akan dilakukan operasi dibersihkan.
- Dilakukan pembersihan terhadap sisa-sisa kotoran yang masih ada di usus besar sehingga tidak menimbulkan masalah saat operasi.

- Melakukan pengecekan hemodinamik seperti pernafasan, kardiovaskuler, sistem pembekuan darah, persiapan darah, pemeriksaan darah seperti kadar gula darah, fungsi hati, ginjal dan pemeriksaan terhadap penyakit menular seperti hepatitis, HIV dll (Bambang, 2012).

2. Fase Intraoperasi

A. Pembiusan atau Anestesi

Ibu hamil akan diberi obat bius. Ada dua jenis pembiusan, yaitu melalui rongga tulang belakang dan bius total. Apabila caesar sudah direncanakan sebelumnya, umumnya ibu hamil memilih bius epidural atau spinal agar tetap sadar dan dapat melihat bayinya saat baru lahir. Tetapi, jika kondisinya darurat, dokter anestesi akan melakukan bius total karena lebih aman dalam menjalankan proses kelahiran. Pembiusan yang dilakukan sekarang adalah bius spinal agar hanya bagian tubuh dari perut ke bawah yang mati rasa sedangkan ibu tetap terjaga. (Bambang, 2012).

B. Pemasangan Alat dan Pembedahan

Berikutnya alat-alat pendukung seperti infus dan kateter dipasang.

- 1) Selang kateter dimasukkan untuk menampung aliran urin.
- 2) Selang infus dipasang
- 3) Diberikan antasid untuk menetralkan asam lambung
- 4) Alat monitor jantung dan tekanan darah dipasang (Bambang,2012).

C. Membuka Perut (laparotomi)

- Mengiris kulit

Operasi dimulai dengan membuat sayatan-sayatan halus melintang pada daerah operasi dengan ujung scalpel, yang nanti pada waktu menutup kulit kembali, sayatan-sayatan tadi diadaptasi sehingga terbentuk luka parut yang baik

dan kosmetik. Kulit diiris pada linea alba dari atas simfisis sampai kira-kira 2,5 cm di bawah umbilicus sampai lemak subkutan (Wiknyosastro et al,2007).

- Membuka fascia

Fascia disayat kecil, kemudian sayatan diperluas ke atas dan ke bawah dengan gunting. Otot-otot kanan dan kiri dipisahkan secara tumpul sehingga tampak fascia transversalis dan peritoneum. Panjang irisan bergantung pada besar janin dan konfigurasi perut ibu, tetapi irisan jarang diperluas sampai di atas umbilicus (Wiknyosastro et al,2007).

- Membuka peritoneum

Peritoneum dibuka sedekat mungkin dengan umbilikus supaya tidak mengenai vesica urinaria yang kadang-kadang terletak tinggi, misalnya pada partus lama. Untuk mencegah perlukaan di bawah peritoneum, peritoneum dijepit dengan klem pada dua tempat oleh operator dan asisten, kemudian bergantian melepaskan dan menjepit peritoneum. Setelah peritoneum diiris, jari operator dan jari asisten atau jari operator diletakkan di bawah peritoneum melalui lubang sayatan peritoneum dan mengangkatnya, kemudian peritoneum disayat diantara jari, ke atas dan ke bawah. Karena jaringan luka dinding perut sangat sensitif terhadap perlukaan mekanik dan infeksi dibanding dengan peritoneum maka hendaknya tepi peritoneum parietale diklem dengan kain penutup lapangan operasi (Wiknyosastro et al, 2007).

- Membuka Dinding Uterus (histeretomi)

Sebelum melakukan histeretomi, di sebelah kanan-kiri di depan ligamentum latum dan didepan vesica urinaria dipasang kasa perut (22 x 100 cm).

Histeretomi yang biasa dikerjakan adalah:

1. Sayatan vertikal pada corpus uteri di atas segmen bawah rahim, disebut *sectio caesarea klasika*.

Meliputi sebuah pengirisan memanjang di bagian tengah yang memberikan satu ruang yang lebih besar untuk mengeluarkan bayi. Namun, jenis ini kini jarang dilakukan karena jenis ini lebih rentan terhadap komplikasi.

Sectio caesarea klasika dikerjakan pada keadaan sebagai berikut :

- Janin besar dan abnormal
- Terdapat lingkaran konstiksi
- Segmen bawah rahim banyak mengandung pembuluh darah (vaskuler)
- Segmen bawah rahim sulit dicapai karena terdapat perlekatan-perlekatan dengan vesica urinaria dan dinding perut atau terdapat fibromioma pada segmen bawah rahim atau terdapat karsinoma serviks invasif, dan segmen bawah rahim terlalu sempit untuk melahirkan janin, misalnya pada letak lintang yang tidak dapat dikoreksi sebelum uterus dibuka atau tangan menumbung (wiknyosastro et al, 2007).

- *Teknik sectio caesarea klasika:*

- Membuka uterus

Setelah laparotomi dan sebelum membuka uterus, kedua ligamentum rotundum kanan dan kiri diraba lebih dulu untuk menentukan apakah tidak ada kelainan letak uterus. Dinding uterus depan diantara kedua ligamentum rotundum diiris longitudinal sepanjang kira-kira 12-15 cm sampai di atas plica vesicouterina; irisan sampai mencapai selaput ketuban atau air ketuban keluar. Kasa hangat (jangan panas) basah dengan larutan salin diletakkan di depan vesica urinaria, fossa iliaca dan membungkus fundus uteri (Wiknyosastro et al, 2007).

- Melahirkan janin

Janin dilahirkan dengan menarik satu atau kedua kaki. Jika plasenta di depan, plasenta jangan ditembus, tetapi tangan menelusur diantara dinding uterus dan plasenta, kemudian janin dilahirkan segera dengan menarik kaki. Setelah janin lahir, tali pusat diklem pada dua tempat dan dipotong diantaranya. Penderita diberi methergin intravena, pitosin intramural dan infus pitosin; pada anestesi spinal, pemberian methergin intravena akan menyebabkan nausea dan vomitus (Wiknyosastro et al, 2007).

- Melahirkan plasenta

Uterus dikeluarkan dari rongga perut dan dibungkus dengan kasa basah dengan larutan salin. Plasenta dan selaput ketuban dilahirkan seluruhnya dengan menarik tali pusat (wiknyosastro et al,2007).

- Menjahit luka uteru

Luka uterus dijahit satu per satu dengan 'cat-gut' dalm 3 lapis

- Lapis I, jahitan mengenai hampir seluruh otot dan hendaknya jangan mengenai endometrium,
- Lapis II, jahitan mengenai otot dan merupqakan jahitan 'over hechting'.
- Lapis III, jahitan pada perimetrium secara jelujur (Wiknyosastro et al, 2007).

A. Sayatan melintang (teknik Kerr)

Pada segmen bawah rahim, disebut *sectio caesarea profunda*. Adalah prosedur yang saat ini paling banyak dilakukan, meliputi sebuah irisan melintang tepat di atas ujung scalpel dan mengakibatkan pengeluaran darah yang lebih sedikit serta perbaikan yang lebih mudah.

Sectio caesarea profunda dengan teknik Kerr Sebelum membuka segmen bawah rahim, ligamentum rotundum kanan dan kiri diraba lebih dulu untuk menentukan apakah ada kelainan posisi uterus, kemudian dipasang kain sebelah kanan dan kiri uterus.

- *Irisan pada plica vesicouterina*

Peritoneum yang menutupi segmen bawah rahim di atas vesica urinaria merupakan peritoneum yang longgar dan mudah dilepaskan; tempat ini merupakan plica vesicouterina. Plica vesicouterina dijepit dan diangkat dengan pinset chirurgicum, kemudian disayat melintang konkaf ke atas diantara kedua ligamentum rotundum kanan kiri. Vesica urinaria didorong ke bawah sejauh kira-kira 5 cm dan didorong ke kanan dan kiri sehingga tampak segmen bawah rahim. (Wiknyosastro et al, 2007)

- *Membuka segmen bawah rahim*

Vesica urinaria dilindungi dengan refraktor, segmen bawah rahim diiris melintang di tengah sampai mencapai selaput ketuban atau air ketuban keluar, kemudian dengan gunting sayatan diperluas ke samping kanan dan kiri konkaf ke atas di antara kedua ligamentum rotundum.

Pengguntingan dilindungi dengan jari telunjuk tangan lain yang diletakkan di bawah otot-otot segmen bawah rahim melalui lubang sayatan supaya tidak menggunting telinga janin yang kadang-kadang terletak di bawah permukaan peritoneum. Tempat sayatan tergantung letak kepala dan hendaknya sayatan setinggi diameter terbesar kepala, jika sayatan terlalu rendah, hasil sayatan tidak tampak karena ada di bawah vesica urinaria dan pada waktu mengikat sayatan mungkin akan mengenai vesica urinaria dan, atau ureter serta kepala sukar dilahirkan jika kepala terletak tinggi.

Cara membuka segmen bawah rahim dapat juga dilakukan dengan menyayat segmen bawah rahim melintang konkaf ke atas diantara kedua ligamentum rotundum kanan kiri dengan irisan di tengah sampai mencapai selaput ketuban atau air ketuban keluar, kemudian melalui luka irisan tadi sayatan diperluas secara tumpul ke kiri dan ke kanan (Wiknyosastro et al, 2007).

- Melahirkan bayi

Cara melahirkan bayi bergantung pada presentasi, penurunan bagian terendah dan letak plasenta.

- a. Pada presentasi kepala

Kepala dapat dilahirkan dengan beberapa cara:

- Kepala dilahirkan dengan forcep,
- Bayi dilahirkan dengan versi ekstraksi,
- Kepala diluksasi dengan tangan atau dengan sendok Selheim.

Salah satu tangan atau dengan sendok Selheim meluksasi kepala melalui sayatan segmen bawah rahim, sementara itu asisten mendorong fundus uteri dari luar. Jika kepala sudah masuk ke dalam rongga panggul, asisten membantu mendorong kepala ke atas dari vagina (Wiknyosastro et al, 2007)

- b. Pada presentasi bokong.

Bayi dilahirkan dengan ekstraksi kaki.

- c. Implantasi plasenta pada segmen bawah rahim bagian depan.

Cara melahirkan bayi sebagai berikut:

- Plasenta tidak ditembus, tetapi dilepaskan secara manual, kemudian bayi dilahirkan segera dengan versi ekstraksi pada presentasi kepala atau ekstraksi kaki pada presentasi bokong.
- Plasenta ditembus dan tali pusat segera diklem, kemudian bayi dilahirkan seperti di atas. Setelah bayi lahir, tali pusat diklem pada 2 tempat dan dipotong diantaranya. Setelah kepala lahir, ibu diberi uterotonika, misalnya pitosin 10 unit intramural, infus pitosin dan methergin intravena. Pada umumnya pemberian infus pitosin sampai 6 jam pasca bedah.

d. Melahirkan plasenta.

Plasenta dilahirkan dengan sedikit menarik tali pusat; hendaknya plasenta jangan dilahirkan secara manual, kecuali jika plasenta tidak berhasil dilahirkan dengan menarik tali pusat. Selaput ketuban dan verniks caseosa harus dibersihkan sama sekali. Setelah itu dipasang tampon di dalam cavum uteri.

e. Menutup segmen bawah rahim.

Luka pada segmen bawah rahim dijahit dengan 'cat-gut' dalam 2 lapisan :

- Lapisan I menjahit seluruh otot, tetapi hendaknya endometrium jangan turut dijahit. Sebelum segmen bawah rahim dijahit seluruhnya, tampon uterus dikeluarkan.
- Lapisan II merupakan ikatan 'overhechting' berbentuk 'z' satu per satu dengan 'cat-gut'.

f. Retroperitonealisasi

Peritoneum vesika urinaria dijahit dengan 'cat-gut' polos halus secara jelujur atau satu per satu dengan peritoneum parietale yang menutupi uterus; sebaiknya peritoneum tepi bawah jangan terletak di atas peritoneum tepi atas.

D. Menutup Perut

Sebelum dinding perut ditutup, semua kasa yang terletak di dalam perut harus dikeluarkan lebih dulu. Dinding perut hendaknya dijahit lapis demi lapis; peritoneum, otot, fascia, jaringan lemak subkutan dan kulit. Benang yang biasa digunakan adalah 'cat-gut', kecuali fascia dan kulit dapat digunakan bengang sutera. Hanya jaringan yang tidak tegang (misalnya peritoneum), jaringan dapat didekatkan dengan ikatan jelujur, sedang jaringan lainnya diikat satu per satu. Untuk menghindari terjadinya hernia ventralis pasca bedah, fascia m. rektus yang belum terbuka dibuka dulu sehingga kedua m.rektus kanan dan kiri terlihat kemudian kedua m.rektus didekatkan dan diikat (wiknyosastro et al,2007).

3. Fase Post Operasi

Perawatan pasca operasi *sectio caesarea* sangat perlu dilakukan, untuk mengembalikan kondisi tubuh seperti sedia kala. Pada hari pertama setelah melakukan operasi, sang ibu biasanya wajib menjalani program rawat inap. Biasanya pihak medis akan memberikan beberapa jenis obat yang berdosisi rendah, dalam artian tidak menimbulkan efek samping yang berkelanjutan sebagai salah satu media terapi.

Selain itu, pihak medis juga memperbolehkan pasien operasi caesar untuk mengkonsumsi makanan yang sifatnya padat atau berat setelah 24 jam pasca operasi. Bahkan ada beberapa kasus di mana pasien harus menunda waktu makannya hingga usus mampu berfungsi dengan normal kembali, biasanya fungsi usus yang kembali normal ini dapat kita ketahui dengan ditandai keluarnya gas melalui pembuangan (kentut).

Pada hari kedua dan seterusnya, kondisi pasien akan berangsur-angsur membaik, meskipun pasien akan mengalami perasaan tidak nyaman terutama pada bagian perut bekas bedah operasi. Dengan merasakan rasa sakit tersebut, sebenarnya itu adalah pertanda baik bahwa organ pencernaan pasien mulai pulih dan beraktifitas secara normal.

2.1.4.2. Jenis – Jenis Anastesi Yang Dapat Dilakukan Pada Operasi

Sectio Caesarea

A. Anastesi Spinal

Merupakan tehnik anastesi yang paling sering dilakukan dengan perhitungan kecepatan dan keefisienannya dibandingkan dengan tehnik epidural.

Point praktis pelaksanaan *anastesi spina* I:

- Hindari kompresi aortokava
- Atropin (0,6 mg) dan efedrin (30 mg yang dilarutkan kedalam 3 mg.ml-1) harus disiapkan , dengan obat-obat untuk anastesi umum siap tersedia.
- Pasang invus IV (dengan kanula 14 atau 16 g)
- Semua obat untuk inejeksi subarakhnoid harus disiapkan menggunakan saringan partikulat
- Bupivakain Hiperbarik (berat) 0,5% 2, 5 ml tepat untuk sebagian besar ibu.
- Morfin 0,1 mg bebas bahan pengawet yang dicampur dengan anastesia lokal akan memberikan analgesia pasca operasi yang lama dibantu dengan parasetamol reguler dan obat-obatan non steroid anti inflamasi kecuali dikontraindikasikan.
- Berikan infus harthmann atau satu liter salin 0,9% dengan cepat. Pertahankan tekanan arteri sistolik diatas 100 mmHg dengan pemberian bolus IV efedrin 3 mg. Hipotensi dengan takikardia paling baik diobati dengan peningkatan fenilefrin 50-100 mikrogram, yang cenderung meningkatkan tekanan darah dengan diiringi penurunan denyut jantung. Fenilefrin harus dilarutkan dalam 100 mikrogram/ml sebelum digunakan.
- Anestia(ketidak mampuan untuk merasakan sentuhan lembut) harus diperluas sampai T4 pada saat kelahiran.
- Pada kondisi blok yang tidak adekuat, injeksi intratekal kedua tidak boleh diberikan, karena sulit memperkirakan dosis aman yang tepat. Jika waktu memungkinkan,pasang kateter epidural dan isi dengan bupivakain 0,5% secara hati-hati

B. Anastesi Epidural

Anastesi ini paling sering digunakan apabila analgesia epidural telah ditetapkan selama persalinan.

Indikasi :

- Sangat sedikit kejadian ketika ibu yang sedang mendapatkan epidural dalam persalinan memerlukan anastesi umum untuk seksio sesaria dengan alasan tidak cukup waktu tersedia untuk melakukan anastesi bedah
- Anastesi epidural dianjurkan pada beberapa kondisi klinis(misalnya penyakit jantung kongenital) jika tehnik regional lebih disukai daripada anastesi umum tetapi anastesi spinal secara relatif dikontraindikasikan karena memungkinkan terjadinya blok simpatis yang mendadak
- Anastesia epidural lebih dipilih jika pemberian analgesia pasca operasi dengan infus bupivakain/fentanil pada kondisi ketergantungan tinggi diperlukan(preeklamsia).

Point pelaksanaan anastesi epidural :

- Pengisian untuk mencapai anastesia bedah harus diberikan diruang operasi dengan pemantauan penuh, bukan dikamar bersalin
- Bupivakain 0,5% 15-20 ml bekerja secepat dan lebih dapat diandalkan dibandingkan larutan lain untuk transformasi analgesia epidural dosis rendah kedalam anastesia bedah. Dicatat bahwa sekitar 7 kali anastesi lokal diperlukan untuk efek yang sebanding dengan efek obat yang diberikan kedalam epidural yang berlawanan dengan rongga subaraknoid.
- Opioid meningkatkan kualitas blok tersebut selama pembedahan(misalnya ketika uterus harus dikeluarkan) dan memberikan analgesia pasca operasi yang dibantu dengan NSAID. Fentanil epidural dalam persalinan tidak menghalangi dosis pra operasi sampai 100 mikrogram(misalnya 50 mikrogram selama blok diberikan dan 50 mikrogram berikutnya setelah kelahiran. Pemberian epidural berikutnya yaitu diamorfin 2,5 mg akan memberikan analgesia pasca operasi yang sangat baik.

- Anestesi epidural dapat meninggalkan sensasi normal pada sebagian besar dermatoma kaudal(sakral). Blok serabut sakral penting untuk mencegah nyeri selama traksi dan penekanan pada vagina. Semua dermatoma dari S5 –T4 harus diuji terhadap dingin dan pada kedua sisinya, serta batas atas dan bawah blok tersebut (dan semua segmen yang dilewati) didokumentasikan.
- Nyeri intra operatif lebih mungkin terjadi pada epidural bukan spinal. Alfentanil intravena dengan peningkatan 0,5 mg dapat digunakan untuk mengendalikan nyeri tembus, dan seharusnya tidak boleh tidak diberikan karena alasan khawatir menyebabkan depresi pernapasan neonatal. Isofluran 0,25% dalam oksigen 50% nitrus oksida 50% yang diberikan dengan sistem pernafasan anestetik juga efektif. Nyeri yang tidak dapat hilang dan menetap harus diatasi dengan anestesi umum.

2.2. Konsep Kecemasan

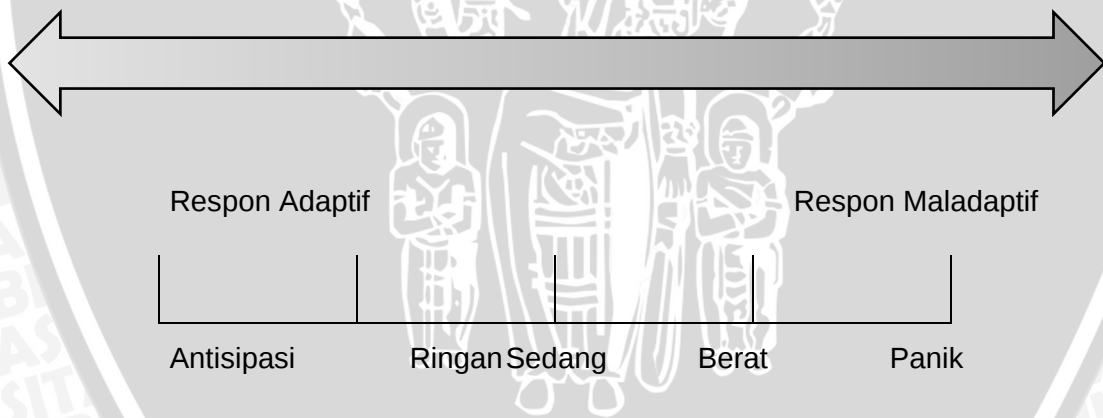
2.2.1. Definisi Kecemasan

Kecemasan adalah kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar, yang berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya. Keadaan ini tidak memiliki objek yang spesifik. Kecemasan dialami secara subjektif dan dikomunikasikan secara personal. Kecemasan adalah respon emosional dan merupakan penilaian intelektual terhadap suatu bahaya (Stuart, 2007). Definisi lain menjelaskan kecemasan merupakan respon emosi tanpa objek yang spesifik yang secara subjektif dialami dan dikomunikasikan secara interpersonal. Kecemasan adalah kebingungan, kekhawatiran pada sesuatu yang akan terjadi dengan penyebab yang tidak jelas dan dihubungkan dengan perasaan yang tidak menentu dan tidak berdaya (Suliswati, 2005). Sementara itu Stuart & Laraia (2005) mengartikan kecemasan sebagai kekhawatiran yang tidak jelas menyebar

di alam pikiran dan terkait dengan perasaan ketidakpastian dan ketidakberdayaan, tidak ada objek yang dapat diidentifikasi sebagai stimulus kecemasan.

2.2.2. Tingkat Kecemasan

Cemas sangat berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya. Keadaan emosi ini tidak memiliki objek yang spesifik. Kondisi dialami secara subjektif dan dikomunikasikan dalam hubungan interpersonal. Cemas berbeda dengan rasa takut, yang merupakan penilaian intelektual terhadap sesuatu yang berbahaya. Kapasitas untuk menjadi cemas diperlukan untuk bertahan hidup, tetapi tingkat cemas yang parah tidak sejalan dengan kehidupan. Rentang respon kecemasan menggambarkan suatu derajat perjalanan cemas yang dialami individu (Stuart, 2007).



Gambar 2.1 Rentang respon kecemasan (Stuart, 2007).

Tingkat Kecemasan adalah suatu rentang respon yang membagi individu apakah termasuk cemas ringan, sedang, berat atau bahkan panik. Beberapa kategori kecemasan menurut Stuart (2007) :

- Kecemasan ringan

Kecemasan ringan berhubungan dengan ketegangan yang menyebabkan individu menjadi waspada dan meningkatkan lapang persepsinya. Kecemasan ini dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan serta kreativitas.

b. Kecemasan sedang

Kecemasan ini memungkinkan individu untuk berfokus pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain. Kecemasan sedang ini mempersempit lapang persepsi individu. Dengan demikian, individu mengalami tidak perhatian yang selektif namun dapat berfokus pada lebih banyak area jika diarahkan untuk melakukannya.

c. Kecemasan berat

Pada tingkat kecemasan ini sangat mengurangi lapang persepsi individu. Individu cenderung berfokus pada sesuatu yang rinci dan spesifik serta tidak berpikir tentang hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan. Individu tersebut memerlukan banyak arahan untuk berfokus pada area lain.

d. Tingkat Panik pada Kecemasan

Tingkat paling atas ini berhubungan dengan terperangah, ketakutan, dan teror. Hal yang rinci terpecah dari proporsinya. Karena mengalami kehilangan kendali, individu yang mengalami panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan arahan. Panik mencakup disorganisasi kepribadian dan menimbulkan peningkatan aktivitas motorik, menurunnya kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang, dan kehilangan pemikiran yang rasional. Tingkat kecemasan ini tidak sejalan dengan kehidupan, jika berlangsung terus dalam waktu yang lama, dapat terjadi kelelahan dan kematian. Serangan panik merupakan periode tersendiri dari kecemasan yang intens, seseorang dikatakan panik bila memiliki sedikitnya empat gejala berikut yang berkembang cepat dan mencapai puncaknya dalam 10 menit (Stuart,

2007). Terdapat banyak gejala yang menandai serangan panik yang terjadi pada individu, seperti: Palpitasi, jantung berdenyut keras dengan frekuensi cepat, dapat pula terjadi keluar keringat yang berlebihan, gemetar, sesak nafas atau seperti tercekik. Gejala lain yang dapat terjadi ialah merasa tersedak, nyeri dada, mual atau distress abdomen, pusing dan ingin pingsan, derealisasi (merasa tidak nyata) atau depersonalisasi (merasa terasing dari diri sendiri), takut kehilangan kendali atau menjadi gila, takut mati, parestesia.

2.2.3. Faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan

Stuart & Laraia (2005) menyatakan ada beberapa teori yang telah dikembangkan untuk menjelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan, diantaranya faktor predisposisi dan presipitasi:

a) Faktor predisposisi Kecemasan

- Dalam pandangan psikoanalitis, kecemasan adalah konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian id dan superego. Id mewakili dorongan insting dan impuls primitive, sedangkan superego mencerminkan hati nurani dan dikendalikan oleh norma budaya. Ego atau Aku, berfungsi menengahi tuntutan dari dua elemen yang bertentangan itu, dan fungsi cemas adalah mengingatkan ego bahwa ada bahaya.
- Menurut pandangan interpersonal, kecemasan timbul dari perasaan takut terhadap ketidaksetujuan dan penolakan interpersonal. Kecemasan juga berhubungan dengan perkembangan trauma, seperti perpisahan dan kehilangan, yang menimbulkan kerentanan tertentu. Individu dengan harga diri rendah rentan mengalami kecemasan yang berat.
- Menurut pandangan perilaku, kecemasan merupakan produk frustrasi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan individu untuk mencapai

tujuan yang diinginkan. Ahli teori perilaku lain menganggap kecemasan sebagai suatu dorongan yang dipelajari berdasarkan keinginan dari dalam diri untuk menghindari kepedihan. Ahli teori konflik memandang kecemasan sebagai pertentangan antara dua kepentingan yang berlawanan. Mereka meyakini adanya hubungan timbal balik antara konflik dan kecemasan. Konflik menimbulkan kecemasan, dan kecemasan menimbulkan perasaan tidak berdaya, yang pada gilirannya meningkatkan konflik yang dirasakan.

- Kajian keluarga menunjukkan bahwa gangguan kecemasan biasanya terjadi dalam keluarga. Gangguan kecemasan juga tumpang tindih antara gangguan kecemasan dengan depresi.
- Kajian biologis menunjukkan bahwa otak mengandung reseptor khusus untuk benzodiazepin, obat-obatan yang meningkatkan neuroregulator inhibisi asam gama-aminobutirat (GABA), yang berperan penting dalam mekanisme biologis yang berhubungan dengan kecemasan. Kecemasan mungkin disertai dengan gangguan fisik dan selanjutnya menurunkan kemampuan individu untuk mengatasi stressor.

b) Faktor presipitasi kecemasan

Menurut Stuart & Laraia (2005) kategori faktor pencetus kecemasan dapat dikelompokkan menjadi dua faktor:

1) Faktor eksternal:

- Ancaman terhadap integritas fisik meliputi disabilitas fisiologis yang akan terjadi atau penurunan kemampuan untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari (penyakit, trauma fisik, pembedahan yang akan dilakukan).
- Ancaman terhadap sistem diri dapat membahayakan identitas, harga diri, dan fungsi sosial yang terintegrasi pada individu.

2) Faktor internal:

- Usia, seseorang yang mempunyai usia lebih muda ternyata lebih mudah mengalami gangguan akibat kecemasan daripada seseorang yang lebih tua usianya.
- Jenis kelamin, gangguan ini lebih sering dialami oleh wanita daripada pria. Wanita memiliki tingkat kecemasan yang lebih tinggi dibandingkan subjek berjenis kelamin laki-laki. Dikarenakan bahwa perempuan lebih peka dengan emosinya, yang pada akhirnya peka juga terhadap perasaan cemasnya.
- Tingkat Pengetahuan, dengan pengetahuan yang dimiliki, seseorang akan dapat menurunkan perasaan cemas yang dialami dalam mempersepsikan suatu hal. Pengetahuan ini sendiri biasanya diperoleh dari informasi yang didapat dan pengalaman yang pernah dilewati individu.
- Tipe kepribadian, orang yang berkepribadian A lebih mudah mengalami gangguan kecemasan daripada orang dengan kepribadian B. Adapun ciri-ciri orang dengan kepribadian A adalah tidak sabar, kompetitif, ambisius, dan ingin serba sempurna.
- Lingkungan dan situasi, seseorang yang berada di lingkungan asing ternyata lebih mudah mengalami kecemasan dibanding bila dia berada di lingkungan yang biasa dia tempati.

2.2.4. Alat ukur tingkat kecemasan

Untuk mengetahui sejauh mana derajat kecemasan seseorang apakah ringan, sedang, berat atau panik dapat menggunakan beberapa alat ukur (instrumen), yaitu:

- Alat ukur kecemasan yang dikutip dari Hawari (2008) menggunakan HRS-A (Hamilton Rating Scale for Anxiety), yang terdiri atas 14 komponen gejala, yaitu:

1. Perasaan cemas (ansietas), meliputi: cemas, firasat buruk, takut akan pikiran sendiri, mudah tersinggung.
2. Ketegangan, meliputi: merasa tegang, lesu, tidak bisa istirahat tenang, mudah terkejut, mudah menangis, gemetar, gelisah
3. Ketakutan, meliputi: pada gelap, pada orang asing, ditinggal sendiri, pada binatang besar, pada keramaian lalu lintas, pada kerumunan orang banyak
4. Gangguan tidur, meliputi: sukar masuk tidur, terbangun malam hari, tidur tidak nyenyak, bangun dengan lesu, banyak mimpimimpi, mimpi buruk, mimpi menakutkan
5. Gangguan kecerdasan, meliputi: sukar konsentrasi, daya ingat menurun, daya ingat buruk
6. Perasaan depresi (murung), meliputi: hilangnya minat, berkurangnya kesenangan pada hobi, sedih, bangun dini hari, perasaan berubah-ubah sepanjang hari
7. Gejala somatik/fisik (otot), meliputi: sakit dan nyeri otot-otot, kaku, kedutan otot, gigi gemerutuk, suara tidak stabil
8. Gejala somatik/fisik (sensorik), meliputi: tinnitus (telinga berdenging), penglihatan kabur, muka merah atau pucat, merasa lemas, perasaan ditusuk-tusuk
9. Gejala kardiovaskuler (jantung dan pembuluh darah), meliputi, takikardia, berdebar-debar, nyeri di dada, denyut nadi mengeras, rasa lemas seperti mau pingsan, detak jantung berhenti sekejap
10. Gejala respiratori (pernafasan), meliputi: rasa tertekan atau sempit di dada, rasa tercekik, sering menarik nafas, nafas pendek/sesak
11. Gejala gastrointestinal (pencernaan), meliputi: sulit menelan, perut melilit, gangguan pencernaan, nyeri sebelum dan sesudah makan, perasaan

terbakar di perut, rasa penuh atau kembung, mual, muntah, buang air besar lembek, konstipasi, kehilangan berat badan

12. Gejala urogenital (perkemihan dan kelamin), meliputi: sering buang air kecil, tidak dapat menahan air kencing, tidak datang bulan, darah haid amat sedikit, masa haid berkepanjangan, masa haid amat pendek, haid beberapa kali dalam sebulan, menjadi dingin, ejakulasi dini, ereksi ilmiah, ereksi hilang, impotensi
13. Gejala autonom, meliputi: mulut kering, muka merah, mudah berkeringat, kepala pusing, kepala terasa berat, kepala terasa sakit, bulu-bulu berdiri
14. Tingkah laku (sikap) pada wawancara, meliputi: gelisah, tidak tenang, jari gemetar, kerut kening, muka tegang, otot tegang / mengeras, nafas pendek dan cepat, muka merah. Dibawah ini tabel gejala kecemasan beserta skor penilaian menurut HRS-A.

Skor 0	Tidak ada gejala
Skor 1	Ringan (satu gejala)
Skor 2	Sedang (dua gejala)
Skor 3	Berat (lebih dari dua gejala)
Skor 4	Sangat berat (semua gejala)
Bila skor < 14	Tidak cemas
Skor 14 – 20	Cemas ringan
Skor 21 – 27	Cemas sedang
Skor 28 – 41	Cemas berat
Skor 42 – 56	Panik

Tabel 2.1 Skor dan Gejala Kecemasan Menurut HRS-A

2.3. Konsep Suami

2.3.1. Definisi Suami

Suami adalah pria yang manjadi pasangan hidup resmi seorang wanita. Suami adalah pasangan hidup seorang istri (ayah dari anak-anak), suami mempunyai tanggung jawab yang penuh dalam suatu keluarga tersebut dan suami mempunyai peranan yang penting, dimana suami sangat dituntut bukan hanya sebagai pencari nafkah akan tetapi suami sebagai motivator dalam berbagai kebijakanyang akan diputuskan termasuk merencanakan keluarga (Chaniago, 2002).

2.3.2. Tugas Suami Selama Kehamilan Istri

Selama kehamilan istri, suami mempunyai tugas dalam beberapa aspek yaitu :

1. Kebutuhan fisik

Pertumbuhan sel-sel otak, kualitas pertumbuhan badan serta tulang sudah di tentukan semenjak masa janin. Sehingga ibu perlu makan lebih banyak dari biasanya untuk disubsidikan semua kebutuhan gizi ibu demi pertumbuhan janin tersebut (Arief, 2008).

2. Kasih sayang dan perhatian

Suami harus bis memberikan perhatian penuh kepada masalah kehamilan istrinya, misalnya saling berdiskusi mengenai perkembangan yang terjadi, bersama-sama mencari informasi mengenai kehamilan dan pendidikan anak, dan menemani istri memeriksakan kehamilan setiap bulan (Arief, 2008).

3. Memberikan pendidikan sejak dini

Pendidikan sudah bias diterima manusia semenjak dalam kandungan karena janin berusia 7 bulan sudah mulai terangsang mendengar suara-suara disekitar perut ibu (Arief, 2008).

2.3.3. Faktor-Faktor Yang Menyebabkan Kecemasan Suami

Ada beberapa faktor yang mendukung kecemasan suami saat persalinan istrinya,yaitu :

1. Kecemasan akan kesehatan istri dan bayi

Seorang ibu hamil memiliki kepekaan tertentu, dan sebagai suami yang mencintai, hasrat anda untuk ingin melindungi istri dari segala kemungkinan bahaya adalah sesuatu yang sangat alami dan Para calon ayah yang sangat khawatir tentang kesehatan dan kesejahteraan bayinya yang belum hadir. untungnya hampir semua kekhawatiran itu sebenarnya tidak perlu. Sekarang ini ada kemungkinan yang sangat besar bahwa bayi akan lahir dalam keadaan hidup dan sangat sehat kemungkinan ini jauh lebih besar dibandingkan masa lalu (Bobak, 2005).

2. Harapan jenis kelamin

Banyak pasangan suami istri mencari informasi tentang jenis kelamin anaknya sebelum kelahiran anaknya. Saat persalinan berlangsung, kebanyakan orang tua dapat menerima jenis kelamin bayinya tetapi kadang-kadang kekecewaan muncul dan diungkapkan dengan jelas. Suami akan merasa sedih dan kehilangan pada saat melahirkan karena melepaskan anak yang dibayangkan dan mulai menerima anaknya yang nyata (Bobak, 2005).

3. Tangung jawab financial

Terutama dimasa sekarang, ketika biaya perawatan anak semakin meninggi, banyak calon ayah yang susah tidur memikirkan pertanyaan ini. Tetapi sesudah

bayi lahir, perubahan prioritas membuat uang yang tersedia akan cukup untuk kebutuhan bayi (Bobak, 2005).

4. Anak lahir cacat

Ketika janin semakin jelas, yang terlihat dengan adanya gerakan dan denyut jantung, kecemasan orang tua yang terutama ialah kemungkinan cacat pada anak. orang tua akan membiarkan rasa cemasnya ini secara terbuka dan berusaha memperoleh kepastian bahwa anaknya dalam keadaan sempurna (Bobak, 2005).

2.3.4. Hubungan Faktor-Faktor Kecemasan Dengan Tingkat Kecemasan Suami Menghadapi Persalinan Istri

Kecemasan suami yang terutama ialah kemungkinan anak cacat, biaya persalinan dan prosedur yang akan dilaksanakan kepada istri. Suami akan membicarakan rasa cemasnya ini secara terbuka dan berusaha memperoleh kepastian bahwa anaknya dalam keadaan sempurna. Ketegangan dan kekhawatiran ayah yang tidak siap dan tidak mendukung mudah menular kepada ibu. Keraguan dan ketakutan bahwa dirinya tidak mampu dapat benar-benar muncul jika ibu tidak didukung. Rasa percaya diri akan timbul, jika ia dapat menentukan tujuan yang realistis dan mendapat dukungan dari orang lain (Bobak, 2005).

2.3.5. Respon Psikologi Suami

Hari-hari dan minggu-minggu menjelang tanggal lahir yang diperkirakan ditandai oleh tindakan antisipasi dan rasa cemas. Perasaan bosan dan gelisah sering ditemukan karena perhatian dipusatkan pada proses persalinan.

Perhatian utama ayah ialah membawa ibu ke fasilitas medis tepat waktu untuk bersalin dan tidak menunjukkan sikap tidak peduli. Banyak ayah ingin

mengetahui saat persalinan dan menentukan saat yang tepat untuk pergi ke rumah sakit atau memanggil pemberi jasa pelayanan kesehatan (Bobak, 2005).

Banyak ayah menanyakan perabot ruang bersalin, staf perawat, lokasi, dan ketersediaan pemberi jasa pelayanan kesehatan dan ahli anastesi. Ayah yang lain ingin mengetahui apa yang diharapkan pasangannya saat melahirkan. Ayah merasa takut terjadi kematian pada pasangan dan anaknya. Ketegangan dan kekhawatiran ayah yang tidak siap dan tidak mendukung mudah menular kepada ibu. Keraguan dan ketakutan bahwa dirinya tidak mampu dapat benar-benar muncul, jika ibu tidak didukung. Rasa percaya diri akan timbul, jika ia dapat menentukan tujuan yang realistis dan mendapat dukungan dari orang lain (Bobak, 2005).

2.4. Konsep Komunikasi Terapeutik

2.4.1. Definisi Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang direncanakan dan dilakukan bertujuan untuk membantu penyembuhan atau pemulihan pasien. Perawat harus memiliki ketrampilan komunikasi yang bersifat profesional dan bertujuan untuk menyembuhkan pasien. Perawat yang memiliki ketrampilan komunikasi terapeutik akan lebih mudah menjalin hubungan saling percaya dengan pasien, sehingga akan lebih efektif dalam mencapai tujuan asuhan keperawatan dan memberikan kepuasan profesional dalam pelayanannya (Damiyanti, 2008).

Menurut Nasir A dkk (2011) komunikasi terapeutik merupakan komunikasi yang di lakukan perawat dengan pasien atau perawat dengan keluarga pasien yang didasari oleh hubungan saling percaya yang di dalam komunikasi tersebut terdapat seni penyembuhan.

2.4.2. Jenis Komunikasi Terapeutik

Komunikasi merupakan proses kompleks yang melibatkan perilaku dan memungkinkan individu untuk berhubungan dengan orang lain dan dunia sekitarnya. Menurut Potter dan Perry (1993) dalam Purba (2003), komunikasi terjadi pada tiga tingkatan yaitu intrapersonal, interpersonal dan publik.

Menurut Potter dan Perry (1993), Swansburg (1990), Szilagyi (1984), dan Tappen (1995) dalam Purba (2003) ada tiga jenis komunikasi yaitu verbal, tertulis dan non-verbal yang dimanifestasikan secara terapeutik :

a. Komunikasi Verbal

Jenis komunikasi yang paling lazim digunakan dalam pelayanan keperawatan di rumah sakit adalah pertukaran informasi secara verbal terutama pembicaraan dengan tatap muka. Komunikasi verbal biasanya lebih akurat dan tepat waktu. Kata-kata adalah alat atau simbol yang dipakai untuk mengekspresikan ide atau perasaan, membangkitkan respon emosional, atau menguraikan obyek, observasi dan ingatan. Sering juga untuk menyampaikan arti yang tersembunyi, dan menguji minat seseorang. Keuntungan komunikasi verbal dalam tatap muka yaitu memungkinkan tiap individu untuk berespon secara langsung.

b. Komunikasi Tertulis

Komunikasi tertulis merupakan salah satu bentuk komunikasi yang sering digunakan dalam bisnis, seperti komunikasi melalui surat menyurat, pembuatan memo, laporan, iklan disurat kabar dan lain-lain:

- 1) Lengkap
- 2) Ringkas
- 3) Pertimbangan
- 4) Konkrit
- 5) Jelas

6) Sopan

7) Benar

c. Komunikasi Non Verbal

Komunikasi non-verbal adalah pemindahan pesan tanpa menggunakan kata kata. Merupakan cara yang paling meyakinkan untuk menyampaikan pesan kepada orang lain. Perawat perlu menyadari pesan verbal dan non-verbal yang disampaikan klien mulai dari saat pengkajian sampai evaluasi asuhan keperawatan, karena isyarat nonverbal menambah arti terhadap pesan verbal. Perawat yang mendeteksi suatu kondisi dan menentukan kebutuhan asuhan keperawatan.

2.4.3. Ciri-ciri komunikasi terapeutik yang baik

1. Keterbukaan (*Openes*)

Komunikator dan komunikan saling mengungkapkan ide atau gagasan bahkan permasalahan secara bebas (tidak ditutup-tutupi) dan terbuka tanpa rasa takut atau malu. Keduanya saling mengerti dan saling memahami. Dalam hal ini perawat sebagai komunikator dan pasien sebagai komunikan, dan diharapkan antara perawat dan pasien harus saling terbuka agar tercapai komunikasi interpersonal yang baik (Wahyudi Nugroho, 2006).

2. Empati (*Empathy*).

Segala kepentingan yang dikomunikasikan ditanggapi dengan penuh perhatian oleh kedua belah pihak, terutama perawat ber-empati dengan keadaan pasien yang sedang sakit dan mengaharapkan bantuan dan perhatian pasien (Wahyudi Nugroho, 2006).

3. Dukungan (*Supportiveness*).

Setiap pendapat, ide atau gagasan yang disampaikan mendapat dukungan dari pihak-pihak yang berkomunikasi. Dukungan membantu seseorang untuk lebih bersemangat dalam melaksanakan aktivitas serta meraih tujuan yang diinginkan. Begitu juga seorang perawat memberikan dukungan dan semangat kepada pasien, meyarankan makan dan minum obat teratur, untuk meraih keinginan pasien yaitu sembuh dari sakit (Wahyudi Nugroho, 2006).

4. Rasa positif (*Positiveness*).

Tanggapan pertama yang positif, maka akan lebih mudah untuk melanjutkan percakapan selanjutnya. Rasa positif menghindarkan pihak-pihak yang berkomunikasi untuk curiga atau berprasangka buruk yang dapat mengganggu jalinan komunikasi interpersonal. Oleh karena itu perawat diharapkan untuk tidak berprasangka buruk terhadap pasien dan begitu juga sebaliknya (Wahyudi Nugroho, 2006).

5. Kesamaan (*Equality*).

Komunikasi akan menjadi lebih akrab dan jalinan pribadi akan menjadi kuat apabila memiliki kesamaan tertentu, seperti kesamaan pandangan, sikap, usia dan kesamaan ideologi, dan sebagainya (Wahyudi Nugroho, 2006).

2.4.4. Macam-Macam Teknik Komunikasi Terapeutik

Macam-macam teknik komunikasi terapeutik antara perawat dengan pasien dan keluarga yang paling banyak digunakan antara lain :

1. Mendengarkan dengan penuh perhatian

Mendengarkan keluhan dengan penuh perhatian akan menciptakan kondisi keterlibatan emosional yang maksimal dalam situasi hubungan interpersonal antara klien (keluarga pasien) dengan perawat (Nasir, 2009). Menurut Varcarolis *cit* Nurjannah I (2010), dengan mendengarkan akan menciptakan situasi interpersonal dalam keterlibatan maksimal yang dianggap aman dan membuat klien (keluarga pasien) bebas.

2. Menunjukkan Penerimaan

Penerimaan adalah mendukung dan menerima informasi dan tingkah laku yang menunjukkan ketertarikan dan tidak menilai. Menerima berarti bersedia untuk mendengarkan orang lain tanpa menunjukkan keraguan atau tidak setuju (Muslihah, 2010). Perawat tidak perlu menampilkan penolakan maupun keraguan terhadap apa yang disampaikan oleh keluarga pasien yang membuat keluarga pasien merasa tidak bebas dalam mengutarakannya. Semua ide dan perasaan yang disampaikan oleh keluarga pasien ditampung oleh perawat, kemudian diverifikasi dan divalidasi. Dalam hal ini, sebaiknya tidak ada unsur menilai, berdebat apalagi mengkritik apa yang disampaikan oleh keluarga pasien (Nasir, 2009).

3. Menanyakan pertanyaan yang berkaitan dengan pertanyaan terbuka

Tujuan perawat bertanya dengan pertanyaan terbuka adalah untuk mendapatkan informasi yang spesifik mengenai kondisi nyata dari keluarga pasien. Diharapkan keluarga pasien mempunyai inisiatif membuka diri dengan menyeleksi topik yang akan dibicarakan secara berurutan dan sistematis penyebab keluarga pasien datang ke tempat pelayanan kesehatan (Nasir, 2009). Mengajukan pertanyaan terbuka pada klien akan mendorong perawat mengkaji beberapa faktor. Respon verbal dan non-verbal klien dapat menunjukkan emosi (Potter & Perry, 2005).

4. Mengulang ucapan klien dengan menggunakan kata-kata sendiri (Parafrase)

Tujuan dari pengulangan pikiran utama adalah memberikan penguatan dan memperjelas pada pokok bahasan yang telah disampaikan oleh keluarga pasien sebagai umpan balik sehingga keluarga pasien mengetahui bahwa pesannya dimengerti dan diperhatikan serta mengharapkan komunikasi bisa berlanjut (Nasir, 2009).

5. Mengklarifikasi

Machfudz (2009) menyatakan klarifikasi diperlukan untuk memperoleh kejelasan dan kesamaan ide, perasaan, dan persepsi. Geldard. D (Nasir, 2009)m berpendapat bahwa klarifikasi adalah menjelaskan kembali ide atau pikiran klien yang tidak jelas atau meminta klien untuk menjelaskan arti dari ungkapannya.

6. Memfokuskan

Memfokuskan merupakan metode yang dilakukan untuk memusatkan pembicaraan sehingga lebih spesifik dan mudah dimengerti. Materi yang akan didiskusikan mengerucut pada salah satu masalah saja, yang terpenting disini adalah konsisten, dan kontinyu atau berkesinambungan, serta tidak menyimpang dari topik pembicaraan dan tujuan komunikasi. Suara yang terdapat di sekeliling kita sering menjadi penyebab pembicaraan menjadi tidak terfokus karena menjadi keputusan terhadap alur pembicaraan (Nasir, 2009).

7. Menyampaikan hasil observasi

Perawat perlu memberikan umpan balik kepada pasien dengan menyatakan hasil pengamatannya sehingga dapat diketahui apakah pesan diterima dengan benar. Penyampaian hasil pengamatan kepada pasien diharapkan dapat mengubah perilaku yang merusak pada diri pasien (Nasir, 2009).

8. Menawarkan informasi

9. Diam

Diam yang dilakukan oleh perawat terhadap keluarga pasien bertujuan untuk menunggu respon keluarga pasien untuk mengungkapkan perasaannya (Nasir,

2009). Diam memungkinkan keluarga pasien untuk berkomunikasi terhadap dirinya sendiri, mengorganisir pikirannya, dan memproses informasi (Nurjannah I, 2001).

10. Meringkas

Meringkas merupakan pengulangan ide utama yang telah dikomunikasikan secara singkat yang bertujuan meningkatkan pemahaman. Meringkas juga dapat diartikan sebagai kesempatan untuk mengklarifikasi komunikasi agar sama dengan ide dalam pikiran (Nasir, 2009)

11. Memberi penguatan

Tujuan dari pemberian penguatan terhadap keluarga pasien adalah untuk meningkatkan motivasi kepada keluarga pasien untuk berbuat yang lebih baik lagi. Sehingga dapat dikatakan bahwa pemberian penguatan merupakan bentuk dorongan kepada keluarga pasien agar mampu memacu semangat dalam penerimaan diri untuk berbuat dan berperilaku yang lebih baik lagi (Nasir, 2009).

12. Memberi kesempatan untuk memulai pembicaraan

Memberi kesempatan kepada keluarga pasien agar berinisiatif dalam memilih topik pembicaraan (Musliha, 2010).

13. Mengajukan untuk meneruskan pembicaraan

Teknik ini mengajukan keluarga pasien untuk mengarahkan hampir seluruh pembicaraan yang mengindikasikan bahwa keluarga pasien sedang mengikuti apa yang sedang di bicarakan dan tertarik dengan apa yang akan dibicarakan selanjutnya (Nasir, 2009).

14. Menempatkan kejadian secara berurutan

Mengurutkan kejadian secara teratur akan membantu perawat dan klien untuk melihatnya dalam suatu perspektif (Musliha, 2010).

15. Mengajukan keluarga pasien untuk menguraikan persepsinya

Langkah ini digunakan untuk membantu keluarga pasien dalam menguraikan persepsinya dengan tenang dan bebas tanpa merasa ada sesuatu yang di pendam.

16. Refleksi

Refleksi menganjurkan keluarga pasien untuk mengemukakan dan menerima ide serta perasaannya sebagai bagian dari dirinya sendiri. Teknik refleksi yang dilakukan perawat bukan untuk menilai pikiran dan perasaan keluarga pasien, akan tetapi perawat mengembalikan lagi pikiran dan perasaan yang merupakan bagian dari dirinya sendiri sehingga keluarga pasien mencoba untuk menilai lagi pikiran dan perasaan yang telah ada sebagai upaya untuk mengevaluasi dan menimbang-nimbang keputusan yang akan diambil (Nasir, 2009).

2.4.5. Tahap-tahap Komunikasi Terapeutik

a. Pre Interaksi

Tahap ini perawat mengumpulkan data dan membuat rencana pertemuan dengan klien (Hidayat, 2007). Tahapan ini penting dilakukan sebelum berinteraksi dengan klie pada tahap persiapan ini perawat menggali perasaan dan mengidentifikasi kelebihan dan kekurangannya. Tugas perawat adalah mengekspresikan perasaan, harapan dan kecemasan, menganalisa kekuatan dan kelemahan diri, mengumpulkan data tentang klien dan merencanakan pertemuan pertama dengan klien (Purwanto, 1994).

b. Orientasi

Pada tahap ini perawat dank lien memulai mengembangkan hubungan yang terapeutik. Langkah pertama perawat dalam mengawali komunikasi terapeutik adalah dengan memperkenalkan diri : nama, peran yang diharapkan dari perawat dank lien, tanggung jawab dari perawat dank lien, topik yang akan

dibicarakan, tujuan dan waktu. Dalam membina hubungan saling percaya dengan klien perawat perlu informasi kepada klien mengenai kerahasiaan data yang terkumpul (Nursalam, 2011). Menurut Stuart dan Sundeen dalam Hidayat 2007, pada tahap ini perawat memberikan salam dan senyum pada pasien, memperkenalkan diri dan menanyakan nama pasien dan menjelaskan tindakan yang akan dilakukan.

c. Kerja

Tahap ini adalah inti dari keseluruhan proses komunikasi terapeutik. Perawat perlu meningkatkan interaksi dan mengembangkan faktor fungsional dari komunikasi terapeutik yang dilakukan. Tugas perawat adalah mengeksplorasi stressor yang terjadi pada klien dengan tepat. Perawat juga perlu mendorong perkembangan kesadaran diri klien dari pemakaian mekanisme koping yang konstruktif (Purwanto, 1994). Ditambahkan oleh Stuart dan Sundeen (Hidayat, 2007) bahwa pada tahap ini perawat selain menanyakan keluhan, juga memulai kegiatan dengan cara yang baik.

d. Terminasi

Tahap ini adalah tahap persiapan mental untuk perencanaan tentang kesimpulan pengobatan yang telah didapatkan dan mempertahankan batas hubungan yang telah ditentukan. Tugas perawat adalah menciptakan realitas perpisahan, perawat juga bisa membicarakan proses terapi dan pencapaian tujuan (Purwanto, 1994). Menurut Stuart dan Sundeen dalam Hidayat 2007, pada tahap ini perawat mengevaluasi dan merencanakan tindak lanjut serta mengakhiri komunikasi dengan baik.