



**KARAKTERITIK DIAGNOSIS BEDAH SESAR  
PADA IBU BERSALIN DI RS DR. H. MARZOEKI MAHDI  
TAHUN 2008**

**TESIS**

**NURBAITI  
0706189040**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM PASCASARJANA  
UNIVERSITAS INDONESIA**

**Depok - Juni 2009**



**KARAKTERITIK DIAGNOSIS BEDAH SESAR  
PADA IBU BERSALIN DI RS DR. H. MARZOEKI MAHDI  
TAHUN 2008**

**TESIS**

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar

Master Kesehatan

**NURBAITI**  
0706189040

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM PASCASARJANA  
EKONOMI KESEHATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA**  
Depok - Juni 2009

## DAFTAR ISI

BAB 1	Pendahuluan.....	1
1.1	Latar Belakang .....	1
1.2	Perumusan Masalah.....	4
1.3	Pertanyaan Penelitian.....	5
1.4	Tujuan.....	5
1.5	Manfaat Penelitian.....	7
1.6	Ruang lingkup Penelitian .....	7
BAB 2	Tinjauan Pustaka.....	8
2.1	Bedah Sesar .....	8
2.2	Resiko Bedah Sesar .....	9
2.3	Kesehatan Reproduksi di Indonesia .....	9
2.4	Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Bedah Sesar .....	11
2.5	Partus atau Persalin .....	13
2.6	Berbagai Penyulit dalam Persalinan.....	16
2.7	Diagnosis.....	20
2.8	Rekam Medis.....	21
2.9	Catatan Medik Berorientasi Masalah (CMBM).....	25
2.10	Pelayanan Medis yang berbasis pengetahuan ( <i>Evidence Based</i> ).....	26
BAB 3	Kerangka Konsep dan Definisi Operational.....	29
3.1	Kerangka Konsep .....	29
3.2	Definisi Operational .....	29
3.3	Hipotesis Penelitian.....	32
BAB 4	Metodologi Penelitian.....	33
4.1	Desain Penelitian.....	33
4.2	Waktu dan Lokasi penelitian.....	33
4.3	Populasi & Sample Penelitian.....	33
4.4	Pengumpulan Data .....	34
4.5	Pengolahan Data.....	36
4.6	Analisis Data .....	37
BAB 5	Hasil Penelitian.....	39
5.1	Rumah Sakit Dr. H Marzoeki Mahdi (RSMM).....	39
5.1.1	Perkembangan Rumah Sakit.....	39
5.1.2	Pelayanan Rumah Sakit .....	39
5.1.3	Pencatatan Rekam Medis.....	43
5.2	Analisis Univariat.....	45
5.2.1	Karakteristik Diagnosis Bedah Sesar.....	45

5.2.2	Karakteristik Ibu .....	47
5.2.3	Dokter .....	48
5.2.4	Jenis Pembayar.....	51
5.2.5	Sifat Operasi.....	52
5.2.6	Waktu operasi .....	53
5.2.7	Dokter vs Bedah Sesar Cito .....	55
5.3	Analisis Bivariat.....	61
5.3.1	Hubungan Faktor Ibu dengan Diagnosis Bedah Sesar.....	62
5.3.2	Hubungan Faktor Dokter dengan Diagnosis Bedah Sesar .....	63
5.4	Analisis Multivariat.....	65
<b>BAB 6</b>	<b>Pembahasan .....</b>	<b>67</b>
6.1	Keterbatasan penelitian .....	67
6.1.1	Desain Penelitian .....	67
6.1.2	Populasi Penelitian.....	67
6.1.3	Pengumpulan Data.....	67
6.2	Karakteristik Bedah Sesar .....	68
6.3	Analisis Diagnosis Bedah Sesar.....	71
6.4	Hubungan Faktor Ibu dengan Diagnosis Bedah Sesar.....	73
6.5	Hubungan Dokter dengan Diagnosis Bedah Sesar.....	74
6.6	Hubungan Jenis Pembayar dengan Diagnosis Bedah Sesar.....	74
6.7	Hubungan Sifat Operasi dengan Diagnosis Bedah Sesar.....	75
6.8	Hubungan Waktu Operasi dengan Diagnosis Bedah Sesar.....	75
6.9	Faktor yang Paling Dominan.....	76
<b>BAB 7</b>	<b>Kesimpulan dan Saran.....</b>	<b>77</b>
7.1	Kesimpulan.....	77
7.2	Saran.....	77

## DAFTAR GAMBAR

No.	Jenis	Keterangan	Halaman
1.	Gambar 2.1	Alur pemikiran dokter dalam penetapan diagnosis	22
2.	Gambar 1.2	Empat langkah <i>evidence based medicine</i>	28
3.	Gambar 5.1	Proporsi Bedah Sesar Cito & Elektif yang Dilakukan Dokter	50
4.	Gambar 5.2.	Proporsi Tindakan Bedah Sesar yang Dilakukan Dokter menurut Waktu Pelaksanaannya	51
5.	Gambar 5.3	Proporsi Jenis Pembayar Biaya Pelayanan Bedah Sesar Cito Berdasarkan Jenis Doagnosis	53
6.	Gambar 5.4	Proporsi Tindakan Bedah Sesar Cito dan Elektif Berdasarkan Waktu Pelaksanaannya	55
7.	Gambar 5.5	Proporsi Tindakan Bedah Sesar Cito yang dilakukan Dr 1 Berdasarkan Waktu Operasi	56
8.	Gambar 5.6	Proporsi Tindakan Bedah Sesar Cito yang dilakukan Dr 1 Berdasarkan Waktu Operasi dan Jenis Diagnosis	57
9.	Gambar 5.7	Proporsi Tindakan Bedah Sesar Cito yang dilakukan Dr 2 Berdasarkan Waktu Operasi	58
10.	Gambar 5.8	Proporsi Tindakan Bedah Sesar Cito yang dilakukan Dr 2 Berdasarkan Waktu Operasi dan Jenis Diagnosis	59
11.	Gambar 5.9	Proporsi Tindakan Bedah Sesar Cito yang dilakukan Dr 3 Berdasarkan Waktu Operasi	60
12.	Gambar 5.10	Proporsi Tindakan Bedah Sesar Cito yang dilakukan Dr 3 Berdasarkan Waktu Operasi dan Jenis Diagnosis	61

## DAFTAR TABEL

No.	Jenis	Keterangan	Halaman
1.	Tabel 5.1	Cakupan persalinan RSMM tahun 2006-2008	40
2.	Tabel 5.2	Daftar Sepuluh Besar Diagnosa Rawat Inap RSMM tahun 2007	41
3.	Tabel 5.3	Daftar Sepuluh Besar Diagnosa rawat inap Non-psikiatri tahun 2008	42
4.	Tabel 5.4	Jumlah Pembedahan tahun 2008	43
5.	Tabel 5.5	Kelengkapan Rekam Medis Berdasarkan Resume Medis tahun 2008	44
6.	Tabel 5.6	Distribusi Diagnosis Bedah Sesar di RSMM tahun 2008	45
7.	Tabel 5.7	Hasil Analisa Diagnosa Bedah Sesar sesuai Definisi Operasional	46
8.	Tabel 5.8	Jenis Diagnosa Bedah Sesar dari Diagnosa Indikatif	47
9.	Tabel 5.9	Proporsi 5 (lima Variabel pada Ibu	47
10.	Tabel 5.10	Proporsi Bedah Sesar Cito & Elektif yang Dilakukan Dokter	49
11.	Tabel 5.11	Proporsi Tindakan Bedah Sesar yang Dilakukan Dokter Berdasarkan Waktu Operasi	51
12.	Tabel 5.12	Proporsi Jenis Pembayar Biaya Pelayanan Bedah Sesar di RSMM tahun 2008	52
13.	Tabel 5.13	Proporsi Jenis Pembayar Biaya Pelayanan Bedah sesar Cito Berdasarkan Jenis Diagnosis	53
14.	Tabel 5.14	Proporsi Pelaksanaan Bedah Sesar Berdasarkan Waktu	54
15.	Tabel 5.15	Proporsi Tindakan Bedah Sesar Cito dan Elektif Berdasarkan Waktu Pelaksanaannya	55
16.	Tabel 5.16	Proporsi Tindakan Bedah Sesar Cito yang dilakukan Dr 1 Berdasarkan Waktu Operasi	56
17.	Tabel 5.17	Proporsi Tindakan Bedah Sesar Cito yang dilakukan Dr 1 Berdasarkan Waktu Operasi dan Jenis Diagnosis	57
18.	Tabel 5.18	Proporsi Tindakan Bedah Sesar Cito yang dilakukan Dr 1 Berdasarkan Waktu Operasi	58

19.	Tabel 5.19	Proporsi Tindakan Bedah Sesar Cito yang dilakukan Dr 1 Berdasarkan Waktu Operasi dan Jenis Diagnosis	59
20.	Tabel 5.20	Proporsi Tindakan Bedah Sesar Cito yang dilakukan Dr 1 Berdasarkan Waktu Operasi	60
21.	Tabel 5.21	Proporsi Tindakan Bedah Sesar Cito yang dilakukan Dr 1 Berdasarkan Waktu Operasi dan Jenis Diagnosis	61
22.	Tabel 5.22	Distribusi Sampel Berdasarkan 5 (lima) Variabel pada Ibu dengan Jenis Diagnosis	62
23.	Tabel 5.24	Distribusi Sample Berdasarkan Faktor Dokter dengan Jenis Diagnosis	64
24.	Tabel 5.25	Distribusi Sampel Berdasarkan Faktor Dokter dengan Jenis Diagnosis	64
25.	Tabel 5.26	Distribusi Sample Berdasarkan Faktor Waktu Operasi dan Jenis Diagnosis	65
26.	Tabel 5.27	Model Multivariat Regresi Logistik antara Dokter, Usia Kehamilan, dan Sifat Operasi	66
27.	Tabel 6.1	Perbandingan <i>sectio cesarean rate (SCR)</i> / 100 persalinan berbagai negara (berbasis pelayanan rumah sakit)	69
28.	Tabel 6.2	Perbandingan SCR di Indonesia	69
29.	Tabel 6.3	Perbandingan bedah sesar cito dan emergency di berbagai negara.	71

o

**HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS**

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,  
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk  
telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : NURBAITI

NPM : 0706189040

Tanda Tangan :  .....

Tanggal : 24 Juni 2009



## SURAT PERNYATAAN

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : NURBAITI  
NPM : 0706189040  
Program Studi : PASCASARJANA  
Departemen : AKK  
Fakultas : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Jenis karya : Tesis  
Tahun Akademik : 2008-2009

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul :

**Karakteristik Diagnosis Bedah Sesar Pada Ibu Bersalin di RS Dr. H. Marzoeki Mahdi Tahun 2008.**

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 24 Juni 2009



(NURBAITI)

## HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh

Nama : NURBAITI  
NPM : 0706189040  
Program Studi : PASCASARJANA  
Judul Tesis : **Karakteristik Diagnosis Bedah Sesar pada Ibu Bersalin  
Di RS Dr. H. Marzoecki Mahdi Tahun 2008**

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan pada Program Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

## DEWAN PENGUJI

Pembimbing : DR. Drg. Jaslis Iljas, MPH (.....)  
Penguji : Prof. Dr. Purnawan Junadi, MPH, PhD (.....)  
Penguji : Dr. Sandi Ilyanto, MPH (.....)  
Penguji : Dr. Puji Triastuti, MARS (.....)

Ditetapkan di : FKM Universitas Indonesia Depok

Tanggal : 24 Juni 2009

## KATA PENGANTAR

Penulisan hasil penelitian ini tidak lepas dari dukungan banyak pihak. Untuk itu perkenankan penulis menyampaikan penghargaan dan rasa terima kasih kepada:

1. Yth. Bapak DR. drg. Yaslis Ilyas, MPH yang telah membimbing dan memberikan petunjuk, arahan dan pengetahuan sepanjang penyusunan tesis ini. Arahan dan bimbingan yang diberikan dengan penuh kesabaran, kepedulian dan kesungguhan telah mendorong penulis untuk menyelesaikan tugas berat ini.
2. Yth. Bapak Prof. Dr. Hasbullah Thabrany, MPH, DR.PH yang senantiasa terbuka untuk membantu dan memberikan masukan untuk tesis ini.
3. Yth. Bpk Drs. Amir Mauzzy, Apt, MM, MARS yang telah berkenan mengizinkan saya untuk melakukan penelitian dalam lingkup rumah sakit dan menyemangati saya dalam berkomunikasi dengan komunitas di rumah sakit.
4. Yth. Dr. Puji Triastuti, MARS yang telah berkenan ditengah kesibukannya memberikan masukan dan arahan yang berguna bagi proses penyelesaian tesis ini.
5. Yth. Ibu Wenti, yang selalu bersemangat dan ceria mendampingi kesibukan penulis dalam menjalani proses pengumpulan bahan-bahan tesis di rumah sakit
6. Bapak Pipin, Bapak Edi, Bapak Sugih yang telah sabar memenuhi keinginan saya mencari data-data pendukung di lingkup rumah sakit dari berbagai dokumen yang tersebar di lingkup rumah sakit.
7. Drg. Desy dan Pak Arif, yang telah memberikan saya ruang dan kesempatan untuk membaca, menelaah data rekam medis rumah sakit
8. Ibu wati dan Bapak Awang, serta seluruh staf Bagian Rekam Medik yang sabar dan tekun menemani dan membantu pengumpulan data penelitian di rumah sakit

9. Yang tersayang teman-teman seangkatan, senasib , sepenanggungan yaitu Pak Kenedi, Prima, Rani, Bu Nina, Pak Amir Suudi, Mbak Woro, Bu Ibeth yang selalu memupuk semangat peneliti setiap saat. Terima kasih atas perhatian, dukungan semangat dan kerjasamanya.

Terima kasih tiada terhingga untuk Mas Haikal Djauhari, suami tercinta yang setia menemani dan mendukung penulis menyelesaikan seluruh tugas ini. Penghargaan penuh cinta dan kasih sayang teruntuk ananda semua Salman, Qibti dan Nayla atas pengertian dan kesabarannya memberikan kesempatan bagi penulis untuk menuntaskan tesis ini.

Hormat dan terima kasih untuk Bapak Baihakah, Bapak Chusnan dan Mamah, serta adik-adik yang telah memberikan cinta dan perhatiannya sehingga penulis mempunyai kekuatan untuk melaksanakan tugas ini. Yang senantiasa terkenang almarhumah Ibu Murtianah yang tidak sempat menyaksikan penulis menyelesaikan tugas ini. Semoga Allah SWT berkenan menempatkannya di tempat yang baik diantaranya hamba-hambaNYa yang beriman. Karena semangat almarhumah pulalah yang juga turut menghantarkan penulis untuk terus belajar.

Pada semua pihak yang telah membantu, penulis menyampaikan terima kasih Semoga Allah SWT membalas kebaikan semua.

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI  
TESIS UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : NURBAITI  
NPM : 0706189040  
Program Studi : PASCASARJANA  
Departemen : AKK  
Fakultas : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Jenis karya : Tesis

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti Noneksklusif (Non-exclusive Royalty-Free Right) atas tesis saya yang berjudul : **Karakteristik Diagnosis Bedah Sesar Pada Ibu Bersalin di RS Dr. H. Marzoeki Mahdi Tahun 2008** beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/format kan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : FKM Universitas Indonesia Depok  
Pada tanggal : 24 Juni 2009

Yang menyatakan

  
(NURBAITI)

## BAB 1 PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Upaya penurunan angka kematian ibu (AKI) menjadi salah satu dari delapan program dunia saat ini guna mencapai Millenium Development goals (MDG's). Melalui MDG's dunia menargetkan pengurangan AKI sebanyak 75% antara tahun 1990 sampai 2015. Untuk itu negara-negara dengan AKI yang masih tinggi, khususnya di negara miskin dan negara berkembang, berusaha untuk menurunkan angka tersebut. (Bappenas, 2007)

Berdasarkan hasil Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia AKI Indonesia pada tahun 2007 masih sebesar 228 per 100.000 kelahiran hidup. Dari angka ini terlihat adanya penurunan AKI dibandingkan tahun 2002 yang masih mencapai 307 per 100.000 kelahiran hidup. Penurunan AKI ini menjadi salah satu indikator penting dari keberhasilan upaya pembangunan kesehatan Indonesia. (BPS, 2005)

Resiko kematian pada ibu dapat terjadi sejak awal kehamilan hingga pasca persalinan atau nifas dengan resiko tertinggi terjadi pada periode persalinan. Lebih dari 80% AKI berhubungan langsung dengan permasalahan obstetrik, yaitu perdarahan (28%), eklamsia (24%), infeksi (11%) serta komplikasi puerperium (masa nifas), abortus (5%), trauma obstetrik (5%), partus lama/maset (5%) serta lainnya (11%). Fakta menunjukkan bahwa upaya *antenatal care* (ANC) saja bagi ibu hamil tidak sepenuhnya dapat menilai adanya komplikasi obstetrik, sehingga upaya ini belum efektif menurunkan AKI, karena adanya resiko komplikasi persalinan yang timbul tanpa menunjukkan tanda-tanda bahaya sebelumnya. Untuk itu dibutuhkan upaya lain yaitu menyediakan pelayanan obstetrik emergensi, termasuk didalamnya tindakan bedah sesar.

Pengalaman di Eropa dan Amerika Serikat menunjukkan bahwa adanya akses terhadap tenaga kesehatan profesional dan pelayanan obstetrik emergensi akan

mengurangi AKI secara bermakna. WHO merekomendasikan tingkat bedah sesar (*caesarean section rate / SCR*) mencapai kisaran 5-15% dari seluruh persalinan untuk mengurangi angka kematian ibu dan angka kematian anak.

Angka kejadian bedah sesar dari tahun ke tahun terus menunjukkan peningkatan. Pada tahun 1970 di Amerika Serikat tingkat bedah sesar sebanyak 5,5% dari kelahiran dan sebanyak 22,8% di tahun 1990 (Andayani, 2004). Insiden bedah sesar bervariasi antar negara. Sebagai contoh di awal tahun 2000 tingkat bedah sesar di Kanada 25%, di Inggris lebih dari 20% (Anderson, 2008). Sedangkan mempunyai angka *caesarean section rate* di dua kota Brazil yaitu Ribeirao Preto 50,8% (1994), dan Kota So Luis 33,7% (1997/1998). Dari satu studi bedah sesar di 19 negara Amerika Latin didapatkan SCR antara 8% sampai 40% (Belizan et al., 1996). Peningkatan tindakan bedah sesar terjadi pula di Italia, tertinggi di Campania, Italia Utara sebanyak 36,3% (1996) menjadi 51,4% (2000).

*Caesarean section rate* di negara-negara Asia menunjukkan trend yang sama. Di Korea Selatan tahun 1998 angka tersebut mencapai 38,1%. Sedangkan di Hongkong antara tahun 1977-1999 terdapat kenaikan 65%, dari 16,6% menjadi 27,4%. Negara Cina dalam 3 dekade, tahun 70-an sampai 2000, *section caesarean rate* meningkat dari 4,7% menjadi 22,5%. Di India insiden bedah sesar meningkat dari 21,8% (1988-89) menjadi 25,6% (1993-94). Pada studi tahun 2003-2004 yang dilakukan di komunitas urban di Vivek Vihar, India Timur, dengan tingkat ekonomi menengah keatas, insiden bedah sesar bahkan mencapai 34,4%. Sementara itu di Thailand *caesarean section rate (SCR)* 15,2% (1990) naik menjadi 22,4% (1996). Pada salah satu rumah sakit pendidikan di Pakistan SCR di tahun 1996 menjadi 24,1%. Sementara hasil studi di Hung Vuong Hospital di Kota Ho Chi Minh, Vietnam pada tahun 2001-2004 insiden bedah sesar mencapai 42,9%.

Kondisi Indonesia dilihat dari data *Demographic and Health Survey (DHS)* di tahun 1986-1989 tingkat bedah sesar (*caesarean section rate*) di Indonesia mencapai 0,8%, meningkat pada tahun 2000-2002 mencapai 4,5%. Angka yang lebih tinggi akan ditemukan di rumah sakit - rumah sakit baik pemerintah maupun swasta. Data dari RSUD Muhammadiyah Yogyakarta tahun 2001

tindakan bedah sesar mencapai 21%. Dari data cakupan pelayanan obstetri bulan Januari sampai dengan September 2008 di Rumah Sakit Antonius Pontianak terdapat 221 (31,2%) bedah sesar dari 709 persalinan. Sedangkan di Rumah Sakit Santa Maria Pekanbaru dari Juli sampai September 2008 terdapat 91 (48,9%) bedah sesar dari 186 persalinan.

Pada tahun 2007 jumlah ibu hamil di Indonesia tercatat 5.328.398 orang, 77,56% diantaranya mendapat pertolongan persalinan dengan tenaga medis. Insiden ibu hamil dengan tindakan bedah sesar yang tercakup dalam pelayanan kesehatan gakin melalui program askeskin di tahun 2007 sebanyak 86.153 (27,90%) bumil dari 308.755 persalinan. Sedangkan data cakupan pelayanan bedah sesar dari Januari hingga Juni 2008 melalui program Jamkesmas 2008 tercatat 7.731 (23,76%) dari 32.540 persalinan. Angka ini sudah melebihi dari target cakupan pelayanan bedah sesar sebanyak 20% untuk rumah sakit pendidikan dan  $\leq 15\%$  untuk rumah sakit non pendidikan.

Meningkatnya tindakan bedah sesar perlu menjadi perhatian mengingat tindakan bedah sesar menimbulkan resiko morbiditas dan mortalitas lebih tinggi dibandingkan persalinan pervaginam, disamping itu lama perawatan pasca bedah sesar pun lebih lama dan turut memberikan konsekuensi pada besarnya biaya pelayanan kesehatan yang lebih tinggi. Hal ini akan menjadi beban khususnya negara berkembang atau miskin, jika jumlah persalinan dengan bedah sesar meningkat terus guna menurunkan AKI di negara mereka.

Data WHO dari 42 negara dengan tingkat pendapatan yang rendah tetapi AKI tinggi menunjukkan bahwa rata-rata pengeluaran kesehatan per kapita per tahun hanya US \$ 18, angka ini masih dibawah target pengeluaran minimum yang ditetapkan WHO untuk pelayanan kesehatan esensial US \$ 35. Untuk itu tindakan bedah sesar sebaiknya dilakukan atas indikasi medis yang jelas guna menyelamatkan ibu dan bayi. Hal lain yang perlu diingat bahwa persalinan sesungguhnya merupakan proses fisiologis yang dialami oleh ibu hamil ketika masa kehamilannya sudah aterm dan diperkirakan hanya 10% saja dari kehamilan yang akan mengalami penyulit sehingga membutuhkan penanganan khusus, seperti tindakan bedah sesar.



Bedah sesar merupakan upaya melahirkan janin melalui insisi dinding abdomen menembus dinding uterus. Bedah sesar dilakukan karena adanya penyulit pada ibu dan atau anak yang mengakibatkan persalinan per vaginam tidak dapat dilakukan secara aman.

Pada beberapa hasil studi yang dilakukan di beberapa negara seperti India, Brazil dan Cina didapatkan bahwa meningkatnya tindakan bedah sesar tidak hanya dipengaruhi oleh faktor medis, namun mencakup juga faktor-faktor non-medis.

Bahkan ditemukan bahwa faktor non-medis mempunyai peran lebih besar dalam memicu tingginya insiden bedah sesar dalam suatu komunitas.

Melihat fenomena diatas, maka upaya pelayanan persalinan dengan bedah sesar di rumah sakit menjadi penting untuk dicermati, termasuk berbagai aspek yang mungkin berkaitan dengan tindakan tersebut baik dari sisi medis maupun non medis. Pengetahuan ini dapat menjadi pegangan guna peningkatan upaya pelayanan bedah sesar yang lebih baik dan proportional, sesuai dengan kebutuhan medis pasien.

## 1.2 Perumusan Masalah

Rumah Sakit Dr. H. Marzoeqi Mahdi merupakan salah satu rumah vertikal tipe A dibawah Departemen Kesehatan yang sejak tahun 2002 mulai memberikan pelayanan umum selain pelayanan kesehatan jiwa. Salah satu pelayanan umum yang diberikan adalah pelayanan kesehatan obstetri, termasuk tindakan bedah sesar elektif maupun emergensi, dengan berbagai indikasi mediknya. Rumah Sakit Dr. H. Marzoeqi Mahdi telah ditetapkan oleh Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Barat sebagai rumah sakit rujukan PONEK (Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif) untuk wilayah Bogor dan sekitarnya.

Rumah sakit ini menjadi tempat rujukan untuk daerah Kabupaten dan Kota Bogor untuk kasus obstetri, termasuk memberikan pelayanan bagi pasien Program Jamkesmas/Jamkesda. Pelayanan obstetri yang diberikan di unit pelayanan obstetri menunjukkan peningkatan dari 814 persalinan di tahun 2006,

menjadi 978 persalinan di tahun 2007. Dengan jumlah tindakan bedah sesar pada tahun 2006 sebanyak 224 dan di tahun 2007 berjumlah 372. Dari jumlah ini terdapat peningkatan pelayanan bedah sesar sebesar 10,5%, yaitu 27,5% di tahun 2006 menjadi 38% di tahun 2007.

Hingga saat ini belum ada penelitian tentang persalinan dengan bedah sesar di unit pelayanan kebidanan Rumah Sakit Dr. H. Marzoeki Mahdi. Untuk itu penulis berencana untuk menyusun tesis tentang bedah sesar pada ibu bersalin di Rumah Sakit Dr. H. Marzoeki Mahdi tahun 2008.

### 1.3 Pertanyaan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah yang sudah dipaparkan diatas maka timbul pertanyaan:

1. Bagaimana angka kejadian bedah sesar pada ibu bersalin di Rumah Sakit Dr. H. Marzoeki Mahdi?
2. Bagaimana karakteristik ibu yang melahirkan dengan bedah sesar, baik medis maupun non medis?
3. Bagaimana karakteristik diagnosis yang dituliskan dokter pada ibu bersalin dengan bedah sesar?
4. Bagaimana jenis pembayar biaya rumah sakit pada ibu bersalin dengan bedah sesar?
5. Bagaimana jenis tindakan bedah sesar yang dilakukan oleh dokter?
6. Bagaimana karakteristik waktu pelayanan dokter pada kasus bedah sesar?

### 1.4 Tujuan

Tujuan Umum:

Mengetahui karakteristik diagnosis bedah sesar pada ibu bersalin dan berbagai faktor yang mempengaruhinya di Rumah Sakit Dr. H Marzoeki Mahdi tahun 2008.

Tujuan Khusus:

1. Diketuainya angka kejadian bedah sesar pada ibu bersalin di Rumah Sakit Dr. H Marzoeeki Mahdi tahun 2008
2. Diketuainya distribusi frekuensi diagnosis bedah sesar pada ibu bersalin menurut:
  - Faktor karakteristik sosial ibu, meliputi: usia, pendidikan, pekerjaan, usia kehamilan dan paritas
  - Faktor dokter
  - Faktor jenis pembayar
  - Faktor sifat operasi
  - Faktor waktu operasi
3. Diketuainya karakteristik jenis diagnosis bedah sesar yang dituliskan dokter pada catatan medik pasien
4. Diketahui hubungan antara umur ibu dengan jenis diagnosis bedah sesar
5. Diketahui hubungan antara pendidikan ibu dengan jenis diagnosis bedah sesar
6. Diketahui hubungan antara pekerjaan ibu dengan jenis diagnosis bedah sesar
7. Diketahui hubungan antara usia kehamilan ibu dengan jenis diagnosis bedah sesar
8. Diketahui hubungan antara paritas ibu dengan jenis diagnosis bedah sesar
9. Diketahui hubungan antara dokter dengan jenis diagnosis bedah sesar
10. Diketahui hubungan antara jenis pembayar dengan jenis diagnosis bedah sesar
11. Diketahui hubungan antara sifat operasi dengan jenis diagnosis bedah sesar
12. Diketuainya hubungan antara waktu dilakukannya operasi dengan jenis diagnosis bedah sesar
13. Diketahui faktor yang paling berhubungan dengan diagnosis bedah sesar

## 1.5 Manfaat Penelitian

Bagi para pengambil keputusan di rumah sakit diharapkan dapat menjadi masukan dan pertimbangan bagi kebijakan di lingkup rumah sakit untuk pelayanan bedah sesar berdasarkan gambaran yang lebih detil tentang karakteristik pelayanan bedah sesar yang sudah diberikan kepada pasien beserta diagnosis yang dituliskan dokter serta faktor-faktor yang mempengaruhinya.

Bagi para dokter yang menangani bedah sesar diharapkan dapat menjadi sumbangan pemikiran bagi pilihan yang lebih tepat dari sisi medik maupun non medis dalam pelayanan bedah sesar sehingga memberikan manfaat lebih baik bagi pasien maupun dokter.

Diharapkan hasil penelitian ini juga dapat memberikan sumbangan pengetahuan dalam bidang pelayanan kebidanan di lingkup rumah sakit dan memungkinkan untuk menjadi bahan penelitian lebih lanjut.

## 1.6 Ruang lingkup Penelitian

Penelitian yang akan dilakukan merupakan penelitian kuantitatif dengan rancangan *cross sectional*. Data yang dikumpulkan adalah data sekunder dari catatan medik dan data administrasi di rumah sakit. Data yang diperoleh akan dikumpulkan melalui formulir isian yang sudah dipersiapkan.

Penelitian ini akan menganalisa variabel-variabel dari data sekunder pasien yang mendapat pelayanan persalinan pada bulan Januari sampai Oktober tahun 2008 di unit pelayanan obstetri kelas II dan kelas III RS Dr. H Marzoeki Mahdi, Bogor.

## BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 Bedah Sesar

Bedah sesar atau *caesarean section* is a surgical procedure where a baby is delivered by cutting through cutting through the front wall of the abdomen to open the uterus (NHS Direct 2007)

Pertimbangan proses persalinan yang aman bagi ibu dan atau janin menjadi alasan yang penting dilakukannya bedah sesar. Pemilihan teknik pembedahan pun didasarkan pada situasi klinis dan kondisi pasien, selain kebiasaan dan keterampilan yang dikuasai dokter. Pada bedah sesar umumnya dilakukan insisi horizontal pada bagian bawah abdomen mulai dari dinding permukaannya sampai menembus uterus. Berbagai alasan dilakukan tindakan bedah sesar adalah : (1) adanya kesulitan atau resiko jika bayi dilahirkan per vaginam, karena bayi terlalu kecil atau mengalami distress; (2) proses persalinan akan membahayakan kondisi ibu; (3) persalinan tidak maju (sebagaimana proses yang seharusnya); (4) tekanan darah ibu tinggi, umumnya pada preeklamsia/eklamsia; (5) janin tidak dapat melewati jalan lahir karena ukurannya yang besar atau posisinya salah; (6) adanya plasenta previa. Namun saat ini trend peningkatan bedah sesar di berbagai negara yang dilakukan atas dasar alasan medik maupun atas pilihan ibu

Bedah sesar dapat dilakukan secara elektif/terencana atau cito/emergency. Bedah sesar elektif adalah bedah sesar yang dilakukan sebelum fase persalinan dimulai dan atau pecahnya selaput ketuban.

. Henderson dan Love (1995) menemukan angka *caesarean section rate* di rumah sakit-rumah sakit, baik di negara maju maupun negara berkembang, sebanyak 15-20%. Birrh ChoiceUK (2007) mendapatkan tindakan bedah sesar yang dilakukan di Inggris meningkat empat kali lipat dibandingkan 30 tahun yang lalu. Karena di tahun 1950 prosentase tindakan bedah sesar (*section caesarean rate*) hanya mencakup 3% dari kelahiran, namun di tahun 2004 mencapai 23%.

## 2.2 Resiko Bedah Sesar

Dalam pelayanan Obstetri, para ibu umumnya dianjurkan untuk memilih persalinan pervaginam jika tidak ditemukan faktor resiko/penyulit bagi ibu maupun janin. Mengingat Bedah sesar adalah tindakan operatif maka tindakan memberikan resiko Resiko terjadinya infeksi pasca persalinan sepuluh kali lebih tinggi pada bedah sesar daripada persalinan per vaginam (Pirwany, 2008) Resiko lain yang ditemukan pada bedah sesar adalah: (1) timbulnya kesulitan bernafas pada bayi; (2) masalah "temporary bladder control" pada ibu; (3) infeksi pada tempat insisi di (*surgical site infection*) abdomen; (4) trombosis vena dalam.

Faktor-faktor yang mempengaruhi timbulnya infeksi pasca operasi juga dapat dibagi atas : (1) faktor eksternal : faktor ini berhubungan dengan metode operasi, kesiapan pasien secara fisik dan psikologis pada operasi elektif lebih baik daripada operasi bedah sesar yang cito/emergency. (2) faktor internal : usia pasien, *Body Mass Index (BMI)* karena pasien dengan berat badan berlebih berhubungan dengan meningkatnya infeksi pasca bedah sesar, status kesehatan umum, lamanya pecah selaput ketuban sebelum tindakan bedah sesar.

## 2.3 Kesehatan Reproduksi di Indonesia

Penduduk Indonesia pada tahun 2007 tercatat 225.642.124 jiwa. Berdasarkan komposisi penduduk, Indonesia merupakan negara dengan kelompok penduduk muda, yang 65,05% populasinya masuk golongan usia produktif dengan *dependency ratio* (angka beban tanggungan) mencapai 53,37%. Kemiskinan di Indonesia masih ditandai dengan banyaknya penduduk yang berpenghasilan di sekitar garis kemiskinan, pada tahun 2007 mencapai 17,6 juta jiwa.

Angka kematian Ibu di Indonesia tahun 2002 masih berada pada angka 307 per 100.000 kelahiran hidup, dengan penyebab kematian langsung berkaitan dengan perdarahan (28%), eklamsia (24%), infeksi (11%) dan komplikasi masa nifas (*puerperium*). Resiko kematian paling tinggi terjadi pada periode persalinan. Tingkat morbiditas dan mortalitas maternal sangat erat kaitannya dengan kondisi

pada saat dan segera sesudah persalinan, maka lebih dari 80% kematian maternal berhubungan langsung dengan kasus obstetrik. Cakupan ibu hamil dengan resiko tinggi (risti) yang ditangani di tahun 2007 mencapai 28,52%.

Pembiayaan pemerintah untuk sektor kesehatan dalam catatan WHO tahun 2004 hanya 3% dari total pengeluaran pemerintah dan 25% dari keseluruhan pengeluaran kesehatan, sedangkan 74,9% pengeluaran tersebut masih dibayarkan oleh swasta (non pemerintah), dan umumnya dengan cara *out of pocket*. Badan Pusat Statistik (BPS) mencatat persentase rumah tangga yang mendapat pelayanan gratis pada tahun 2007 meningkat dari 12,85% pada tahun 2006 menjadi 15,13% di tahun 2007, sebanyak 51,87% nya dilayani oleh program Askeskin. Data ini tidak jauh berbeda dengan hasil Riskesdas 2007, pembiayaan utama untuk pelayanan rawat inap 71,0% masih dibayarkan dari kantong sendiri (*out of pocket*), 15,6% melalui Askes/Jamsostek dan 14,3% melalui Askeskin/surat keterangan tidak mampu.

Data dari hasil survei UNFPA dan BPS di 44 kabupaten/kota guna membuat indikator database 2005 di propinsi Sumatera Selatan, Jawa Barat, Kalimantan Barat dan Nusa Tenggara Timur mendapatkan bahwa peningkatan operasi sesar tertinggi didapat di kota Bandung dari 19,4% menjadi 31,04%, dan 1,72% diantaranya adalah operasi sesar atas permintaan sendiri.

Data dari RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta tahun 2001 tindakan bedah sesar mencapai 21%. Dari data cakupan pelayanan obstetri bulan Januari sampai dengan September 2008, di Rumah Sakit Antonius Pontianak terdapat 221 (31,2%) bedah sesar dari 709 persalinan. Sementara di Rumah Sakit Santa Maria Pekanbaru dari Juli sampai September 2008 terdapat 91 (48,9%) bedah sesar dari 186 persalinan.

Pada tahun 2007 jumlah ibu hamil di Indonesia tercatat 5.328.398 orang, 77,56% diantaranya mendapat pertolongan persalinan dengan tenaga medis. Insiden ibu hamil dengan tindakan bedah sesar yang tercakup dalam pelayanan kesehatan gakin melalui program askeskin di tahun 2007 sebanyak 86.153 (27,90%) bumil dari 308.755 persalinan. Sedangkan data cakupan pelayanan bedah sesar dari Januari hingga Juni 2008 melalui program Jamkesmas 2008 tercatat 7.731 (23,76%) dari 32.540 persalinan. Angka ini sudah melebihi dari

target cakupan pelayanan bedah sesar sebanyak 20% untuk rumah sakit pendidikan dan  $\leq$  15% untuk rumah sakit non pendidikan.

## 2.4 Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Bedah Sesar

### a. Faktor Usia Ibu, Jumlah dan Jarak Kehamilan

Para ahli memperkirakan bahwa ada sekitar 65% kehamilan yang terjadi termasuk dalam kategori "4 terlalu" yaitu terlalu muda, terlalu tua ( $>$  35 tahun), terlalu sering (jarak kehamilan kurang dari 2 tahun), dan terlalu banyak (lebih dari 3 anak). Dalam data nasional disebutkan bahwa ada 15,4% persalinan dengan interval kurang dari 24 bulan dan ada 22% wanita sudah menjalani 4 kali kehamilan atau lebih dengan 13,7% diantaranya adalah kelompok resiko tinggi. Dilihat dari segi usia ibu, ada 11% dari ibu hamil yang usianya mencapai lebih dari 35 tahun.

### b. Faktor Klinis Ibu dan Janin

Data Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 1997 menunjukkan bahwa sekitar 24,6% persalinan dengan komplikasi dan membutuhkan tindakan bedah sesar. Sebagian besar disebabkan oleh perdarahan dan partus lama. Sedangkan data SDKI tahun 2002-2003 mencatat 4,1% persalinan operasi sesar, namun dengan catatan bahwa 40,6% persalinan tersebut tanpa indikasi komplikasi selama persalinan, dan 78,2% diantaranya tidak mempunyai riwayat komplikasi selama masa kehamilan

Studi di Kerman, Iran pada 500 ibu bersalin menunjukkan hubungan yang signifikan antara *sectio cesarean rate* (SCR) dengan jumlah operasi sesar sebelumnya, ANC (*antenatal care*), letak bayi, kunjungan bidan, nyeri bersalin, disproporsi kepala panggul, dilakukannya tubektomi setelah melahirkan dan ibu yang meminta dilakukannya bedah sesar. (Motamedi, et.al., 2000). Pada studi yang dilaporkan oleh Pell dan Chamberlain (1968) pada 3509 kasus bedah sesar bahwa bedah tersebut dilakukan atas indikasi: CPV (*cephalo-pelvic disproportion*) (21%), gawat janin (14%), plasenta previa (11%), riwayat operasi sesar (11%),



kelainan letak (10%), *incoordinate uterine action* (9%), preeklamsia dan hipertensi (7%).

Berbagai penyulit yang terjadi selama proses persalinan juga akan mendorong intervensi medis seperti bedah sesar guna penyelamatan ibu dan bayi. Bang R. A., et.al. (2004) mendapatkan penyulit persalinan pada 772 ibu melahirkan di Gachiroli, India yaitu: partus lama, pecah ketuban lama, presentasi janin tidak normal.

Pelayanan bedah sesar di negara berkembang sebagian besar ditandai dengan kasus emergensi karena sebagian besar ibu yang dirujuk ke rumah sakit untuk bersalin sudah dalam upaya penyelamatan jiwa ibu dan bayi atau hanya tertinggal satu pilihan diantara keduanya. Kondisi ini juga didapatkan oleh Najmi, R.S. et al (2000) di Pakistan, dengan rasio bedah sesar elektif dan emergensi adalah 1 : 4. Indikasi bedah sesar dalam penelitian ini adalah distosia, gawat jani, presentasi bokong, preeklamsia / eklamsia, perdarahan antepartum, adanya riwayat bedah sesar.

### c. Status Ekonomi dan Pendidikan

Status ekonomi dan pendidikan wanita yang rendah memberikan pengaruh negatif terhadap kematian maternal. Hal ini terutama ditemukan di pedesaan.

Berkaitan dengan tingkat pendidikan ibu bersalin, Adree R.A. (2003) mendapatkan adanya dose response relationship antara SMP (OR 1) SMA (OR 1,7) Perguruan tinggi (OR 2,5) dengan pelayanan bedah sesar, melalui analisis data SDKI yang berkaitan dengan operasi sesar antara tahun 1997 sampai tahun 2002.

Ribeiro V.S., et al (2007) mendapatkan perbedaan sectio cesarean rate (CSR) yang lebih tinggi di kota yang lebih berkembang (more develop cities) di Brazil. Tindakan bedah sesar lebih banyak dilakukan pada ibu dengan tingkat ekonomi dan pendidikan lebih tinggi dan primipara. Indikasi bedah sesar lebih banyak didorong karena faktor non medis dibanding faktor medis. Namun demikian penelitian Ribeiro V.S. et al. juga mencatat indikasi dilakukannya bedah sesar yaitu: gawat janin, cephalopelvic disproportion (CPD), presentasi bokong, riwayat bedah sesar sebelumnya.

Di Pakistan Najmi R.A. et al (2000) mendapatkan pelayanan bedah sesar yang bersifat emergensi lebih banyak dilakukan pada ibu bersalin dengan riwayat ANC yang tidak adekuat, tingkat ekonomi dan pendidikan yang rendah.

## 2.5 Partus atau Persalin

### a. Persalinan Normal

Partus adalah *suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus melalui vagina ke dunia luar.*

Berbagai kondisi terkait dengan persalinan:

1. Primigravida adalah seorang wanita yang hamil untuk pertama kali
2. Multipara adalah seorang wanita yang pernah melahirkan bayi yang dapat hidup (*viable*) beberapa kali.
3. Nullipara adalah seorang wanita yang belum pernah melahirkan bayi yang *viable* untuk pertama kali.
4. In partu adalah seorang wanita yang sedang dalam keadaan persalinan.

Persalinan normal ditentukan oleh 3 faktor utama, yaitu

1. *power* ; kekuatan kontraksi (*his*), kekuatan mengejan
2. *Passage* ; kondisi jalan lahir yang diliputi oleh tulang dan otot
3. *Passanger*; janin beserta plasenta dan selaput ketuban

Partus terjadi akibat pengaruh banyak faktor yang berinteraksi, melingkupi perubahan-perubahan dalam biokimiawi dan biofisika, kematangan serviks, tekanan pada ganglion servikale pada *pleksus Frankenhauser* di belakang serviks yang dapat membangkitkan kontraksi.

Posisi janin dalam uterus sekitar 96% berada dengan presentasi kepala. Keadaan ini dimungkinkan oleh kepala janin yang relatif lebih besar dan lebih berat dan bentuk uterus ibu.

Mekanisme persalinan normal:

1. Janin memasuki ruang atas panggul ibu secara fleksi dengan ukuran diameter kepala yang paling kecil. Saat mencapai dasar panggul kepala janin berada di dalam keadaan fleksi maksimal.
2. Selanjutnya akibat pengaruh berbagai faktor seperti, elastisitas diafragma pelvis dan tekanan intra uterin dari his yang terjadi berulang-ulang, kepala janin melakukan rotasi, yaitu putaran paksi dalam, sehingga posisi ubun-ubun kecil janin saat berada didasar panggul bergeser ke depan, tepat di bawah simfisis. Pada posisi ini, kemudian kepala mengadakan defleksi dan dapat dilahirkan.
3. Setelah kepala janin lahir, kepala berotasi kembali keposisi awal, dengan putaran paksi luar, untuk menyesuaikan posisi kepala janin dengan badannya.
4. Lahirnya kepala, lalu diikuti oleh keluarnya bahu dan anggota badan lainnya .

Proses persalinan (partus) sendiri terbagi dalam 4 kala, yaitu:

Kala	Proses	Klinis
Kala I atau kala pembuka	dikenal sebagai, serviks mulai membuka sampai pembukaan 10 cm, terdiri atas 2 fase, yaitu:  a. Fase laten, berlangsung kira-kira selama 8 jam b. Fase aktif,	Munculnya his dan keluar lendir bercampur darah yang berasal dari kanalis servikal yang membuka dan mulai mendatar. Akibat proses ini ketuban dapat pecah sendiri ketika pembukaan hampir lengkap.  Pembukaan serviks sampai 3 cm

Kala II atau kala pengeluaran	Kepala janin masuk pada ruang panggul, kepala menekan otot-otot panggul dan turun menelusuri jalan lahir sampai dilahirkan	His terjadi lebih kuat dan lebih cepat, tiap 2-3 menit sekali, perineum meonjol dan melebar, dengan anus membuka, kepala janin dilahirkan, dan bagian tubuh lainnya mengikuti
Kala III atau kala uri plasenta	Uterus dilahirkan	His mulai lagi untuk mengeluarkan plasenta
Kala IV	Mulai dari lahirnya plasenta dan lamanya 1 jam	Pengamatan apakah terjadi perdarahan setelah proses persalinan.

#### b. Persalinan Operatif

Persalinan operatif yang direkomendasikan saat ini adalah penanganan persalinan dengan vakum atau forceps, dan seksio sesarea. *Bedah sesar adalah persalinan buatan, dengan cara janin dilahirkan melalui insisi pada dinding perut dan dinding rahim.*

Menurut Peel & Chamberlian (1968), seksio sesarea dilakukan atas indikasi ibu maupun janin, yaitu:

##### **Indikasi ibu**

1. panggul sempit absolut
2. tumor jalan lahir yang menyebabkan obstruksi jalan lahir

##### **Indikasi janin**

1. kelainan letak
2. gawat janin

3. stenosi serviks atau vagina
4. plasenta previa
5. disproporsi sefalopelvik
6. ruptura uteri membakat

Teknik bedah sesar atau seksio sesarea, yaitu:

1. seksio sesarea klasik
2. seksio sesarea transperitoneal profunda
3. seksio sesarea disertai histerektomi
4. seksio sesarea ekstraperitoneal
5. seksio sesarea vaginal

## 2.6 Berbagai Penyulit dalam Persalinan

### a. Preeklamsia

Preeklamsia ditandai dengan adanya 2 (dua) dari trias berikut: hipertensi, edema dan proteinuria. Penanganan preeklamsia biasanya diawali dengan istirahat atau berbaring di tempat tidur pada sisi tubuh menyebabkan pengaliran darah ke plasenta dan ginjal meningkat dan tekanan darah vena di ekstremitas bawah sehingga resorpsi cairan bertambah. Dengan upaya ini tekanan darah dan edema berkurang.

Pada preeklamsia berat, tanda-tanda diatas disertai dengan sakit kepala di daerah frontal, skotoma, diplopia, penglihatan kabur, nyeri di daerah epigastrium. mual dan muntah-muntah. Kondisi preeklamsia dapat berlanjut menjadi eklamsia. Terapi untuk preeklamsia berat diberikan obat sedatif yang kuat untuk mencegah kejang dan obat anti-hipertensi

Preeklamsia berat dan eklamsia dapat menyebabkan komplikasi kematian ibu dan kematian janin. Untuk mencegah hal tersebut, maka upaya utama yang dilakukan adalah dengan melahirkan janin segera dari ibu dengan preeklamsia berat dan eklamsi melalui seksio sesarea atau induksi persalinan.

### b. Haemorrhagic Ante Partum (HAP) atau Perdarahan Antepartum

Perdarahan jalan lahir setelah usia kehamilan 22 minggu, dapat disebabkan oleh plasenta previa (disingkat PP), solusio plasenta, atau sebab lain. Plasenta previa terjadi satu diantara 200 persalinan.

Plasenta previa adalah *plasenta yang letaknya abnormal, yaitu pada segmen bawah uterus, sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh pembukaan jalan-lahir.*

Perdarahan antepartum tanpa rasa nyeri ketika usia kehamilan masuk trimester ketiga disertai bagian terbawah janin belum masuk kedalam pintu atas panggul atau kelainan letak janin, umumnya menandai HAP karena plasenta previa. Perdarahan yang terjadi biasanya mendorong ibu segera mencari pertolongan.

Jika ibu dengan indikasi HAP et causa PP, kemilannya belum genap 36 minggu, atau taksiran berat badan janin tidak sampai 2500 gram dan persalinan belum mulai, dapat diperkenankan untuk menunda persalinannya. Ibu dirawat untuk mencegah perdarahan berikutnya, memastikan indikasi PP, mengatasi anemianya, dan persiapan persalinan dengan kondisi janin yang cukup *viable* (mampu hidup). Namun plasenta previa totalis (disingkat PPT) merupakan indikasi mutlak untuk seksio cesarea.

Jenis-jenis plasenta previa, antara lain: plasenta letak rendah (PLT), plasenta previa marginalis, atau plasenta previa parsialis.

### c. Kehamilan Kembar (gemelli)

Kehamilan kembar adalah *kehamilan dengan dua janin atau lebih.* Pada kehamilan kembar terjadi distensi uterus secara berlebihan, sehingga melewati batas, sehingga mudah terjadi partus prematur. Kehamilan ini juga memberikan bahaya lebih besar bagi ibu dibanding kehamilan tunggal, seperti anemia, pre-eklamsia dan eklamsia, perdarahan postpartum.

Tindakan seksio sesarea pada kehamilan kembar dilakukan dalam kondisi janin pertama dalam letang-lintang, prolapsu funikuli, dan plasenta previa.

#### d. Distosia

Distosia adalah *persalinan yang sulit*. Keadaan ini disebabkan oleh 3 (tiga) hal, yaitu: kelainan tenaga, kelainan janin, kelainan jalan lahir

#### Distosia karena kelainan letak dan bentuk janin

##### *Presentasi Puncak Kepala*

Pada proses partus normal, posisi kepala dalam keadaan fleksi utruk dapat melewati jalan lahir dan kepala diahirkkan dengan presentasi belakang kepala, namun dalam kondisi lain kepala dapat berada dalam posisi defleksi. Apabila derajat defleksinya ringan, maka terjadi presentasi puncak kepala

Pada umumnya presentasi puncak kepala hanya keadaan sementara yang dapat berubah menjadi presentasi kepala sehingga persalinan dapat dilakukan secara normal.

##### *Letak Sungsang*

Letak sungsang adalah keadaan janin letak memanjang dengan kepala di fundus uteri dan bokong di bagian bawah kavum uteri. Beberapa variasi letak sungsang, antara lain: presentasi bokong kaki sempurna, presentasi bokong kaki tidak sempurna, dan presentasi kaki. Presentasi bokong dapat disebabkan oleh adanya faktor-faktor seperti multiparitas, kehamilan kembar, hidramnion, hidrosefalus, plasenta previa, panggul sempit atau kelainan bentuk uterus.

Kematian bayi pada persalinan letak sungsang relatif lebih tinggi dibandingkan dengan persalinan letak kepala. Pada persalinan dengan letak sungsang dapat terjadi hipoksia janin akibat terjepitnya tali pusat diantara kepala dan panggul pada saat kepala turun melewati rongga panggul. Hal ini ditimbulkan oleh retraksi uterus karena lepasnya plasenta sebelum kepala dilahirkan, atau bila janin bernafas sebelum hidung dan mulut dilahirkan sempurna.

Pertolongan persalinan pada janin letak sungsang masih kontroversial antara pendapat absolut yang mengharuskan seksio sesarea, dengan pendapat lain yang menjadikan pilihan seksio sesarea diterapkan sesuai dengan indikasi operasi saja.

### *Letak lintang*

*Letak lintang* adalah keadaan janin letak melintang dalam uterus dengan kepala pada sisi yang satu dan bokong pada sisi yang lain. Janin dengan letak lintang dengan ukuran panggul normal dan janin matur, tidak dapat terjadi secara spontan. Maka penanganan persalinan dilakukan dengan mengubahnya menjadi presentasi kepala dengan versi luar. Namun jika versi luar tidak berhasil maka sebaiknya segera dilakukan seksio sesarea.

### *Pertumbuhan janin yang berlebihan*

Berat janin normal umumnya tidak melebihi 4000 gram. Bayi yang dilahirkan dengan berat badannya lebih dari 4000 gram, disebut bayi besar (makrosomia). Kondisi ini akan menyulitkan dalam persalinan. Pada disproporsi sefalopelvik dengan janin besar maka dilakukan seksio sesarea.

### Distosia karena kelainan panggul (jalan lahir)

Caldwell & Moloy menyelidiki secara roentgenologik dan anatomi adanya 4 jenis pokok panggul dengan ciri-cirinya masing-masing, yaitu: ginekoid, antropoid, android dan plattipelloid. Dari 4 jenis ini kemudian berkembang penelitian yang menyimpulkan bahwa standar jenis panggul untuk berbagai bangsa juga berbeda-beda. Namun secara umum dapat disebutkan bahwa pada panggul ukuran normal jenis apapun, dengan persalinan pervaginam janin dengan berat badan normal tidak akan mengalami kesulitan dalam proses persalinannya.

Pada keadaan tertentu, keadaan panggul dapat berubah oleh karena faktor gizi, penyakit, lingkungan dll. Keadaan panggul sangat penting dalam proses persalinan, termasuk jika kondisi panggul dihubungkan dengan kondisi janin, khususnya kepala janin. Ukuran besarnya kepala janin dengan luasnya (atau sempitnya) panggul ibu memastikan adanya kemungkinan disproporsi sefalopelvik atau tidak.

Pengukuran panggul yang dikenal sebagai pelvimetri dapat dilakukan dengan roentgen, ultrasonografi, dengan palpasi tangan menggunakan metode



Osborn atau metode Muller Munro Kerr. Kesempitan pada panggul dapat terjadi di 3 (tiga) lokasi: pintu atas panggul, panggul tengah, dan pintu bawah panggul.

Apabila persalinan dengan disproporsi sefalopelvik berlangsung tanpa bantuan medis akan menimbulkan bahaya bagi ibu dan janin, antara lain partus lama, partus tidak maju, kematian janin, moulage yang berlebihan pada kepala janin dapat mengakibatkan perdarahan intrakranial ataupun fraktur os parietalis. Penanganan disproporsi sefalopelvik dilakukan dengan partus percobaan dan seksio sesarea, baik secara primer (elektif) atau pun sekunder.

### Distosia karena kelainan traktus genitalis

#### *Septum vagina*

Septum vagina adalah bagian yang memisahkan vagina secara lengkap atau tidak lengkap. Septum tidak lengkap umumnya menghambat persalinan karena menahan turunnya kepala janin.

#### *Edema vulva*

Edema pada vulva dapat terjadi selama kehamilan. Proses persalinan yang lama dan ibu dibiarkan mengedan terus menerus dapat mengakibatkan edema vulva ini, sehingga menghambat jalan lahir bagi bayi yang akan dilahirkan.

## 2.7 Diagnosis

Diagnosis sangat beragam dan sangat luas mencakup *presumptive diagnosis, clinical diagnosis, working diagnosis, final diagnosis, etiological diagnosis*. Diagnosis adalah formulasi yang dibuat oleh dokter tentang penyakit apa yang ada pada pasien berdasarkan data klinik yang didapat. Pendapat Robin C. Fraser dalam buku *Clinical Method* tahun 1987 bahwa *penetapan diagnosis adalah tugas yang paling penting bagi dokter terhadap pasiennya*. Melalui diagnosis yang ditetapkan, dokter dapat menganalisis kembali mengapa dan bagaimana gejala dan tanda tersebut timbul pada pasien. Jika dokter semakin yakin dengan diagnosis yang dirumuskan, maka dokter makin mudah meramalkan

prognosis serta semakin tepat dalam merancang terapi dan pemeriksaan lanjutan yang akan dikerjakan.

Penetapan diagnosis sesungguhnya proses yang sangat rumit sekaligus merupakan seni karena mencakup upaya menentukan kesimpulan dari berbagai bahan yang tidak menentu atau belum pasti (*to make a decision with the uncertain data*) sementara keputusan medis tidak boleh salah.

Diagnosis kerja adalah suatu kesimpulan berupa hipotesis tentang kemungkinan penyakit atau masalah medis yang dialami oleh pasien. Diagnosis kerja (*working diagnosis*) atau diagnosis sementara (*provisial diagnosis*) umumnya disertai dengan diagnosis banding. Diagnosis banding tidak selalu perlu jika sudah diperoleh data yang patognomonik atau spesifik mendukung diagnosis kerja. Diagnostik kerja dan diagnostik banding yang ditetapkan sangat bermanfaat dalam perencanaan terapi, perencanaan diagnostik, dan dalam upaya komunikasi dengan pasien, mengingat setiap pasien ingin dokter yang merawatnya sudah mengetahui penyakitnya atau masalah kesehatan yang dihadapinya.

Upaya pembuktian hipotesis kerja dapat dilakukan dengan terapi empiris (*empiric and logic base medicine*) yaitu data klinis yang diperoleh dihubungkan dengan epidemiologi dan pengalaman menentukan hipotesis lalu dilakukan terapi. Jika setelah terapi dilakukan terdapat kesembuhan, berarti hipotesis kerja yang dirumuskan benar. Proses bagaimana diagnosis dirumuskan dapat dilihat pada gambar 2.1.

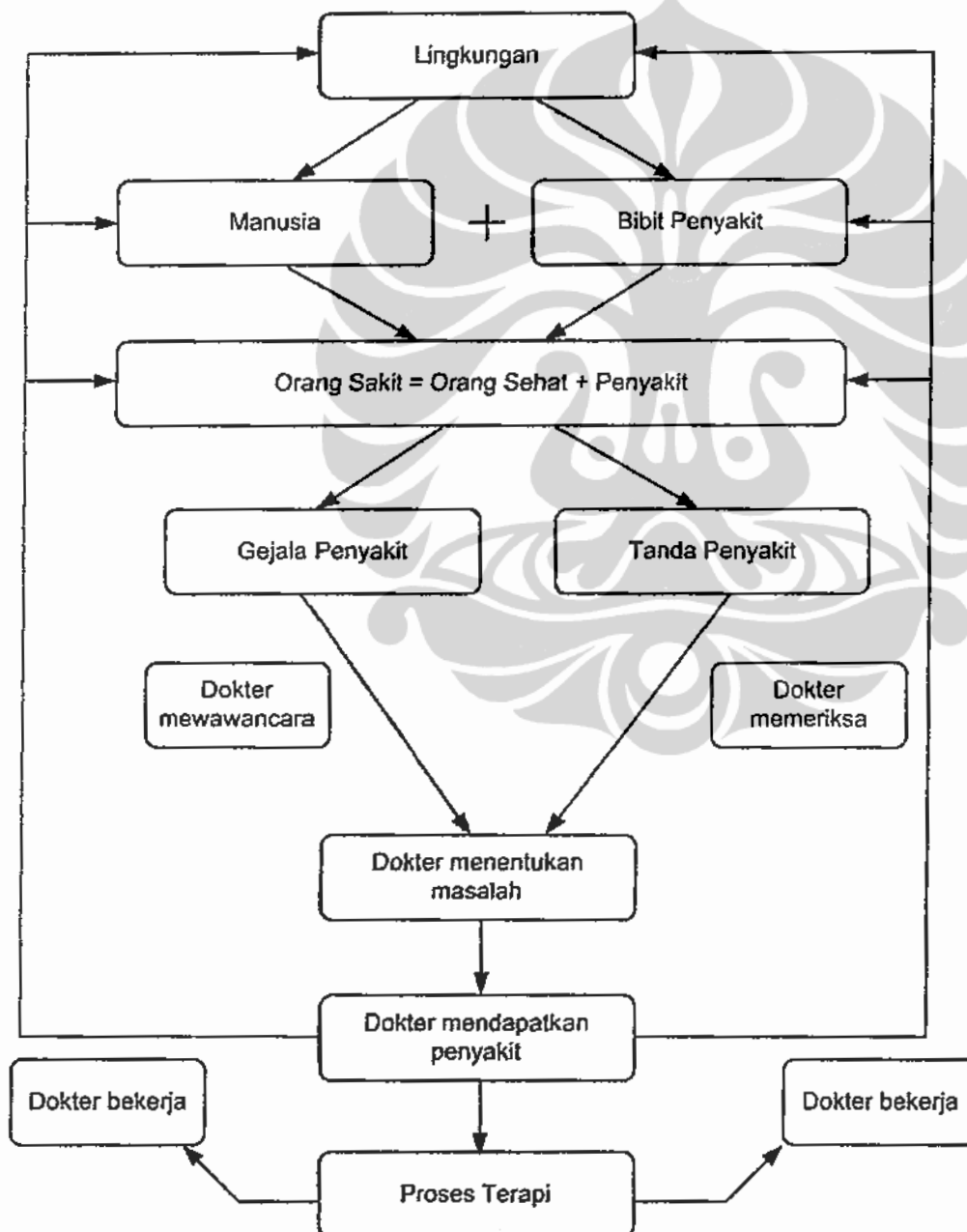
## 2.8 Rekam Medis

Rekam Medis merupakan *dokumen atau berkas yang berisi catatan tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain kepada pasien pada sarana kesehatan*. Isi dari rekam medis dapat menjadi bukti atas segala upaya yang dilakukan tenaga medis di rumah sakit terhadap penatalaksanaan pasien hingga kondisinya pulih atau sebaliknya. Dengan demikian rekam medis dapat juga menjadi tolak ukur kualitas pelayanan yang diberikan rumah sakit kepada pasiennya. Rekam medis merupakan dokumen yang

bersifat legal, yang membutuhkan pengelolaan tersendiri baik dalam menjamin kerahasiaan informasi yang ada di dalamnya, cara mengisinya dan pihak-pihak yang berwenang untuk mengisinya, serta pengelolaan dokumen rekam medis dalam penyimpanan dan mendistribusikannya.

Gambar 2.1.

Alur pemikiran dokter dalam penetapan diagnosis



Rekam medis diisi oleh dokter dan atau tenaga kesehatan lainnya, yang memberikan pelayanan langsung kepada pasien, sesuai dengan ketentuan dalam PP No.32 tahun 1996 tentang tenaga kesehatan. Pengguna rekam medis adalah para dokter, perawat, ahli gizi, staf administrasi, mahasiswa kedokteran, peneliti, insurer, ahli hukum, dsb. Rekam medis digunakan sebagai sumber dalam penatalaksanaan dan perawatan pasien, perhitungan kebutuhan medis dan biaya pelayanan, bahan penelitian, bahan evaluasi pelayanan pembiayaan untuk penjamin biaya seperti asuransi atau pemerintah, sebagai dasar untuk pelayanan medis lanjutan setelah pasien pulang, bahkan menjadi bahan bukti dalam gugatan hukum malpraktek

Peraturan-peraturan terkait dokumen rekam medis, antara lain:

1. Undang-Undang Nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan
2. Peraturan Pemerintah Nomor 32 tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan
3. Permenkes 749a/Menkes/Per/XII/1989

Data dalam rekam medis dapat menjadi dasar pengembangan sistem informasi kesehatan (SIK) bagi rumah sakit untuk menunjang peningkatan manajemen administrasi dan manajemen kasus atau penyakit, termasuk dapat dibuat pemetaan kasus seperti tingkat mortalitas dan morbiditas penyakit, LOS (*length of stay*) pasien, dsb. Beberapa standar dalam rekam medis, antara lain:

1. Rekam medis harus mencantumkan diagnosis waktu pasien diterima oleh dokter
2. Untuk setiap pasien pulang harus ada ringkasan medis yang mencakup, antara lain: diagnosis akhir sewaktu pasien pulang, prosedur tindakan yang dilakukan, rencana pemeriksaan lanjutan, instruksi untuk pasien (jika perlu)

### Pengisian Rekam Medis

Pengisian Rekam Medis merupakan bentuk komunikasi tertulis. Aktivitas menulis merupakan sebuah proses, yang dijelaskan sebagai berikut:

*The process of writing actually refers to the continual back-and-forth nature of analyzing, communicating, reassessing, and revising what is being communicated.*

Proses menulis terbagi dalam 3 tahap, yaitu:

1. *Prewriting*, sebelum menuliskan seseorang perlu memikirkan siapa yang akan membaca tulisan tersebut.
2. *Writing*, penulisan akan lebih efektif jika bentuk atau format penulisan memperhatikan standar dari jenis dokumen yang akan ditulis. Rekam medis berisi catatan medis yang pengisian data-data medis di dalamnya mengacu pada standar penulisan sesuai standar profesi kedokteran dan keperawatan atau buku ajar kedokteran. Komunikasi tertulis yang efektif dan persuasif sangat bergantung pada pilihan bahasa / kata-kata penulis, dengan demikian pembaca akan mendapatkan informasi yang jelas dan tepat.
3. *Reviewing*, sebagai dokumen yang bersifat legal, maka rekam medis harus terhindar dari kesalahan penulisan. Jika kesalahan penulisan terjadi, maka tulisan tersebut tidak dapat dihapus. Tetapi dibuat koreksi dengan cara yang khusus layaknya dokumen legal. Untuk itulah membaca ulang catatan yang dituliskan dalam rekam medis dan mengoreksinya perlu dilakukan, untuk menghindari misinterpretasi dan miskomunikasi.

Studi dari Pagano (1990) memperlihatkan beberapa hal, yaitu: (i) 75% dari 21 dokter menuliskan lebih banyak catatan dalam rekam medis setelah ada *Medicare review* dan *peer review*, yaitu suatu mekanisme evaluasi pada sistem asuransi kesehatan; (ii) Para dokter merasakan kurangnya informasi formal yang diberikan dalam penulisan rekam medik dalam proses pendidikan dokter; (iii) Hanya 4 (19%) diantara mereka yang mengikuti kursus tentang bagaimana mengisi rekam medis. Bagi dokter yang tidak mendapatkan pelatihan khusus untuk mengisi rekam medis membutuhkan waktu sekitar

lebih dari 15 menit untuk mengisi rekam medis pasien; (iv) Para dokter merasa tidak yakin bahkan mereka sendiri masih mempertanyakan apakah catatan rekam medis mereka dapat sepenuhnya difahami oleh dokter sejawat yang akan membutuhkannya di kemudian hari atau apakah dapat pula memenuhi kebutuhan *Medicare reviewer*.

## 2.9 Catatan Medik Berorientasi Masalah (CMBM)

Catatan medik berorientasi masalah (CMBM) dikenal juga sebagai POMR (*Problem Oriented Medical Records*) yang diperkenalkan oleh Dr Lawrence Weed pada tahun akhir tahun 1950. Secara umum CMBM sejalan dengan metodologi ilmiah yang melakukan pendekatan logis dan sistematis untuk memecahkan permasalahan medis yang dihadapi melalui 4 (empat) langkah, yaitu: data dasar (*data base*), daftar masalah, rencana awal, catatan perkembangan, yaitu:

1. Data dasar (*data base*) merangkum pernyataan pasien tentang masalah kesehatannya, mencakup penyakit yang diderita saat ini, riwayat penyakit sebeumnya, review dari sistem tubuh, riwayat keluarga, riwayat sosial, dan hasil pemeriksaan fisik.
2. Daftar masalah adalah mencakup seluruh masalah yang dihadapi pasien, baik medis maupun nonmedis. Masalah-masalah yang ditemukan diberi nomor, judul, diberi tanggal.
3. Rencana awal dibutuhkan dalam mengumpulkan informasi lanjutan untuk diagnostik dan penatalaksanaan medis.
4. Catatan perkembangan pasien dituliskan dalam urutan SOAP yaitu: (i) *subjective*: catatan tentang keluhan yang dirasakan pasien; (ii) *objective*: pernyataan pasien diukur dari hasil pemeriksaan medis yang dilakukan, seperti tekanan darah, frekuensi pernafasan, frekuensi denyut nadi, hasil pemeriksaan laboratorium; (iii) *assessment*: pernyataan yang menyebutkan kondisi yang ada atau dialami oleh pasien saat ini dan perubahan kondisi yang dialaminya.; (iv) *plan*: rencana penatalaksanaan dokter terhadap

kondisi pasien saat ini yang perlu dilakukan segera dan menjadi bagian dari rencana keseluruhan dalam tata laksana permasalahan pasien.

Pada akhir masa perawatan akan dilengkapi dengan resume yang merupakan intisari penanganan masalah selama di rumah sakit.

Manfaat CMBM adalah

1. akan memotivasi dokter, paramedik dan petugas kesehatan lainnya berfikir logis dan sistematis dalam memecahkan masalah
2. dapat digunakan untuk pendataan yang efektif dan efisien
3. memberikan peluang bagi dokter untuk mengkomunikasikan jalan pikirannya kepada anggota tim medis/kesehatan lainnya
4. sebagai sarana pendidikan
5. sebagai sarana evaluasi aspek medis, keuangan dan sistem asuransi.

Kelemahannya:

1. Akan membutuhkan waktu yang lebih lama untuk melengkapinya
2. Membutuhkan motivasi dari tim medis.

#### 2.10 Pelayanan Medis yang berbasis pengetahuan (*Evidence Based*)

Rumah sakit merupakan institusi yang padat modal, padat karya, padat teknologi. Namun tidak dapat dipungkiri pula bahwa rumah sakit juga menghadapi banyak masalah guna menjalankan fungsinya. Menurut Rowland dalam bukunya "*Hospital Administration Handbook*" (1984) menyebutkan bahwa rumah sakit adalah salah satu sistem kesehatan yang paling kompleks dan paling efektif di dunia. Dalam lingkup rumah sakit terbentuk organisasi yang terdiri dari para pemberi (*provider*) pelayanan medis/kesehatan yang profesional dan bersifat otonom, namun tidak bekerja sendiri-sendiri.

Selayaknya sebuah rumah sakit dapat memberikan pelayanan medis yang berkualitas dan senantiasa melakukan kontrol atas kualitas pelayanannya (*quality control*). Pelayanan medis bukanlah *single product*, sebaliknya terdiri dari

rentetan proses yang meliputi berbagai komponen intervensi. Masing-masing intervensi medis memiliki persyaratan dan standar kualitasnya sendiri.

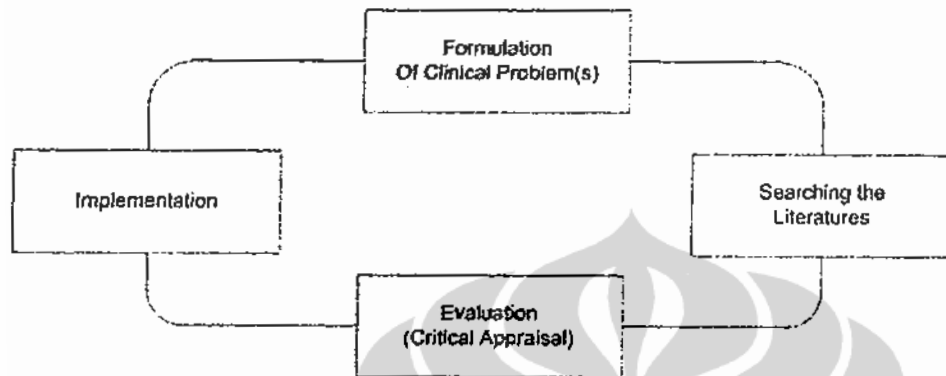
Para dokter memandang kualitas pelayanan medis sebagai aplikasi dari pengetahuan medis yang berdasarkan *evidenced based* atau lengkapnya dikenal sebagai istilah *evidenced based medicine*, guna memenuhi kebutuhan (*need*) medis. *Evidenced based medicine* dimanfaatkan pada saat munculnya keraguan pada berbagai aspek medis, seperti diagnosis, prognosis atau manajemen kasus. Ada empat langkah *evidenced based medicine*, yaitu: (1) Merumuskan dengan tepat pertanyaan yang terkait dengan masalah pasien dalam aspek medis; (2) Mencari berbagai literatur medis yang terkait; (3) Mengevaluasi secara kritis evidence tersebut akan validitas dan kemanfaatannya; (4) Mengimplemetasikan hasil telaahan tersebut dalam pelayanan medis melalui pemanfaatan sumber-sumber daya yang dimiliki rumah sakit. (gambar 3) Dari sisi pasien umumnya mereka lebih melihat pada aspek-aspek lain seperti mudahnya berkomunikasi dengan dokter, lamanya waktu menunggu, perilaku dokter saat melayani mereka, hilangnya rasa sakit atau kesembuhan.

Panduan klinik (*clinical guideline*) didefinisikan sebagai *systematically developed statement to assist practitioner and patient decisions about appropriate health care for spesific circumstances*. Panduan klinik umumnya dikembangkan atau dirumuskan oleh para dokter berdasarkan pengetahuan medis yang *evidence-based*. Berdasarkan panduan klinik ini, maka proses intervensi medis dapat dievaluasi dan menjadi bahan bagi peningkatan kualitas pelayanan yang diberikan.

Komite Medis yang berada dalam struktur organisasi rumah sakit dapat berperan aktif dalam mengembangkan *evidenced based medicine* dan panduan klinik (*clinical guideline*) rumah sakit sehingga pelayanan medis yang diberikan oleh para provider di rumah sakit, khususnya dokter, dapat dilakukan secara komprehensif berdasarkan patofisiologi yang rasional, pengalaman medis provider yang handal, dan sumber pengetahuan yang valid dan aktual.



Gambar 2.2.  
Empat langkah *evidence based medicine*



### BAB 3

## KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERATIONAL

### 3.1 Kerangka Konsep

Penelitian yang akan dilakukan merupakan penelitian kuantitatif dengan metode *cross-sectional* guna mendapatkan informasi karakteristik diagnosis bedah sesar dan faktor-faktor mempengaruhinya pada ibu bersalin. Dalam penelitian ini akan dinilai berbagai determinan yang dikelompokkan dalam faktor ibu (usia, pendidikan, pekerjaan, usia kehamilan, paritas), faktor dokter, faktor jenis pembayar, faktor sifat operasi dan faktor waktu operasi. Faktor-faktor ini akan dilihat hubungannya terhadap diagnosis bedah sesar.

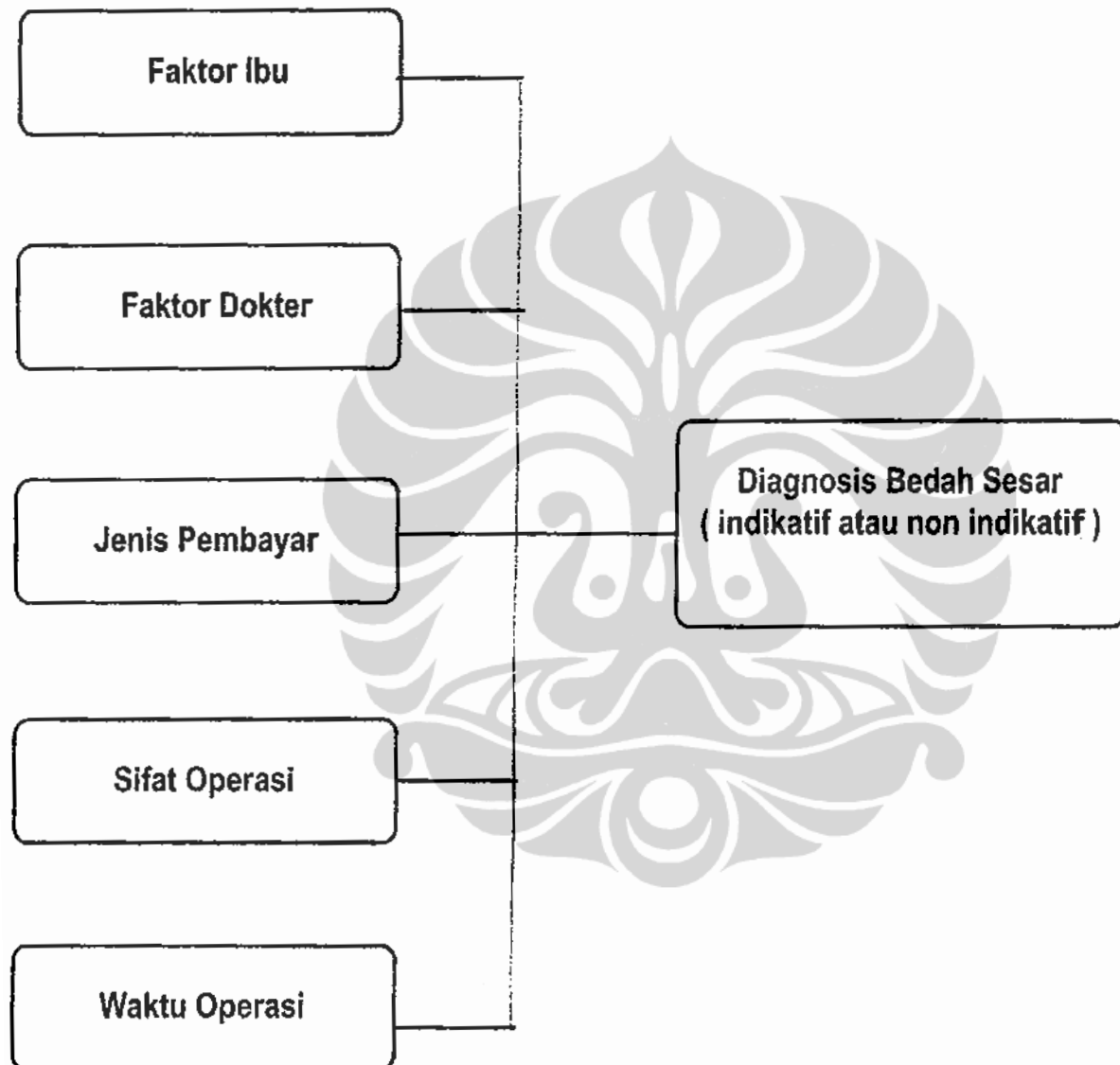
Data yang akan dikumpulkan adalah data sekunder dari rekam medik pasien yang bersalin di Rumah Sakit Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor yang meliputi data pasien dari rekam medis dan data administrasi lain yang mendukung.

Berdasarkan tinjauan pustaka maka dikembangkan kerangka konsep penelitian yang dilihat pada halaman 30.

### 3.2 Definisi Operational

Definisi operational dapat dilihat pada matriks halaman 31.

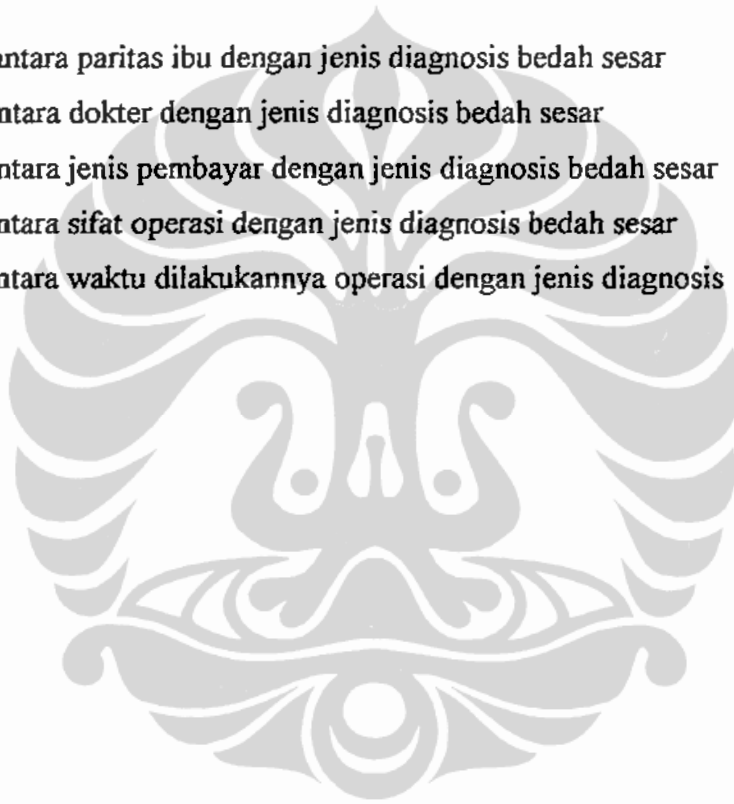
Kerangka konsep :



No	Topik	Def Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1	Diagnosis bedah sesar	Penetapan tindakan bedah sesar dengan diagnosis yang indikatif atau non-indikatif	Mendata Informasi yaitu kelengkapan dan kesesuaian data diagnosis sebelum dan sesudah tindakan bedah sesar	formulir isian	1. Diagnosis indikatif bila kedua kriteria informasi tersebut terpenuhi. 0. Diagnosis non-indikatif bila salah satu diantara kedua kriteria informasi tersebut tidak terpenuhi	Nominal
2	Ibu					
	a. Umur	umur saat masuk rumah sakit untuk mendapat pelayanan	penelusuran informasi rekam medis	formulir isian	1. Tidak beresiko : <= 35 th 2. Beresiko: >35 th	Nominal
	b. pendidikan	proses belajar yang dijalani di bangku sekolah	penelusuran informasi rekam medis	formulir isian	1. rendah : < SMP 2. Tinggi : > SMP	Nominal
	c. pekerjaan	kegiatan ekonomi yang dilakukan untuk menghasilkan pendapatan	penelusuran informasi rekam medis	formulir isian	1. IRT 2. bekerja	Nominal
	d. usia kehamilan	Hitungan umur hasil konsepsi sejak nidasi sampai saat persalinan yang dihitung oleh dokter	Penelusuran dokumen rekam medis dengan melihat waktu penetapan usia kehamilan ibu sebelum bersalin	formulir isian	1. aterm : usia kehamilan antara 38-42 minggu 2. non-aterm : Usia keahmian dibawah 38 minggu	Nominal
	e. Paritas	Jumlah persalinan dialami ibu mulai kehamilan pertama sampai terakhir	Penelusuran dokumen rekam medis dengan melihat riwayat persalinannya	formulir isian	1. berartl paritas 0 sampai 1 2. berartl paritas >=2	Nominal
3	Dokter	Dokter yang memiliki kompetensi dan kewenangan dalam melakukan tindakan bedah sesar	Dokter yang memegang ijin praktek spesialis obstetri & ginekologi di rumah sakit.	formulir isian	Ada 3 Spesialis Obsgyn. 0 = Dr 1; 1 = Dr 1; 2 = Dr 3	Nominal
4	Sifat membayar	Pelaksanaan pembayaran yang berhubungan dengan tindakan operasi yang telah dilakukan	Penelusuran informasi pembayaran klaim rumah sakit dalam dokumen rekam medis	formulir isian	1. Jamkesmas/Jamkesda , artinya pembayaran melalui Program Jamkesmas atau Jamkesda 2. bayar artinya membayar lewat jaminan asuransi atau dana sendiri / pribadi	Nominal
5	Sifat operasi	Pelaksanaan operasi yang berhubungan dengan proses persiapan tindakan operasi yang akan dilakukan	Penelusuran dokumen rekam medis dengan tips tindakan bedah yang dilakukan	formulir isian	1. elektif (EL), jika pasien dipersiapkan sekurang-kurangnya 12 jam sebelum operasi dilakukan 2. Emergency (EM), jika tindakan operasi pada pasien dilakukan kurang dari 12 jam sejak ditetapkan/diputuskan	Nominal
6	Waktu operasi	Pelaksanaan tindakan operasi dalam periode waktu 24 jam	Penelusuran dokumen rekam medis dengan melihat waktu pelaksanaan pembedahan, yang dibagi dalam 2 alokasi waktu	formulir isian	1. antara pukul 06.00-18.00 2. antara pukul 18.00-06.00	Nominal

### 3.3 Hipotesis Penelitian

1. Ada hubungan antara umur ibu dengan jenis diagnosis bedah sesar
2. Ada hubungan antara pendidikan ibu dengan jenis diagnosis bedah sesar
3. Ada hubungan antara pekerjaan ibu dengan jenis diagnosis bedah sesar
4. Ada hubungan antara usia kehamilan ibu dengan jenis diagnosis bedah sesar
5. Ada hubungan antara paritas ibu dengan jenis diagnosis bedah sesar
6. Ada hubungan antara dokter dengan jenis diagnosis bedah sesar
7. Ada hubungan antara jenis pembayar dengan jenis diagnosis bedah sesar
8. Ada hubungan antara sifat operasi dengan jenis diagnosis bedah sesar
9. Ada hubungan antara waktu dilakukannya operasi dengan jenis diagnosis bedah sesar



## **BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN**

### 4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif analitik secara potong lintang atau *cross-sectional* dengan menggunakan data sekunder, karena baik variable independen maupun variabel dependen dilakukan pada waktu yang sama. Studi analitik merupakan analisis yang menguji hipotesa-hipotesa dan menjelaskan interpretasi dari hubungan-hubungan tersebut.

### 4.2 Waktu dan Lokasi penelitian

Penelitian dilaksanakan di RS Dr. H. Marzoeki Mahdi, Bogor dengan menggunakan data rekam medis dari pasien dengan tindakan bedah sesar selama periode Januari sampai Oktober 2008. Penelitian sendiri dilakukan selama bulan November 2008 sampai dengan Mei 2009

### 4.3 Populasi & Sample Penelitian

Populasi penelitian adalah seluruh pasien rawat inap kasus obstetrik di Rumah Sakit Rumah Sakit Marzoeki Mahdi dari Januari sampai dengan Oktober 2008, baik cito maupun elektif. Populasi sampel adalah seluruh pasien rawat inap kasus obstetri yang mulai mendapat perawatan mulai bulan Januari sampai dengan Oktober 2008. Kriteria sample yang diambil adalah pasien ibu bersalin dengan bedah sesar yang mendapat pelayanan mulai Januari sampai dengan Oktober 2009, yang tidak memiliki penyakit penyerta.

Perhitungan sampel telah dilakukan sejak awal November 2008, sehingga sampel yang diambil adalah ibu bersalin dengan bedah sesar yang dirawat di RSMM mulai 1 Januari sampai dengan 30 Oktober 2008. Besar sampel yang diambil sebanyak 98, yang merupakan total sampling. Sampel yang berhasil dikumpulkan semula sebanyak 256 dari 302 ibu bersalin dengan bedah sesar.

Rekam Medis dari sampel yang diperoleh tersebut dikumpulkan dan diobservasi untuk mendapatkan data dari karakteristik ibu dan bayi, baik yang bersifat klinis maupun non-klinis dengan ditambah dengan data suami, seperti pekerjaan, umur dan pendidikannya. Namun dalam proses pengumpulan data, peneliti mendapat banyak kesulitan karena ternyata tidak mudah mendapatkan data lengkap sesuai dengan konsep penelitian yang dirumuskan di awal penelitian ini. Oleh karena itu data yang telah dikumpulkan kemudian dicek kembali kelengkapannya, sampai akhirnya jumlah sampel menyusut atau berkurang dari 256 sampel menjadi 173 sampel. Pada pengecekan kelengkapan data tahap kedua, jumlah sampel kembali berkurang menjadi 105. Pada tahap terakhir, beberapa data yang masih membutuhkan pengecekan ulang pada rekam medis di RSMM ternyata tidak dapat dilakukan karena dokumen rekam medis yang diperlukan tidak ada di ruang rekam medis, maka akhirnya diputuskan untuk menetapkan 98 sampel yang dianggap cukup lengkap untuk pengolahan data lebih lanjut.

#### 4.4 Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data yang digunakan yaitu formulir isian. Pengumpulan data dilakukan di RSMM, mengingat rekam medis tidak diperkenankan untuk keluar dari rumah sakit dan tidak boleh digandakan. Pengumpulan data dilakukan

sendiri oleh peneliti, dengan sedikit dibantu oleh staf rekam medis dan staf ruang obstetri rumah sakit.

Sebelum pengumpulan data, formulir isian telah dipersiapkan sehingga memudahkan peneliti untuk melakukan proses tersebut. Untuk selanjutnya data yang dikumpulkan juga dapat dengan cepat dipilah dan dikelompokkan.

Data yang dikumpulkan berasal dari rekam medis berupa resume medis, laporan operasi, dokumen perawatan dan pemeriksaan medis oleh dokter. Peneliti melakukan penelusuran dokumen secara langsung dan mengerjakannya sendiri. Hal ini dilakukan mengingat tingkat kesulitan dalam membaca dan menelaah dokumen rekam medis yang diisi oleh dokter, perawat dan bidan dengan beragam informasi. Hal ini juga diupayakan untuk mengurangi bias jika dokumen dibaca oleh orang yang berbeda. Data yang dituliskan dalam dokumen rekam medis dikerjakan oleh dokter dengan tulisan tangan yang kurang tegas dan sulit dibaca. Untuk itu dibutuhkan pemahaman ilmu pengetahuan kedokteran (medis) yang cukup untuk bisa menelusuri dan menelaahnya. Penulisan informasi medis juga dilakukan dokter dengan ungkapan atau penjelasan yang cukup beragam. Sebagai acuan atau dasar kesesuaian penetapan diagnosis dan kesesuaian informasi digunakan Buku Ilmu Kebidanan dari Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, dan Universitas Udayana.

Proses pengumpulan data ini mengambil bagian waktu terbanyak dalam penelitian karena peneliti melakukan pengecekan data secara berulang untuk menghindari kesalahan dalam membaca data dalam dokumen, memastikan kesesuaian data rekam medis dengan data registrasi pasien di instalasi rawat inap obstetri, termasuk menunggu rekam medis yang sementara masih berproses dan



belum kembali ke ruangan rekam medis. Kendala lain adalah sulitnya mendapatkan data yang seluruhnya lengkap dalam rekam medis pasien.

#### 4.5 Pengolahan Data

Semua data yang telah terkumpul diolah melalui tahapan:

##### Editing:

Yaitu pengecekan informasi yang telah dikumpulkan dalam bentuk form isian. Kelengkapan dokumen meliputi data jenis kelamin, umur pasien, data suami pasien, sifat pembedahan, dokter yang melakukan tindakan bedah sesar, jenis pembayaran, diagnosis bedah sesar dan beberapa data pendukung medis pasien. Informasi ini diinput kedalam format microsoft excel. Jika ada data yang tidak lengkap, maka data dilengkapi kembali sebelum memasuki tahap berikutnya, dengan menelusuri kembali data dalam rekam medis.

##### Coding:

Yaitu mengubah data kedalam bilangan disesuaikan dengan parameter pengukuran yang telah ditentukan dalam definisi operasional. Pengkodean ini dilakukan agar mempermudah proses data selanjutnya. Seluruh data yang dikumpulkan lalu diubah kedalam kode, untuk selanjutnya hasil pengukuran dituliskan dalam bentuk kategorik.

##### Cleaning

Pemeriksaan data-data yang kemungkinan salah dalam proses memasukkan datanya. Kesalahan dalam tahap ini sangat dimungkinkan karena pemasukkan data dilakukan satu demi satu. Cleaning data penting dilakukan guna memudahkan peneliti dalam melakukan pengolahan dan analisis data. Pada tahap

ini dilakukan pemeriksaan sel di SPSS yang missing atau tidak sesuai definisi operational. Bila ada yang missing, ditelusurin kembali ke sumber awal yaitu formulir excel nya.

#### 4.6 Analisis Data

Setelah semua data dikumpulkan, diperiksa, dan diedit. Maka dilakukan analisa data:

##### Analisa Univariat (*deskriptif*)

Data yang telah diolah dengan bantuan software komputer akan dianalisis secara

Univariat agar diperoleh gambaran masing-masing variabel independen dan variable dependen mencakup :

- Ibu : usia, pendidikan, kerja, usia kehamilan dan paritas
- Dokter
- Jenis pembayar
- Sifat operasi
- Waktu operasi

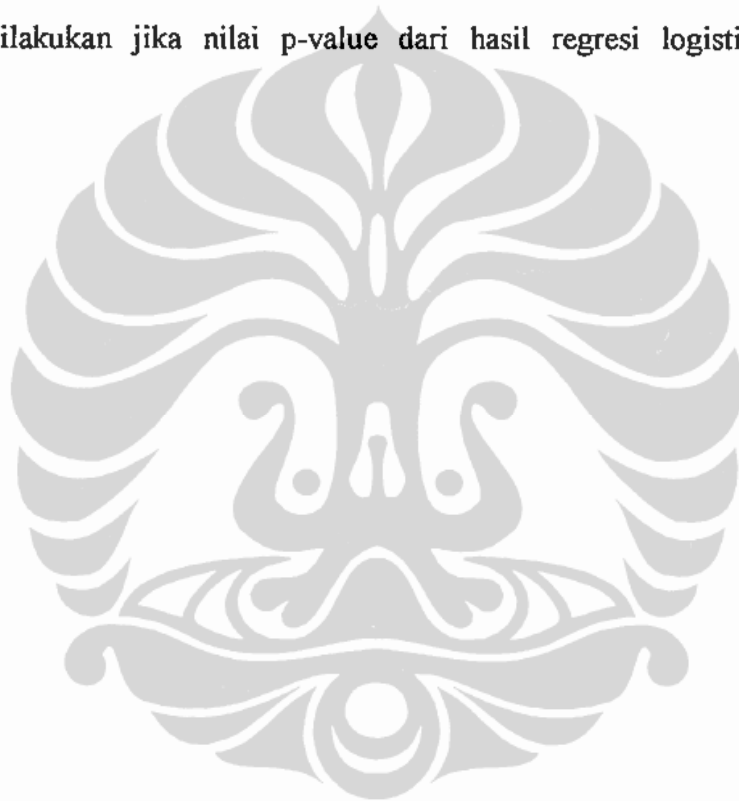
##### Analisa Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antara satu variable independen dan dependen. Pengujian dilakukan dengan menggunakan *uji Chi-square*. Tabel silang yang diterapkan dengan menggunakan nilai kemaknaan pada  $p < 0,05$ , estimasi *confidence interval* (CI) dengan tingkat kepercayaan 95% untuk melihat hubungan dua variabel. Bila nilai  $p\text{-value} < 0.05$  berarti hasil perhitungan

statistik bermakna atau signifikan, tetapi bila nilai  $p\text{-value} > 0.05$  berarti hasil perhitungan statistik tidak bermakna.

#### Analisa Multivariat

Analisa Multivariat digunakan untuk menunjukkan faktor mana yang paling dominan dalam menentukan hubungannya dengan diagnosis bedah sesar. Analisa yang digunakan adalah dengan menggunakan uji statistik regresi logistik (*logistic regression*). Uji ini dilakukan jika nilai  $p\text{-value}$  dari hasil regresi logistik sederhana  $\leq 0.25$ .



## **BAB 5 HASIL PENELITIAN**

### 5.1 Rumah Sakit Dr. H Marzoeki Mahdi (RSMM)

#### 5.1.1 Perkembangan Rumah Sakit

Rumah Sakit ini telah berdiri sejak sekitar 127 tahun lalu. Pada tahun 1978 ditetapkan sebagai rumah sakit jiwa pusat bogor berdasarkan SK Menkes No. 135/Menkes/SK/IV/78. Pada tahun 2002 berubah nama menjadi Rumah Sakit Dr. H Marzoeki Mahdi Bogor berdasarkan SK Menkes No.266/Menkes/SK/IV/2002 tanggal 10 April 2002. Selanjutnya, sejak 2007 lalu menjadi instansi pemerintah yang menerapkan PPK-BLU berdasarkan SK Menkeu No. 279/KMK.05/2007 tanggal 21 Juni 2007 dan SK Menkes No.756/Menkes/SK/VI/2007 tanggal 26 Juni 2007.

Rumah Sakit Dr. H Marzoeki Mahdi (RSMM) merupakan rumah sakit pusat UPT Depkes RI dan RS jiwa pertama di Indonesia dengan pelayanan unggulan untuk pelayanan kesehatan jiwa dan NAPZA, dan akan terus dikembangkan menjadi pusat rujukan nasional dan pengembangan pendidikan kesehatan dan penelitian. Rumah Sakit ini juga telah menjalankan fungsi sebagai tempat pendidikan bagi siswa keperawatan & kebidanan, serta mahasiswa kedokteran

#### 5.1.2 Pelayanan Rumah Sakit

Rumah sakit ini menjadi tempat rujukan penting kasus obstetri bagi masyarakat kota Bogor, kab Bogor dan sekitarnya, khususnya bagi pasien program Jamkesmas mengingat kebijakan rumah sakit untuk sepenuhnya memfasilitasi pelayanan bagi pasien keluarga miskin dengan jaminan pembiayaan dari pemerintah, baik pemerintah pusat, maupun Pemerintah Kabupaten dan Kota Bogor.

Pelayanan Kebidanan dirintis sejak tahun 2002 dengan membangun poliklinik kebidanan, selanjutnya di tahun 2003 dibuka pelayanan rawat inap obstetri. Penambahan unit pelayanan kesehatan umum seperti obstetri ini tetap ditujukan guna meningkatkan pelayanan bagi pasien psikiatri, selain dapat juga dinikmati oleh pasien umum. Dengan demikian pasien psikiatri yang membutuhkan pelayanan persalinan tidak perlu berpindah ke fasilitas pelayanan lain ketika membutuhkan pertolongan persalinan atau penanganan kasus obstetri lainnya.

Sampai tahun 2008 pelayanan rawat inap obstetri telah ditingkatkan dengan fasilitas 14 tempat tidur (TT), mencakup 4 TT perawatan kelas II dan 10 TT perawatan kelas III. Pelayanan rawat inap untuk pasien obstetri juga dilakukan di ruang rawat inap kelas I dan kelas VIP. Pelayanan Obstetri dilayani oleh sumber daya manusia yang meliputi: 3 (tiga) dokter spesialis Obstetri & ginekologi, 1 (satu) dokter umum, 15 (lima belas) bidan, 1 (satu) perawat, 1 (satu) staf administrasi.

Cakupan persalinan dengan tindakan bedah sesar dari tahun 2006-2008 diperlihatkan dalam tabel 5.1 dibawah ini:

Tabel.5.1.

Cakupan Persalinan RSMM tahun 2006-2008

Tahun	Bedah Sesar	Total persalinan	SC rate
2006	224	814	27,5%
2007	372	978	38,0%
2008	356	915	38,9%

Sumber: Registrasi pasien di instalasi rawat inap obstetri tahun 2008 & 2007, dan Laporan Akuntabilitas Kinerja Rumah Sakit Dr. H.Marzoeki Mahdi Bagian Obstetri tahun 2006

Persalinan dengan bedah sesar masuk dalam dalam urutan diagnosa rawat inap terbesar ke-5 pada tahun 2007 dan ke-4 pada tahun 2008 dalam lingkup

pelayanan medis umum yang dilakukan oleh rumah sakit (tabel 5.2 dan tabel 5.3). Porsi pembedahan dalam pelayanan kebidanan (obsteri) berada dalam urutan kedua dalam pelayanan bedah ditahun 2008 setelah bedah umum, yang mencakup 442 pembedahan, terdiri dari berbagai tipe yaitu: 4 operasi khusus, 431 operasi besar, 5 operasi sedang & 2 operasi kecil. (tabel 5.4)

Tabel 5.2.

Daftar Sepuluh Besar Diagnosa Rawat Inap Non-psikiatri RSMM tahun 2007

No.	Kode ICD	Nama Penyakit	Jumlah
1	A91	Dengue Haemorrhagic fever	771
2	F20.0	Paranoid schizophrenia	586
3	Z38.0	Singleton, born in hospital	494
4	080	Single spontaneous delivery	361
5	P03.4	Fetus & newborn affected by caesarean delivery	250
6	005	Other abortion	181
7	J18.0	Bronchopneumonia, unspecified	150
8	110	Essential (primary) hypertension	128
9	A16.2	Tuberculosis of lung, without mention of bacteriological	127
10	K52.9	Noninfective gastroenteritis & colitis, unspecified	123

Sumber: Laporan Akuntabilitas Kinerja Rumah Sakit Dr. H.Marzoeki Mahdi Bogor tahun 2007

Tabel 5.3.

## Daftar Sepuluh Besar Diagnosa Rawat Inap Non-psikiatri tahun 2008

No.	Kode ICD	Nama Penyakit	Jumlah
1	A91	Dengue Haemorrhagic fever	313
2	F20.0	Paranoid schizophrenia	290
3	Z38.0	Singleton, born in hospital	202
4	P03.4	Fetus & newborn affected by caesarean delivery	185
5	K52.9	Noninfective gastroenteritis & colitis, unspecified	165
6	J18.0	Bronchopneumonia, unspecified	152
7	A16.A	Tuberculosis of lung, without mention of bacteriological	145
8		Other single delivery by caesarean section	134
9	080	single spontaneous delivery	126
10	110	Essential (primary) hypertension	109

Sumber: Laporan Akuntabilitas Kinerja Rumah Sakit Dr. H.Marzoeki Mahdi Bogor tahun 2008

Tabel 5.4.  
Jumlah Pembedahan di RSMM tahun 2008

No.	Spesialisasi	Jenis Pembedahan				Total
		Khusus	Besar	Sedang	Kecil	
1	Bedah Umum	9	219	419	17	664 (1)
2	Bedah Syaraf	13	1	-	-	14
3	Bedah Orthopedi	7	50	38	-	95
4	THT	-	-	9	-	9
5	Mata	9	30	25	5	69
6	Kulit & Kelamin	-	-	-	-	-
7	Gigi & Mulut	2	6	7	-	15
8	Kardiologi	-	-	-	-	-
9	Obsgyn	4	431	5	2	442 (2)
10	Lain-lain	-	-	-	-	-

Sumber: Laporan Akuntabilitas Kinerja Rumah Sakit Dr. H.Marzoeki Mahdi Bogor Sub Bag Rekam Medis tahun 2008

### 5.1.3 Pencatatan Rekam Medis

Dari laporan Bagian Rekam Medis, didapatkan bahwa kuantitas kelengkapan data isian dari resume medis pasien-pasien kasus obstetri dari 1.063 dokumen rekam medis yang diperiksa mencapai 68,85% (Tabel 5.5). Tantangan ke depan dengan perubahan status rumah sakit menjadi Badan Layanan Umum (BLU) dengan pengelolaan keuangan yang mandiri maka dibutuhkan peningkatan manajemen data dan informasi guna menunjang peningkatan kualitas dan kuantitas pelayanan yang dapat diberikan kepada masyarakat. Kelengkapan data sangat dibutuhkan untuk keperluan pelayanan medis, manajemen maupun keuangan. Untuk itu, pada tahun 2008 telah dilakukan input data pasien baik di unit rawat jalan, UGD dan unit rawat inap yang diintegrasikan dengan



komputerisasi *billing system*, namun upaya dirasa belum banyak memberikan informasi yang optimal.

Tabel 5.5.  
Kelengkapan Rekam Medis Berdasarkan Resume Medis tahun 2008

No.	SMF	Jml Resume Medis terisi	Persentase
1	Penyakit Dalam	1.250	63.32%
2	Penyakit Anak	1.512	70.13%
3	Bedah	364	60.07%
4	Bedah Tulang	49	56.32%
5	Obsgyn	1.063	68.85%
6	Mata	9	42.86%
7	THT	4	33.33%
8	Gigi & Mulut	17	73.91%
9	Jantung	51	51.00%
10	Paru	182	76.47%
11	Neurologi	310	58.60%
12	Psikiatri	1.477	98.14%
13	Kulit & Kelamin	2	100.00%
14	Psikogeriatric	62	59.62%
	Jumlah	6.352	71.36%

Sumber: Laporan Akuntabilitas Kinerja Rumah Sakit Dr. H.Marzoeki Mahdi Bogor Sub Bag Rekam Medis tahun 2008

Penggunaan INA DRG'S (*case mix*) sistem yang akan dimulai pada tahun 2009, akan lebih membutuhkan ketepatan dan kecepatan petugas pelayanan dalam pendokumentasian dan penulisan diagnosis yang tepat dan akurat, sehingga pelayanan kepada pasien dan masyarakat dapat ditingkatkan. Namun proses ini masih membutuhkan waktu untuk proses penginputan data hingga saat ini.

## 5.2 Analisis Univariat

### 5.2.1 Karakteristik Diagnosis Bedah Sesar

Diagnosis Bedah sesar pada pasien ibu bersalin dapat dilihat dari tabel 5.6. dibawah ini :

Tabel 5.6.  
Distribusi Diagnosis Bedah Sesar di RSMM tahun 2008

No	Diagnosis Bedah Sesar	Jumlah	Persentase
1	Indikatif	55	56%
2	Non-indikatif	43	44%
Total		98	100%

Sesuai dengan definisi operasional, diagnosis bedah sesar indikatif dan non-indikatif diperoleh dari analisis terhadap kelengkapan dan kesesuaian diagnosa sebelum dan sesudah tindakan operasi. Maka diagnosa bedah sesar dapat dikelompokkan dalam kriteria-kriteria sebagai berikut:

- I. Diagnosa sebelum dan diagnosa sesudah bedah sesar lengkap dan ada kesesuaian diantara keduanya. Contoh : diagnose awal “ hamil lebih dari 40 minggu, partus kala II dengan fetal distress” , diagnose akhir “ pasca SSTP ec fetal distress”
- II. Diagnosa sebelum dan diagnosa sesudah bedah sesar lengkap namun tidak jelas kesesuaiannya. Contoh :
  - (i) diagnosa awal “hamil aterm dan gagal induksi”, diagnosa akhir “post SC & endometriosis”
  - (ii) diagnosa akhir “hamil aterm, letak puncak kepala”, diagnosa akhir “septum vaginal”
  - (iii) diagnosa awal “hamil aterm”, diagnosa akhir “ sungsang”

III. Diagnosa sebelum bedah sesar lengkap tetapi tidak disertai penulisan diagnosa sesudah bedah sesar, sehingga tidak dapat menunjukkan kesesuaiannya antara keduanya.

Hasil analisis berdasarkan kriteria diatas tersebut diperlihatkan dalam table 5.7. dibawah ini:

Tabel 5.7.  
Hasil Analisa Diagnosa Bedah Sesar sesuai Definisi Operasional

Kriteria	Diagnosa sebelum 1=lengkap 0=tdk lengkap	Diagnosa sesudah 1=lengkap 0=tdk lengkap	Kesesuaian diagnosa 1=sesuai 0=tidak sesuai	Diagnosis 1=indikatif 0=nonindikatif	Jumlah	Persentase
I	1	1	1	1	55	56%
II	1	1	0	0	34	35%
III	1	0	0	0	9	9%
TOTAL					98	100%

Kriteria I adalah 55 (56%), kriteria II adalah 34 (35%), kriteria III adalah 9 (9%). Kriteria I ditetapkan sebagai diagnosis indikatif; kriteria II dan III ditetapkan sebagai diagnosis non-indikatif. Dengan demikian diagnosa indikatif berjumlah 55 ( 56%) dan diagnosa non- indikatif berjumlah 43 (44%). Berarti diagnosa indikatif lebih banyak dituliskan dalam rekam medis dari pada diagnosa non-indikatif.

Diagnosa non-indikatif lebih banyak ditunjukkan oleh kriteria II yaitu 34 (79%) yaitu diagnosis sebelum dan sesudah bedah sesar lengkap dituliskan oleh dokter namun tidak jelas kesesuaian diantara keduanya, dibandingkan dengan kriteria III yaitu 9 (21%).

Dari diagnosa indikatif secara ringkas dapat dilihat jenis-jenis diagnosis dari tindakan bedah sesar yang dilakukan , seperti terlihat dalam table 5.8

Tabel 5.8.

## Jenis-jenis Diagnosis Bedah Sesar dari Diagnosis Indikatif

No.	Jenis Diagnosa	Jumlah	Persentase
1	Kelainan letak/posisi	17	31%
2	CPD ( <i>cephalopovic disproportion</i> )	14	25%
3	Riwayat bedah sesar	6	11%
4	Fetal distress	5	9%
5	Partus kering	4	7%
6	Plasenta previa	3	5%
7	Gemelli	2	4%
8	Ketuban pecah dini	1	2%
9	Eklamsia	1	2%
10	Edema portio	1	2%
11	Gagal induksi	1	2%
TOTAL		55	100%

## 5.2.2 Karakteristik Ibu

Ibu bersalin dengan bedah sesar dalam penelitian ini mempunyai karakteristik seperti ditunjukkan dalam tabel 5.9. dibawah ini:

Tabel 5.9.

## Proporsi 5 (lima) Variabel pada Ibu

No	Variabel ibu	Tipe	Jumlah	Persentase
1	Usia	tidak beresiko	85	86.7%
		Beresiko	13	13.3%
2	Pendidikan	Rendah	54	57.4%
		tinggi	40	42.6%
3	Kerja	IRT	85	89.5%
		Kerja	10	10.5%
4	usia kehamilan	Aterm	86	87.8%
		non aterm	12	12.2%
5	Paritas	0-1	78	79.6%
		>=2	20	20.4%

Ibu bersalin dengan bedah sesar yang usianya masuk dalam kelompok usia beresiko untuk kehamilan dan persalinan, yaitu lebih dari 35 tahun berjumlah 13 (13,3%), sementara yang usianya tidak beresiko atau tidak lebih dari 35 tahun sebanyak 85 (86,7%). Ibu bersalin dengan bedah sesar sebagian kecil saja berada dalam golongan usia yang beresiko untuk proses kehamilan dan persalinannya.

Berdasarkan tingkat pendidikan, ibu dengan pendidikan tinggi, yaitu lebih dari tingkat Sekolah Menengah Pertama (SMP) sebanyak 40 (42.6%), sementara ibu dengan pendidikan rendah hanya sampai tingkat SMP mencapai 54 (57.4%). Jumlah ibu bersalin dengan bedah sesar yang berpendidikan tinggi lebih sedikit dibandingkan dengan yang berpendidikan rendah.

Berdasarkan sifat kerja, ibu yang bekerja hanya 10 (10.5%) dan yang berstatus ibu rumah tangga (IRT) mencapai 85 (89.5%). Jumlah ibu bersalin dengan bedah sesar lebih banyak yang berstatus ibu rumah tangga dibandingkan dengan yang bekerja.

Berdasarkan usia kehamilan, ibu bersalin dengan usia kehamilan dibawah 38 minggu sebanyak 12 (12.2%), sementara ibu dengan usia kehamilan aterm, antara 38 – 42 minggu, mencapai 86 (87.8%). Sebagian besar ibu bersalin dengan bedah sesar adalah ibu berada pada usia kehamilan aterm.

Berdasarkan paritas, yaitu jumlah persalinan yang sudah dialami oleh ibu, maka terdapat 78 (79.6%) ibu dengan paritas 0-1, dan 20 (20.4%) ibu dengan paritas 2 atau lebih. Kebanyakan ibu yang bersalin dengan bedah sesar mempunyai riwayat persalinan paling banyak satu.

### 5.2.3 Dokter

Dokter yang menatalaksanaan pasien ibu hamil dengan bedah sesar terdiri dari tiga orang dokter spesialis dan satu dokter umum. Ketiga dokter spesialis bekerja dengan pembagian jadwal jaga yang telah ditetapkan, mencakup pelayanan di poliklinik kebidanan maupun ruang rawat inap kebidanan. Sedangkan dokter umum bekerja setiap hari, Senin sampai dengan Jum'at, mulai pagi hingga siang hari.

Dari 98 ibu bersalin dalam penelitian ini masing-masing dokter spesialis merawat, yaitu : dokter 1 sebanyak 29 ibu (29.6%), dokter 2 sebanyak 49 ibu (50.0%) dan dokter 3 sebanyak 20 ibu (20.4%). Dokter 2 merawat jumlah ibu lebih banyak dibanding dengan kedua sejawatnya.

Dalam satu hari kerja antara Senin sampai Jum'at ada dua orang dokter spesialis kebidanan yang bertugas, 1 (satu) dokter bertugas di poli kebidanan sampai dengan siang hari, dan 1 (satu) orang dokter bertugas di ruangan termasuk di ruang gawat darurat sepanjang hari selama 24 jam, namun pada malam hari dokter berjaga dengan sistem panggilan (*on call*), sehingga jika ada kasus yang perlu ditangani dokter akan segera datang ke rumah sakit. Pada hari libur, yaitu sabtu dan minggu, hanya ada dokter jaga ruangan karena poliklinik tutup.

#### Dokter vs Tipe Operasi

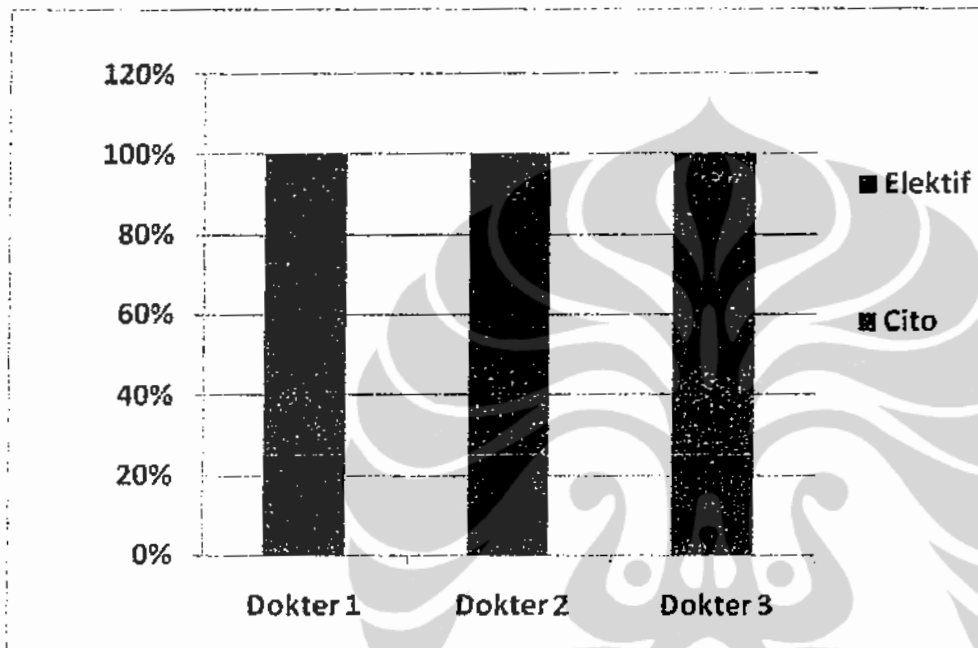
Dokter 1, Dokter 2, Dokter 3 melakukan jenis operasi bedah sesar elektif dan cito dalam proporsi yang hampir sama yaitu 1 : 4. Hal ini dijelaskan dalam tabel 5.10. dan gambar 5.1

Tabel 5.10.

Proporsi Bedah Sesar Cito & Elektif yang dilakukan Dokter

Tipe Operasi	Dokter 1		Dokter 2		Dokter 3	
	Jumlah	Persentase	Jumlah	Persentase	Jumlah	Persentase
1. Elektif	5	19%	9	18%	17	15%
2. Cito	21	81%	40	82%	3	85%
Total	26	100%	49	100%	20	100%

Gambar 5.1.  
Proporsi Bedah Sesar Cito & Elektif yang Dilakukan Dokter



#### Dokter vs Waktu Operasi

Jika waktu pembagian kerja diidentifikasi sesuai dengan kegiatan kerja *shift* di rumah sakit, maka waktu kerja dapat diurutkan sebagai berikut: (i) Waktu I, selepas pukul 7 pagi sampai dengan jam 14.00; (ii) Waktu II, selepas pukul 14.00 sampai dengan jam 21.00; (iii) dan Waktu III, selepas pukul 21.00 sampai jam 7 pagi esok harinya. Maka kegiatan Dokter 1, Dokter 2, dan Dokter 3 dalam melakukan tindakan bedah sesar tampak mempunyai karakteristik masing-masing. Gambaran tentang hal ini dijelaskan dalam tabel 5.11 dan gambar 5.2.

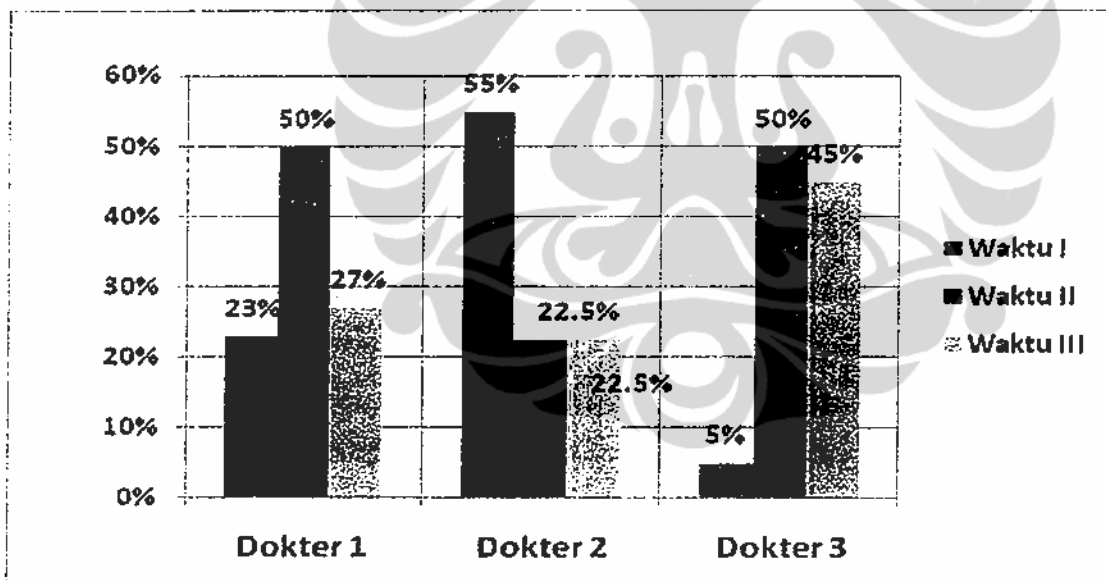
Tabel 5.11.

Proporsi Tindakan Bedah Sesar yang Dilakukan Dokter Berdasarkan Waktu Operasi

Waktu Operasi	Dokter 1		Dokter 2		Dokter 3		Total	
	Jumlah	Persentase	Jumlah	Persentase	Jumlah	Persentase	Jumlah	Persentase
Waktu I	6	23%	27	55%	1	5%	26	100%
Waktu II	13	50%	11	22.5%	10	50%	49	100%
Waktu III	7	27%	11	22.5%	9	45%	20	100%

Gambar 5.2.

Proporsi Tindakan Bedah Sesar yang Dilakukan Dokter Berdasarkan Waktu Operasi



#### 5.2.4 Jenis Pembayar

Jenis pembayar dari ibu bersalin dengan bedah sesar sebanyak 47 (48%) berstatus bayar, baik melalui jaminan kesehatan (asuransi) maupun membayar sendiri (*out of pocket*), dan sebanyak 51 (52%) dengan Program



Jamkesmas/Jamkesda, yaitu mendapatkan jaminan pembayaran melalui program tersebut yang ditanggung oleh pemerintah pusat dan Jamkesda yang ditanggung oleh pemerintah Kabupaten atau Kota Bogor. Jumlah ibu yang berstatus bayar dan yang gratis tidak jauh berbeda. Namun jika dibandingkan antara ketiga jenis pembayar, yaitu (i) Program Jamkesmas/Jamkesda, (ii) Membayar sendiri melalui *out of pocket* oleh pasien sendiri, dan asuransi maka perbedaan proporsi diantara ketiganya lebih jelas. seperti dalam tabel 5.12.

Tabel 5.12.

Proporsi Jenis Pembayar Biaya Pelayanan Bedah Sesar di RSMM tahun 2008

Tipe Pembayar	Jumlah	Persentase
1. Jamkesmas/Jamkesda	51	52%
2. Bayar	42	43%
3. Asuransi	5	5%
Total	98	100%

### 5.2.5 Sifat Operasi

Operasi bedah sesar yang dilakukan bersifat elektif jika persiapan untuk tindakan operasi dilakukan kurang dari 12 jam, dan jika persiapan dilakukan dalam jangka waktu lebih dari 12 jam maka disebut operasi cito (*emergency*). Dalam penelitian ini ibu dengan bedah sesar elektif sebanyak 18 (18.4%), dan dengan bedah sesar cito sebanyak 80 (81.6%). Sebagian besar bedah sesar bersifat cito.

### Jenis Pembayar Bedah Sesar Cito vs Jenis Diagnosis

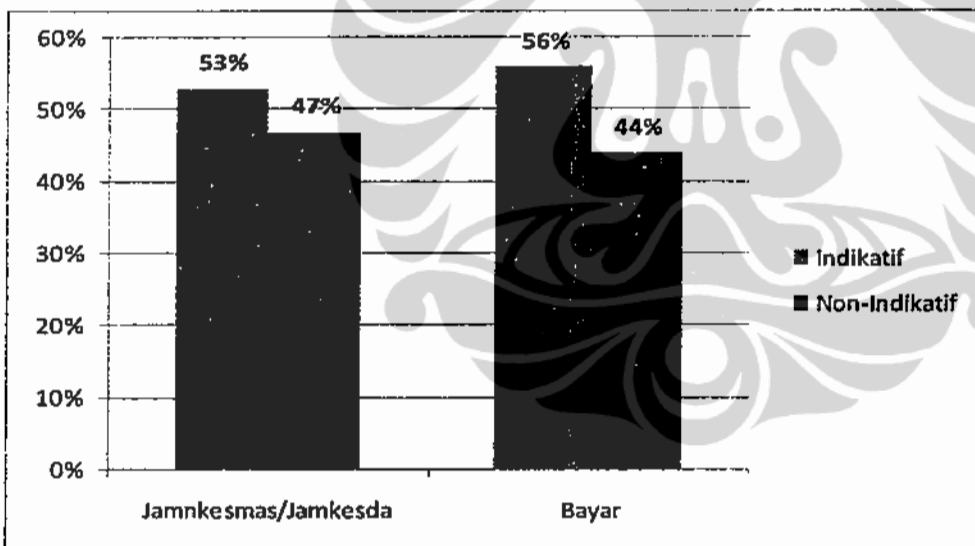
Operasi bedah sesar sebagian besar adalah cito / *emergency*, maka jika pelayanan bedah sesar cito dianalisis berdasarkan jenis diagnosis akan diperoleh gambaran sebagai berikut : proporsi antara diagnosis indikatif dan diagnosis non-indikatif tidak jauh berbeda antara bedah sesar yang dibiayai melalui

Program Jamkesmas / Jamkesda dengan yang membayar. Hal ini diperlihatkan dalam tabel 5.13 dan gambar 5.3.

Tabel 5.13.  
Proporsi Jenis Pembayar Biaya Pelayanan Bedah Sesar Cito Berdasarkan Jenis Diagnosis

Jamkesmas/ Jamkesda				Total		Bayar				Total	
Indikatif		Non-Indikatif				Indikatif		Non-Indikatif			
Jml	%	Jml	%	Jml	%	Jml	%	Jml	%	Jml	%
24	53%	21	47%	45	100%	20	56%	16	44%	36	100%

Tabel 5.3.  
Proporsi Jenis Pembayar Biaya Pelayanan Bedah Sesar Cito Berdasarkan Jenis Diagnosis



### 5.2.6 Waktu operasi

Waktu kegiatan operasi dalam penelitian ini dibagi dalam 2 bagian, bagian pertama yaitu antara jam 6 pagi sampai jam 6 malam, dan bagian kedua antara jam 6 malam sampai jam 6 pagi. Pelaksanaan bedah sesar sebanyak 58 (61.7%)

dilakukan antara jam 6 pagi sampai jam 6 malam, dan sebanyak 36 (38.3%) dilakukan antara jam 6 malam sampai jam 6 pagi. Operasi bedah sesar yang dilakukan lebih banyak pada waktu antara jam 6 pagi sampai jam 6 malam.

### Berdasarkan Waktu I, II & III

Jika waktu pembagian kerja diidentifikasi sesuai dengan kegiatan kerja *shift* di rumah sakit (Waktu I, Waktu II dan Waktu III) seperti telah dijelaskan pada hal 47 diatas, maka tampak lebih jelas perbedaan proporsi pelaksanaan bedah sesar berdasarkan waktu. Bedah sesar lebih banyak dilakukan pada waktu II seperti dijelaskan pada tabel 5.14.

Tabel 5. 14.

#### Proporsi Pelaksanaan Bedah Sesar Berdasarkan Waktu

Waktu Operasi	Jumlah	Persentase
Waktu I	26	27%
Waktu II	49	52%
Waktu III	20	21%
Total	95	100%

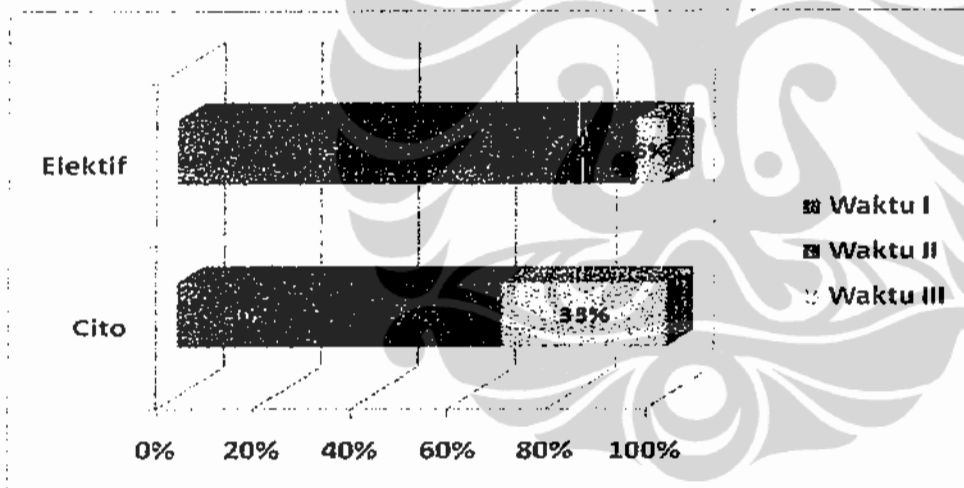
### Waktu Operasi vs. Sifat Operasi

Berdasarkan pembagian waktu I, waktu II dan waktu III maka proporsi pelaksanaan bedah sesar yang cito dan elektif mempunyai perbedaan. Hal ini tampak jelas perbedaan proporsi bedah sesar elektif dan cito berdasarkan waktu, yang menunjukkan bahwa bedah sesar elektif lebih banyak dilakukan pada waktu I sedangkan proporsi bedah sesar cito hampir merata di waktu I, II dan II, seperti dijelaskan pada tabel 5.15 dan gambar 5.4.

Tabel 5.15.  
Proporsi Tindakan Bedah Sesar Cito & Elektif  
Berdasarkan Waktu Pelaksanaannya

Sifat Operasi	Waktu I		Waktu II		Waktu III		Total	
	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
2. Elektif	11	65%	5	29%	1	6%	17	100%
1. Cito	23	30%	29	37%	26	33%	78	100%

Gambar 5.4.  
Proporsi Tindakan Bedah Sesar Cito & Elektif  
Berdasarkan Waktu Pelaksanaannya



### 5.2.7 Dokter vs Bedah Sesar Cito

Jika pada masing-masing dokter spesialis dilakukan analisis data univariat pada pelayanan bedah sesar cito saja, maka akan didapatkan karakteristik yang berbeda dari masing-masing dokter tersebut. Hal ini diperlihatkan pada beberapa tabel dan gambar berikut:

### Dokter 1 vs Bedah Sesar Cito

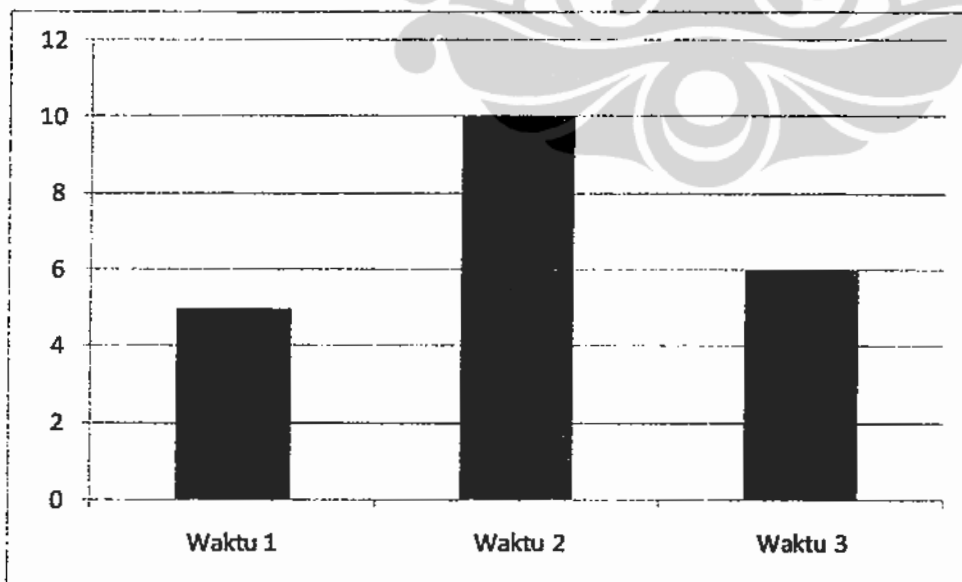
(i) Proporsi bedah sesar cito berdasarkan waktu operasi

Dokter 1 melakukan bedah sesar cito lebih banyak di waktu II namun dengan proporsi diagnosis indikatif sedikit lebih tinggi dibandingkan diagnosis non-indikatif. Hal ini dijelaskan pada tabel 5.16-17 dan gambar 5.5-6

Tabel 5.16.  
Proporsi Tindakan Bedah Sesar Cito yang Dilakukan Dr 1  
Berdasarkan Waktu Operasi

Waktu 1		Waktu 2		Waktu 3		Total	
Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
5	21%	10	42%	6	25%	24	100%

Gambar 5.5.  
Proporsi Tindakan Bedah Sesar Cito yang Dilakukan Dr 1  
Berdasarkan Waktu Operasi

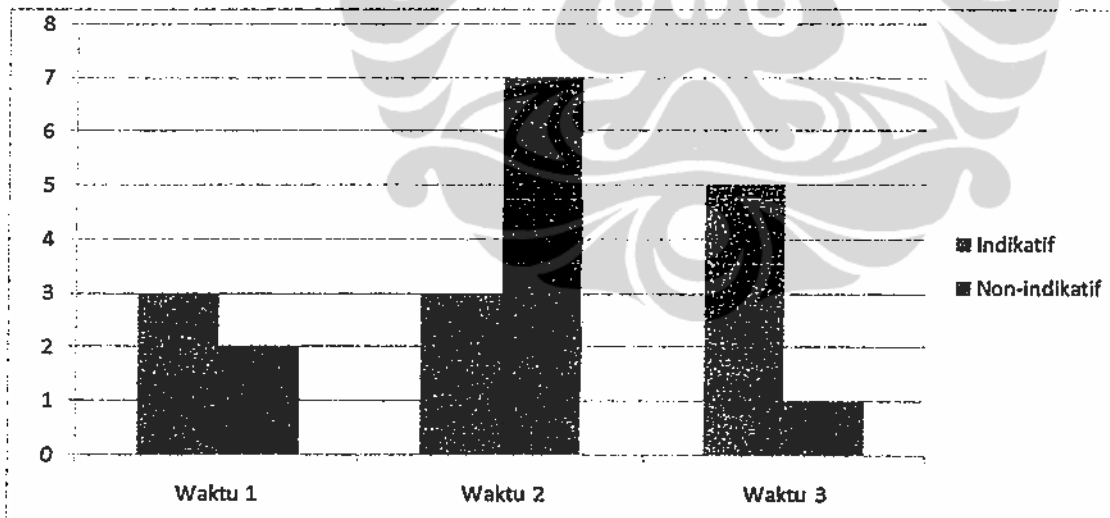


- (ii) Proporsi bedah sesar cito berdasarkan waktu operasi dan jenis diagnosis

Tabel 5.17.  
Proporsi Tindakan Bedah Sesar Cito yang Dilakukan Dr 1  
Berdasarkan Waktu Operasi dan Jenis Diagnosis

Waktu 1		Waktu 2		Waktu 3		Total			
Indikatif	Non-indikatif	Indikatif	Non-indikatif	Indikatif	Non-indikatif	Indikatif	%	Non-indikatif	%
3	2	3	7	5	1	11	52%	10	48%

Gambar 5.6.  
Proporsi Tindakan Bedah Sesar Cito yang Dilakukan Dr 1.  
Berdasarkan Waktu Operasi dan Jenis Diagnosis



### Dokter 2 vs Bedah Sesar Cito

Dokter 2 melakukan bedah sesar cito lebih banyak di waktu I dan dengan proporsi diagnosis indikatif selalu lebih tinggi dibandingkan diagnosis non-

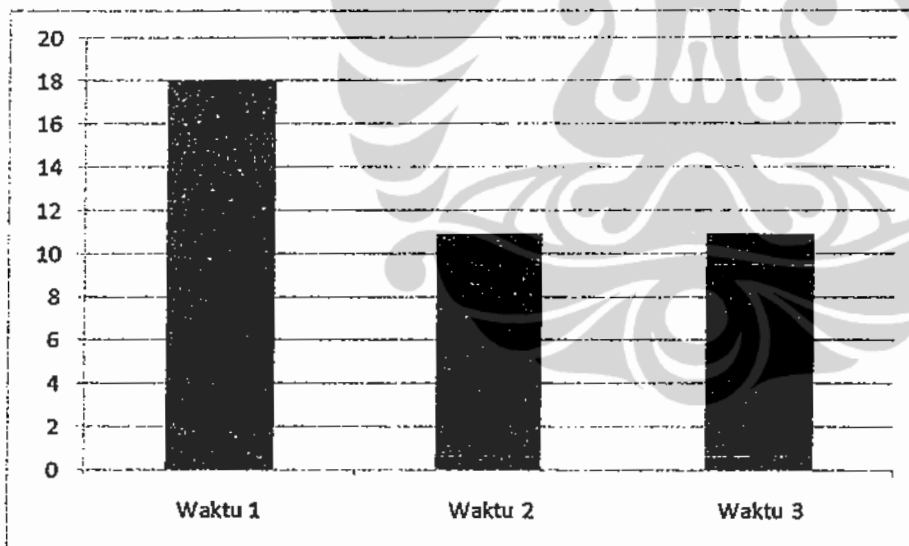
indikatif baik di waktu I, II maupun II. Hal ini dijelaskan pada tabel 5.18-19 dan gambar 5.7-8

- (i) Proporsi bedah sesar cito berdasarkan waktu operasi

Tabel 5.18.  
Proporsi Tindakan Bedah Sesar Cito yang Dilakukan Dr 2  
Berdasarkan Waktu Operasi

Waktu 1		Waktu 2		Waktu 3		Total	
Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
18	45%	11	28%	11	28%	40	100%

Gambar 5.7.  
Proporsi Tindakan Bedah Sesar Cito yang Dilakukan Dr 2  
Berdasarkan Waktu Operasi

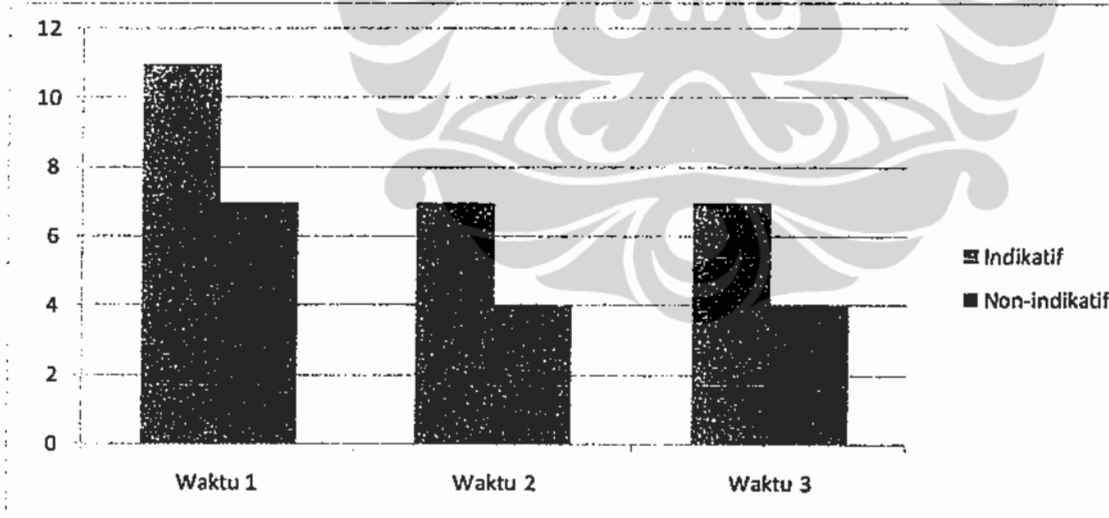


- (ii) Proporsi bedah sesar cito berdasarkan waktu operasi dan jenis diagnosis

Tabel 5.19.  
Proporsi Tindakan Bedah Sesar Cito yang Dilakukan Dr 2  
Berdasarkan Waktu Operasi dan Jenis Diagnosis

Waktu 1		Waktu 2		Waktu 3		Total			
Indikatif	Non-indikatif	Indikatif	Non-indikatif	Indikatif	Non-indikatif	Indikatif	%	Non-indikatif	%
11	7	7	4	7	4	25	63%	15	38%

Gambar 5.8.  
Proporsi Tindakan Bedah Sesar Cito yang Dilakukan Dr 2  
Berdasarkan Waktu Operasi dan Jenis Diagnosis



### Dokter 3 vs Bedah Sesar Cito

Dokter 3 melakukan bedah sesar cito lebih banyak di waktu III dengan proporsi diagnosis indikatif lebih rendah dibandingkan diagnosis non-indikatif. Hal ini dijelaskan pada tabel 5.20-21 dan gambar 5.9-10

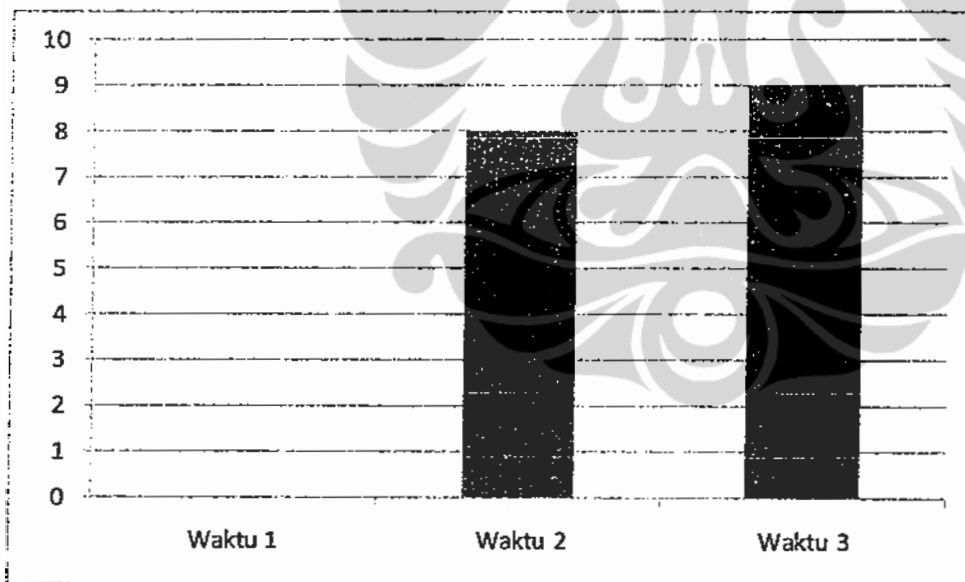


## (i) Proporsi bedah sesar cito berdasarkan waktu operasi

Tabel 5.20.  
Proporsi Tindakan Bedah Sesar Cito yang Dilakukan Dr 3  
Berdasarkan Waktu Operasi

Waktu 1		Waktu 2		Waktu 3		Total	
Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
0	0%	8	47%	9	53%	17	100%

Gambar 5.9.  
Proporsi Tindakan Bedah Sesar Cito yang Dilakukan Dr 3  
Berdasarkan Waktu Operasi

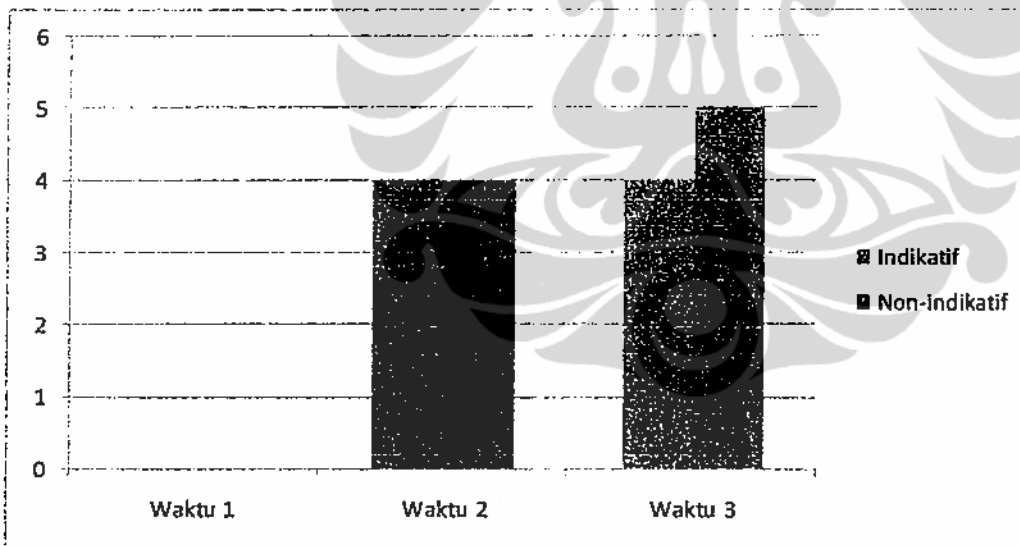


- (i) Proporsi bedah sesar cito berdasarkan waktu operasi dan jenis diagnosis

Tabel 5.21.  
Proporsi Tindakan Bedah Sesar Cito yang Dilakukan Dr 3  
Berdasarkan Waktu Operasi dan Jenis Diagnosis

Waktu 1		Waktu 2		Waktu 3		Total			
Indikatif	Non-indikatif	Indikatif	Non-indikatif	Indikatif	Non-indikatif	Indikatif	%	Non-indikatif	%
0	0	4	4	4	5	8	47%	9	53%

Gambar 5.10.  
Proporsi Tindakan Bedah Sesar Cito yang Dilakukan Dr 3  
Berdasarkan Waktu Operasi dan Jenis Diagnosis



### 5.3 Analisis Bivariat

Analisis bivariat bertujuan untuk melihat hubungan antara variable independen dengan variabel dependen yaitu diagnosis bedah sesar. Dalam

Penelitian ini ada 9 (sembilan) variabel, yaitu faktor ibu (usia, pendidikan, kerja, usia kehamilan, paritas), faktor dokter, faktor jenis pembayar, faktor sifat operasi, dan faktor waktu operasi yang diduga berhubungan dengan diagnosis bedah sesar pada ibu bersalin.

### 5.3.1 Hubungan Faktor Ibu dengan Diagnosis Bedah Sesar

Dari hasil penelitian yang dijelaskan pada tabel 5.22 diperoleh nilai p-value dari 5 (lima) variabel dari faktor ibu (usia, pendidikan, kerja, usia kehamilan, paritas) tidak ada yang lebih kecil dari 0.05 ( $p\text{-value} < 0.05$ ), sehingga hubungan antara kelima variabel tersebut dengan jenis diagnosis dianggap tidak signifikan, sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara variabel-variabel pada ibu dengan jenis diagnosis.

Tabel.5.22.  
Distribusi Sampel Berdasarkan 5 (lima) Variabel pada Ibu dan Jenis Diagnosis.

Faktor	Diagnosis				Total		p-value	OR	95% CI
	Diagnosis non indikatif		Diagnosis Indikatif		n	%			
	n	%	n	%					
<b>Usia ibu</b>									
<=35 th	38	44.7	47	55.3	85	100	0.903	1.294	0.4-4.3
> 35 th	5	38.5	8	61.5	13	100			
<b>Pendidikan ibu</b>									
<= SMP	26	48.1	28	51.9	54	100	0.413	1.548	0.7-3.6
> SMP	15	37.5	25	62.5	40	100			
<b>Kerja ibu</b>									
IRT	38	44.7	47	55.3	85	100	0.507	1.887	0.5-7.8
kerja	3	30	7	70	10	100			
<b>Usia kehamilan</b>									
38-42 mg	41	47.7	45	52.3	86	100	0.086	4.556	0.9-22
<38mg	2	16.7	10	83.3	12	100			
<b>Paritas</b>									
0-1	35	44.9	43	55.1	78	100	0.889	1.221	0.4-3.3
>=2	8	40	12	60	20	100			

### 5.3.2 Hubungan Faktor Dokter dengan Diagnosis Bedah Sesar

Dari hasil penelitian (uji Chi-square) dengan tingkat signifikansi 5 % pada tabel 5.23 dapat dilihat bahwa nilai p-value 0.068 ( $p\text{-value} > 0.05$ ) yang artinya bahwa faktor dokter tidak berpengaruh terhadap jenis diagnosis. Untuk dokter 1 menuliskan diagnosis indikatif 41.4%, dokter 2 67.3% dan dokter 3 50%. Berdasarkan uji, perbedaan persentase dalam mendiagnosis tidak signifikan.

Tabel.5.23.  
Distribusi Sample Berdasarkan Faktor Dokter dan Jenis Diagnosis

Faktor	Diagnosis				Total		p-value	OR	95% CI
	Diagnosis non Indikatif		Diagnosis Indikatif		n	%			
	n	%	n	%					
Dokter									
1	17	58.6	12	41.4	29	100	0.068	-	
2	16	32.7	33	67.3	49	100			
3	10	50	10	50	20	100			

### 5.3.3. Hubungan Faktor Jenis Pembayar dengan Diagnosis Bedah Sesar

Dari hasil penelitian (uji Chi-square) dengan tingkat signifikansi 5 % dapat dilihat pada tabel 5.24 bahwa nilai p-value 0.960 ( $p\text{-value} > 0.05$ ), artinya bahwa faktor jenis pembayar tidak berpengaruh terhadap jenis diagnosis.

Untuk jenis gratis, ibu yang didiagnosis indikatif 54.9%. dan tipe bayar ada 57.4%. Dengan nilai Odd Rasio 1.109, berarti tipe bayar dibandingkan tipe Jamkesmas/Jamkesda 1.109 kali didiagnosis indikatif. Namun berdasarkan uji, perbedaan persentase dalam mendiagnosis tidak signifikan.

Tabel 5.24.  
Distribusi Sampel Berdasarkan Faktor Dokter dan Jenis Diagnosis

Faktor	Diagnosis				Total		p-value	OR	95% CI
	Diagnosis non		Diagnosis						
	n	%	n	%	n	%			
Dokter									
1	17	58.6	12	41.4	29	100	0.068	-	-
2	16	32.7	33	67.3	49	100			
3	10	50	10	50	20	100			

#### 5.3.4. Hubungan Faktor Sifat Operasi dan Diagnosis Bedah Sesar

Dari hasil penelitian (uji Chi-square) dengan tingkat signifikansi 5 % dapat dilihat pada tabel 5.25 bahwa nilai p-value 0.207 ( $p\text{-value} > 0.05$ ), artinya bahwa faktor sifat operasi tidak berpengaruh terhadap jenis diagnosis.

Untuk sifat operasi, ibu yang bedah sesarnya cito didiagnosis indikatif ada 52.5% dan yang elektif ada 72.2%. Dengan nilai Odd Rasio 0.425, berarti bedah sesar cito dibandingkan dengan bedah sesar elektif 0.425 kali didiagnosis indikatif. Namun berdasarkan uji, perbedaan persentase dalam diagnosis tidak signifikan.

Tabel 5.25.  
Distribusi Sample Berdasarkan Faktor Sifat Operasi dan Jenis Diagnosis

Faktor	Diagnosis				Total		p-value	OR	95% CI
	Diagnosis non indikatif		Diagnosis Indikatif						
	n	%	n	%	n	%			
Sifat operasi									
elektif	5	27.8	13	72.2	18	100	0.207	0.425	0.1-1.3
cito	38	47.5	42	52.5	80	100			

### 5.3.5. Hubungan Faktor Waktu Operasi dan Diagnosis Bedah Sesar

Dari hasil penelitian (uji Chi-square) dengan tingkat signifikansi 5 % dapat dilihat pada tabel 5.26 bahwa nilai p-value 0.859 ( $p\text{-value} > 0.05$ ), artinya bahwa faktor waktu operasi tidak berpengaruh terhadap jenis diagnosis.

Untuk waktu operasi, ibu yang bedah sesarnya malam (antara jam 6 malam sampai jam 6 pagi) didiagnosis indikatif ada 52.8% yang siang hari (antara jam 6 pagi sampai jam 6 malam) 56.9%. Diantara kedua waktu operasi itu menunjukkan proporsi diagnosis indikatif yang tidak jauh berbeda. Dengan nilai Odd Rasio 0.847, berarti waktu bedah sesar malam dibandingkan dengan siang 0.847 kali didiagnosis indikatif. Namun berdasarkan uji, perbedaan persentase dalam diagnosis tidak signifikan.

Tabel 5.26.

Distribusi Sampel Berdasarkan Faktor Waktu Operasi dan Jenis Diagnosis

Faktor	Diagnosis				Total		p-value	OR	95% CI
	Diagnosis non Indikatif		Diagnosis Indikatif						
	n	%	n	%	n	%			
Waktu operasi									
6 pagi-malam	25	43.1	33	56.9	58	100	0.859	0.847	0.4-1.9
6 malam-pagi	17	47.2	19	52.8	36	100			

### 5.4 Analisis Multivariat

Selanjutnya untuk membuat analisis multivariat variabel yang saat dilakukan uji Chi-square memiliki p-value kurang dari 0.25 ( $p < 0.25$ ) dapat dijadikan kandidat yang akan masuk dalam model analisis multivariat. Maka variabel-variabel yang memungkinkan masuk dalam model multivariat adalah dokter ( $p = 0.068$ ), usia kehamilan ( $p = 0.086$ ), dan sifat operasi ( $p = 0.207$ ).

Tabel 5.27.  
Model Multivariat Regresi Logistik antara  
Dokter, Usia Kehamilan dan Sifat Operasi

	B	SE	Wald	df	Sig	Exp(B)	95% CI
dokter 1	0.993	0.498	4.108	2	0.128		
dokter 2	0.404	0.597	3.972	1	0.046	2.699	1.0 - 7.1
dokter 3	1.278	0.831	0.458	1	0.498	1.498	0.5 - 4.8
usia hamil	-0.784	0.601	2.364	1	0.124	3.588	0.7 - 18.2
sifat operasi	0.918	0.469	1.702	1	0.192	0.457	0.1 - 1.4

Dari hasil analisa regresi logistik, ternyata yang berpengaruh terhadap diagnostik adalah dokter ( $p\text{-value}=0.046$ ), dimana dokter 2 dibandingkan dengan dokter 1 adalah 2.699 kali akan melakukan diagnostik yang indikatif, seperti tampak pada tabel 5.27. Jadi dokter berpengaruh terhadap jenis diagnostik jika dikontrol oleh faktor usia kehamilan dan sifat operasi dari bedah sesar.

## **BAB 6 PEMBAHASAN**

### **6.1 Keterbatasan penelitian**

Penelitian yang dilakukan memiliki beberapa keterbatasan, sehingga tidak dapat memberikan hasil yang maksimal. Keterbatasan tersebut, meliputi:

#### **6.1.1 Desain Penelitian**

Pada penelitiannya peneliti menggunakan rancangan studi potong lintang atau cross sectional yang dapat menunjukkan hubungan antara variable independen dan variable dependen tetapi tidak dapat menunjukkan hubungan sebab akibat.

#### **6.1.2 Populasi Penelitian**

Penelitian ini terbatas pada populasi pasien rawat inap kasus obstetri di satu rumah sakit saja, yaitu RSMM. Maka populasi ini kurang bervariasi jika dibandingkan dengan populasi yang diambil dari dua rumah sakit atau lebih.

#### **6.1.3 Pengumpulan Data**

1. Rekam Medis yang perlu dipelajari tidak selalu dapat diperoleh karena masih beredar dalam proses pelayanan pasien, atau tidak dapat ditemukan.
2. Data dan informasi yang dikumpulkan merupakan data sekunder yang diperoleh dari dokumen rekam medis. Dalam proses pengumpulan, data yang diperoleh tidak lengkap sebagaimana yang diharapkan. Hal ini



membuat peneliti mencoba mempelajari informasi dalam rekam medis secara teliti agar dapat mengumpulkan data sesuai yang dibutuhkan

3. Penulisan informasi dalam dokumen dengan tulisan tangan yang kurang tegas dan membuat kesulitan dalam membacanya, sehingga dibutuhkan upaya sungguh-sungguh untuk memahami kesinambungan antara data yang satu dengan data yang lain, karena peneliti sejauh mungkin menghindari kesalahan dalam menelaah dokumen rekam medis. Proses ini akhirnya membutuhkan waktu yang cukup panjang dan pengecekan data yang berulang-ulang. Kesulitan ini pula membuat proses pengumpulan data tidak mungkin diserahkan atau diwakilkan peneliti kepada orang lain.
4. Penulisan diagnosis dan penjelasan mengenai prosedur tindakan medis tidak seragam dan tidak mengacu pada satu standar tertentu
5. Awalnya peneliti mempunyai kesulitan untuk berkonsultasi dengan pembimbing di RSMM mengenai bahan penelitian yang sedang dikerjakan, namun akhirnya proses ini dapat berjalan dengan baik.
6. Peneliti belum berkesempatan untuk mengkonsultasikan hasil penelitian kepada ketiga dokter spesialis kebidanan di RSMM.

## 6.2 Karakteristik Bedah Sesar

Cakupan pelayanan bedah sesar yang diberikan di Rumah Sakit dr. H Marzoeki Mahdi dari tahun 2006-2008 terus meningkat. Hal ini dapat dilihat dari angka *sectio cesarean rate* (SCR) nya berturut-turut mencapai 27.5%, 38.0% dan 38.9%. Kondisi ini sejalan dengan data SDKI 1997 yang menunjukkan bahwa sekitar 24.6% persalinan dengan komplikasi dan membutuhkan bedah sesar.

Tingkat SCR di RSMM yang di tahun 2008 mencapai 38.9% menunjukkan angka cukup tinggi untuk pelayanan bedah sesar di rumah sakit rujukan. Angka ini lebih besar dari cakupan bedah sesar Program Jamkesmas 2008 sebesar 23.76%. Jika angka tersebut dibandingkan dengan SCR di negara-negara lain masih ada di bawah SCR Brazil. seperti diperlihatkan pada table 6.1 dan table 6.2

Tabel 6.1.  
Perbandingan *sectio cesarean rate (SCR)* / 100 Persalinan  
Berbagai Negara (berbasis pelayanan rumah sakit)

Negara	Peneliti	Tahun	SCR
Amerika Serikat	Notzon et al	1994	23,6
Canada	Millar et al	1996	18.0
Australia	Kirsop et al	1992	22,5
Brazil	Gomes et al	1999	50,8
Bangladesh	Begum	1993	21,1
Pakistan	Aleem et al	1994	28.0

Tabel 6.2.  
Perbandingan SCR di Indonesia

No.	Institusi pelayanan	periode	SCR
1	RSU PKU Muhammadiyah, Yogyakarta	2008	21%
2	RS Antonius, Pontianak	Jan-Sept 2008	31,2 %
3	RS Santa Maria, Pekanbaru	Juli-Sept 2008	48.90%
4	Program Askeskin	2007	27.90%
5	Program Jamkesmas	Jan-Juni 2008	23.76%

Besarnya angka SCR akan memberikan konsekuensi pada pembiayaan kesehatan yang relatif lebih tinggi dibandingkan dengan persalinan normal. Dari hasil penelitian didapatkan bahwa pelayanan bedah sesar di RSMM yang pembiayaannya dibantu oleh pemerintah melalui Program Jamkesmas mencapai 52%. Jika angka SCR meningkat maka tanggung jawab pemerintah dalam pembiayaan program Jamkesmas akan bertambah besar. Namun beban biaya kesehatan yang ditanggung masyarakat juga akan meningkat jika SCR bertambah

karena persalinan bedah sesar pada ibu dari keluarga tidak miskin tetapi juga tidak mempunyai jaminan kesehatan serta tidak mempunyai kemampuan membayar (*willing to pay*). Data Riskesdas 2007 menunjukkan hampir 3/4 biaya pelayanan rawat inap dibayarkan oleh masyarakat langsung (*out of pocket*). Penelitian Kruk, M. E (2007) juga menunjukkan bahwa total biaya kesehatan per kapita (*total health expenditure per capita*) di suatu negara berhubungan secara signifikan dengan persalinan oleh tenaga kesehatan dan tindakan bedah sesar.

Tindakan bedah sesar pada ibu bersalin di Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi memperlihatkan karakteristik sebagai berikut:

1. 86.7% ibu berusia dibawah 35 tahun, hanya 13.3% yang berusia diatas 35 tahun
2. 57.4% ibu berpendidikan sampai dengan SMP, dan 42.6% ibu berpendidikan lebih tinggi, yaitu SMA sampai perguruan tinggi.
3. 89.5% ibu adalah ibu rumah tangga, hanya 10.5% yang bekerja
4. 87.8% ibu bersalin memasuki usia kehamilan aterm, 12.2% ibu dengan usia kehamilan kurang dari 38 minggu.
5. 79.6% ibu mempunyai paritas 0-1, sedangkan 20.4% ibu dengan paritas 2 atau lebih
6. 81.6% bedah sesar merupakan kasus cito, hanya 18.4% bedah sesar bersifat elektif
7. 61.7% bedah sesar dilakukan antara jam 6 pagi sampai jam 6 sore, sisanya 38.32% dilakukan pada malam hari sampai dini hari, yaitu antara jam 6 malam sampai jam 6 pagi
8. 52% ibu bersalin dengan bedah sesar mendapatkan bantuan dana pelayanan kesehatan gratis, dan 48% ibu membayar lewat jaminan kesehatan atau secara langsung (*out of pocket*)

Karakteristik ibu bersalin dengan bedah sesar diatas sejalan dengan penelitian Najmi, R.A., et al. (2000) di Pakistan. bahwa bedah sesar bersifat cito (*emergency*) umumnya dilakukan pada ibu yang berasal dari tingkat ekonomi rendah. Lebih besarnya porsi bedah sesar cito (*emergency*) dibandingkan dengan elektif banyak ditemui di negara-negara berkembang. Kasus bedah sesar cito di

negara berkembang terjadi karena sebagian besar ibu yang dirujuk ke rumah sakit untuk bersalin sudah dalam upaya penyelamatan jiwa ibu dan bayi atau hanya satu diantara keduanya. Kondisi yang sebaliknya terjadi pada kasus bedah sesar di negara-negara maju. Perbandingan kasus bedah sesar elektif dengan cito dengan di Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi sekitar 1 : 4 hampir sama dengan keadaan di Pakistan seperti diperlihatkan pada tabel 6.3.

Tabel 6.3.  
Perbandingan bedah sesar cito dan *emergency* di berbagai negara.

No.	Penelitian	Elektif	:	Emergency
1	Najmi RS (2000), Pakistan	1	:	4
2	Pang SMW (2007), Hongkong	5.7	:	15.4
3	Wilkinson et.al (1998), Scotland	1	:	1.6
4	Read et.al. (1990), Australia	1	:	0.92
5	Rizvi & Chaudri (1988), Inggris	1	:	09

Pelayanan kesehatan bedah sesar di Indonesia berdasarkan penelitian Hatt, L. et.al. (2007) masih terkonsentrasi pada segmen populasi kaya. Hal tersebut tidak sejalan dengan hasil penelitian ini, yang 52% ibu dengan bedah sesar mendapat bantuan dari Program Jamkesmas. Maka perlu dikaji lebih lanjut, apakah pelayanan bedah sesar di RSMM untuk Program Jamkesmas masih kurang tepat sehingga kelompok masyarakat yang mampu turut memanfaatkannya. Namun, jika hal ini dilihat dari kelompok masyarakat yang umumnya memanfaatkan pelayanan kesehatan di RSMM maka cakupan pelayanan kesehatan bedah sesar lebih banyak dari pasien Program Jamkesmas/Jamkesada dapat difahami.

### 6.3 Analisis Diagnosis Bedah Sesar

Analisis terhadap diagnosis bedah sesar yang dituliskan oleh dokter dalam dokumen rekam medis, mencakup lembar data a.l.:

1. Resume Medis
2. Laporan Pembedahan
3. Lembar anamnesis dan pemeriksaan dokter

#### 4. Lembar perawatan pasien

Diagnosis kerja merupakan diagnosis yang dituliskan sebelum tindakan bedah sesar, sedangkan diagnosa akhir merupakan diagnosa yang dituliskan sesudah tindakan bedah sesar. Dari analisis diagnosa kerja dan diagnosa akhir pada ibu bersalin dengan bedah sesar diperoleh gambaran, yaitu:

1. Diagnosa kerja yang ditulis sebelum tindakan bedah sesar tidak cukup informatif, contoh : “hamil aterm” atau “hamil 42 minggu”. Walaupun pada kenyataannya bisa jadi kedua diagnosa tersebut menunjukkan keadaan pasien sesungguhnya yang mendorong dilakukannya tindakan bedah sesar.
2. Penulisan diagnosis tidak seragam, ada yang sangat lengkap dengan menuliskan kondisi yang ada pada pasien sampai suspek atau *et cause* nya, contoh: “ H2P1Ao Hamil 40 mg partus kala I fase laten malposisi suspek CPD”. Namun ada pula diagnosis yang dituliskan singkat, contoh : “partus lama”.
3. Diagnosis sesudah bedah sesar kosong / tidak terisi atau diagnosis dituliskan lengkap tetapi menimbulkan penafsiran ganda, misalnya diagnose akhir yang ditulis “post SC” dapat diterjemahkan dalam beberapa penafsiran sebagai berikut: (i) pasien telah mendapatkan tindakan bedah sesar, atau (ii) tindakan bedah sesar dilakukan karena riwayat bedah sesar sebelumnya pada pasien.

Dari hasil analisis diagnosis bedah sesar diperoleh diagnosa indikatif berjumlah 55 ( 56%) dan diagnosa non- indikatif berjumlah 43 (44%). Berarti diagnosa indikatif lebih banyak dituliskan dalam rekam medis daripada diagnosa non-indikatif, walaupun perbedaannya tidak terlalu jauh, yaitu sebanyak 12%.

Diagnosa non-indikatif lebih banyak ditunjukkan oleh kriteria II yaitu 34 (79%) yaitu diagnosis sebelum dan sesudah bedah sesar lengkap dituliskan oleh dokter namun tidak jelas kesesuaian diantara keduanya, dibandingkan dengan kriteria III yaitu 9 (21%). Dari hasil ini tampaknya dokter kurang tajam merumuskan diagnosa pasien sebelum tindakan operasi dilakukan. Hal ini perlu

mendapatkan perhatian mengingat tindakan operasi, seperti bedah sesar memiliki resiko tersendiri, baik terhadap ibu maupun janin.

Kasus bedah sesar yang ditangani dari seluruh diagnosa yang tergolong indikatif mempunyai indikasi medis sebagai berikut: kelainan letak/posisi (31%), CPV (*cephalopelvic disproportion*) (25%), riwayat bedah sesar (11%), fetal distress (9%), partus kering (7%), plasenta previa (5%) gemelli (4%), ketuban pecah dini (2%), eklamsia(2%), edema portio (2%), dan gagal induksi (2%). Sebagian dari indikasi medis diatas juga disertai dengan kondisi preeklamsia. Hal ini tidak jauh berbeda dengan penelitian terkait bedah sesar yang dilaksanakan oleh Pell dan Chamberlain (1968) bahwa bedah sesar dilakukan atas indikasi a.l.: CPV (*cephalopelvic disproportion*), *fetal distress*, plasenta previa, riwayat operasi sebelumnya. Hasil penelitian Bang R.A., et.al. (2004) menemukan indikasi bedah sesar yaitu: partus lama, pecah ketuban dini, presentasi janin yang tidak normal.

#### 6.4 Hubungan Faktor Ibu dengan Diagnosis Bedah Sesar

Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan antara faktor ibu yaitu usia, pendidikan, kerja, usia kehamilan dan paritas dengan diagnosis bedah sesar yang indikatif dan non-indikatif. Hal ini dimungkinkan karena homogenitas ibu yang mendapat pelayanan persalinan dengan bedah sesar di rumah sakit.

Dari faktor ibu yaitu usia, pendidikan, kerja, usia kehamilan dan paritas, karakteristik ibu berada pada konsentrasi tertentu. Usia ibu dari yang termuda 19 tahun dan tertua adalah 41 tahun, namun sebagian besar usia mereka berada dibawah usia 35 tahun. Dari tingkat pendidikan, ibu yang pendidikannya hanya sampai Sekolah Menengah Pertama (SMP) yaitu 57.4% dan yang diatas SMP sampai dengan perguruan tinggi 42.6%. Sebagian besar ibu juga berstatus ibu rumah tangga yaitu 89.5%. Dilihat dari usia kehamilan, 87.8% ibu bersalin dengan bedah sesar tergolong usia kehamilan aterm, yaitu 38 – 42 minggu. Terkait dengan faktor paritas, 79.6% ibu tergolong paritas tidak lebih dari satu, berarti jumlah anaknya maksimal baru satu.

Data diatas berbeda dengan hasil penelitian, a.l.: (i) Penelitian Adree RA (2003) yang memperlihatkan hubungan dose response antara tingkat pendidikan

SMP (OR 1), SMA (OR 1.7) dan perguruan tinggi (OR 2.5) terhadap pelayanan bedah sesar; dan (ii) Penelitian Solihah, I (2008) yang menjelaskan bahwa pendidikan merupakan faktor dominan yang berhubungan dengan tanda bahaya pada masa kehamilan, persalinan, nifas dan neonatus.

Data diatas sejalan dengan hasil penelitian a.l.: (i) Penelitian Kruk, M.E (2007) yang menunjukkan bahwa tindakan bedah sesar lebih terkait dengan total biaya kesehatan per kapita (*total health expenditure per capita*) di suatu negara dibandingkan dengan tingkat pendidikan wanita (*female literacy*), dimana bedah sesar yang dilakukan sebagian besar merupakan kasus *emergency*; (ii) Penelitian Najmi, R. S. et.al (2000) mendapatkan pasien bedah sesar dengan 72.6% merupakan pasien rujukan dengan tingkat sosial dan tingkat pendidikan rendah; (iii) Penelitian Ribeiro, V.S., et.al. (2007) yang mendapatkan sebagian bedah sesar dilakukan para ibu primipara.

#### 6.5 Hubungan Dokter dengan Diagnosis Bedah Sesar

Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan bermakna antara dokter dengan diagnosis bedah sesar. Proporsi diagnosis indikatif dokter 1 sebanyak 41.4%, dokter 2 sebanyak 67.3% dan dokter 3 sebanyak 50.%. Proporsi diagnosis indikatif diantara ketiganya tidak jauh berbeda. Mereka mempunyai usia yang tidak jauh berbeda dan semuanya pria, namun diantara ketiganya dokter 2 mendapat porsi tertinggi 67.3%. Beliau pada tahun 2008 memang menjabat sebagai kepala SMF Obstetri yang mengemban tanggungjawab terhadap pelayanan pasien obstetri dan ginekologi. Namun demikian korelasi antara diagnosis dengan dedikasi dokter terhadap profesinya tidak dapat dijelaskan, mengingat keterbatasan penelitian ini.

#### 6.6 Hubungan Jenis Pembayar dengan Diagnosis Bedah Sesar

Hasil uji statistik memperlihatkan hasil yang tidak bermakna antara sifat operasi dengan jenis diagnosis. Dari hasil penelitian didapatkan jumlah ibu yang berstatus bayar dan yang gratis tidak jauh berbeda. Kondisi ini diperoleh karena

penelitian hanya dilakukan pada pelayanan bedah sesar di kelas 2 dan kelas 3, sebagian besar kelas 3 digunakan oleh ibu dengan jaminan Program Jamkesmas. Kemungkinan ibu yang mencari pelayanan persalinan bedah sesar di RSMM memiliki kemampuan ekonomi yang relatif sama.

Data ini berbeda dengan hasil penelitian Ribeiro, V.S., et.al. (2007) yang mendapatkan bedah sesar yang berhubungan dengan tingkat pendidikan ibu dan tingkat pendapatan yang tinggi.

#### 6.7 Hubungan Sifat Operasi dengan Diagnosis Bedah Sesar

Hasil uji statistik memperlihatkan hasil yang tidak bermakna antara sifat operasi dengan jenis diagnosis. Dari hasil penelitian sebanyak 81.6% bedah sesar bersifat cito dan hanya 18.4% bersifat elektif. Hal ini dimungkinkan karena sebagai rumah sakit rujukan RSMM menerima jumlah pasien rujukan yang mungkin lebih banyak dibanding pasien yang sejak awal memeriksakan kehamilan sampai merencanakan persalinannya di rumah sakit ini.

Proporsi bedah sesar yang sebagian besar merupakan kasus cito merupakan ciri pelayanan bedah sesar di negara-negara berkembang, hal ini juga didapatkan dalam penelitian Najmi, R. S. et.al (2000) yang mendapatkan 78% bedah sesar dari 10.863 kasus adalah cito.

#### 6.8 Hubungan Waktu Operasi dengan Diagnosis Bedah Sesar

Hasil uji statistik menunjukkan menunjukkan hasil tidak bermakna antara waktu dilaksanakannya operasi dengan diagnosis bedah sesar. Dari data diperoleh bahwa operasi bedah sesar lebih banyak dilakukan antara jam 6 pagi sampai jam 6 sore, namun perbedaan tersebut tidak terlalu besar. Hal ini dimungkinkan karena pelayanan operasi bedah sesar di RSMM dapat dilaksanakan setiap waktu, mengingat rumah sakit merupakan rujukan di wilayah Kabupaten, Kota Bogor dan sekitarnya.



Data diatas tidak sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan Ribeiro Preto (1994) yang mendapatkan bahwa bedah sesar dilakukan pada waktu tertentu, yaitu pada sore sampai menjelang malam (*end of afternoon and beginning of the night*), yang memberikan indikasi bahwa periode waktu ini memberikan *medical convenience* untuk dilakukannya bedah sesar.

#### 6.9 Faktor yang Paling Dominan

Dari 3 kandidat yaitu: dokter, usia kehamilan dan sifat operasi, variabel dengan p-value  $\leq 0.25$  adalah dokter 2 yaitu  $p = 0.046$ . Diagnosis bedah sesar berhubungan dengan dokter setelah dikontrol dengan faktor usia kehamilan dan sifat operasi. Dokter 2 berpeluang 2.699 kali menuliskan diagnosis indikatif dibandingkan dengan dokter pertama.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Ribeiro, V.S., et.al. (2007) yang mengindikasikan bahwa tingkat bedah sesar di dua kota di Brazil ditentukan oleh faktor dokter dan tipe rumah sakit.

## BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN

### 7.1 Kesimpulan

1. Pada tahun 2008, angka *sectio secarean rate (SCR)* di Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor mencapai 38.9%.
2. Dari hasil penelitian diperoleh proporsi diagnosis bedah sesar yang indikatif sebanyak 56% dan diagnosa non- indikatif 44%. Diagnosa non-indikatif yang dituliskan dalam rekam medis lebih banyak ditunjukkan oleh kriteria II (79%) yaitu diagnosis sebelum dan sesudah bedah sesar lengkap dituliskan oleh dokter, namun tidak jelas kesesuaian diantara keduanya, dibandingkan dengan kriteria III hanya 21%.
3. Diagnosis bedah sesar non-indikatif sebanyak 44% berpotensi memunculkan prediksi tindakan bedah sesar yang berlebihan.
4. Dari hasil penelitian univariat, didapatkan karakteristik tersendiri pada 9 (sembilan) variabel dalam penelitian ini.
5. Tidak ada hubungan bivariat yang bermakna antara 9 (Sembilan) variabel, yaitu yang dianggap berhubungan dengan jenis diagnosis bedah sesar, indikatif dan non-indikatif. Namun dokter merupakan variabel yang paling dominan berkaitan dengan jenis diagnosis bedah sesar.

### 7.2 Saran

Bagi pihak rumah sakit dan dokter:

Angka *sectio secarean rate (SCR)* di Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi relatif tinggi, namun masih relevan dengan kondisi ada, mengingat (i) rumah sakit ini menjadi tempat rujukan utama bagi kasus obstetrik di Kota / Kabupaten Bogor dan sekitarnya dan berstatus rumah sakit pemerintah; (2) Jarak dengan rumah sakit lain milik pemerintah cukup jauh; (3) sumber daya yang dimiliki menunjang pelayanan medis. Dengan demikian kebutuhan masyarakat akan pelayanan medis

di RSMM di tahun-tahun ke depan masih akan meningkat. Rumah Sakit dr. Marzoeki Mahdi juga telah berperan dalam pelayanan bedah sesar pada kelompok masyarakat miskin melalui program Jamkesmas/Jamkesda. Namun peningkatan angka *sectio secarea rate* (SCR) nantinya perlu dicermati kembali mengingat diagnosis indikatif bedah sesar hanya mencapai 56%. Hal ini berpotensi menambah beban biaya baik bagi pemerintah maupun masyarakat. Untuk itu, rumah sakit perlu melakukan upaya agar pelayanan bedah sesar yang dilakukan pada ibu bersalin secara keseluruhan dengan diagnosis yang indikatif. Melalui diagnosis indikatif ini diharapkan pelayanan bedah sesar yang diberikan memang layak dan sesuai dengan kebutuhan medis pasien saat itu.

Rekam medis merupakan dokumen medis yang dapat menjelaskan seluruh pelayanan medis yang diterima pasien, selayaknya dapat mencerminkan jumlah dan kualitas pelayanan yang diberikan kepadanya. Kelengkapan dokumen rekam medis akan turut membantu kejelasan dan kemudahan dalam proses penatalaksanaan pasien di rumah sakit baik yang bersifat medis maupun non medis.

Melengkapi diagnosis indikatif pada kasus bedah sesar dapat dilakukan dengan memberdayakan dokter, agar mereka lebih termotivasi menuliskan diagnosis indikatif bagi semua pasien yang menjadi tanggung jawabnya. Kegiatan menuliskan catatan medik pasien dalam rekam medis memang membutuhkan waktu yang lebih panjang dan upaya tambahan disamping menatalaksana kasus pasien itu sendiri. Namun hal ini mungkin dilakukan karena dokter 2 dapat melakukannya dengan baik, walaupun konsistensinya belum terjaga karena diagnosis indikatif belum ditemukan pada seluruh rekam medis pasien yang dirawatnya.

Rekam Medis adalah dokumen legal yang berfungsi sebagai sarana komunikasi tertulis dan dimanfaatkan oleh banyak pihak dari berbagai kalangan, maka dokter harus memahami pentingnya menyusun catatan medis yang terstruktur, logis, jelas dan mudah dibaca atau difahami. Hal ini dapat dilakukan jika dokter membiasakan diri melakukan hal tersebut. Jika tidak, maka penulisan rekam medis akan menjadi beban. Rekam medis yang lengkap sesungguhnya akan bermanfaat bagi dokter sendiri misalnya ketika rekam medis menjadi dokumen

yang dapat menunjukkan kemampuan dan kompetensinya, misalnya saat gugatan hukum malpraktik. Bagi pengembangan keilmuan, rekam medis yang diisi dengan struktur yang baik dan lengkap akan menjadi sumber data yang kaya untuk penelitian. Hal ini akan mendukung salah satu program yang direncanakan dalam pengembangan rumah sakit ini, yaitu menjadikan RSMM sebagai pusat pendidikan.

Pihak Rumah Sakit juga dapat membuat standar dalam pengisian, penggunaan dan pemanfaatan rekam medis, sehingga seluruh tenaga kesehatan yang ada, khususnya dokter, terdorong untuk mewujudkan sistem rekam medis yang baik dan dapat menunjang pelayanan yang lebih berkualitas.

Satu hal lain yang perlu dirumuskan adalah standar pelayanan medis atau yang biasa disebut *standart operating procedure (SOP)* bidang obstetrik di tingkat rumah sakit sehingga penatalaksanaan pasien obstetrik dilakukan dengan pola pendekatan yang sama, yaitu berdasarkan acuan *evidence based* yang disepakati. Sehingga bukan saja menuliskan dan melengkapi catatan dalam rekam medis yang sama tetapi alur tindakan medis juga memiliki acuan yang baku.

#### Untuk Pemerintah Daerah dan Pusat

Pelayanan bedah sesar merupakan bagian dari program pelayanan kesehatan reproduksi. Persalinan bedah sesar yang dapat tinggi sesungguhnya dapat dicegah tanpa mengurangi tingkat morbiditas pada ibu dengan memperkuat pelayanan *antenatal care (ANC)* dan pelayanan kesehatan dengan tenaga kesehatan serta pemantauan ibu hamil yang beresiko (risti) di tingkat pelayanan dasar yaitu puskesmas dengan jajarannya. Sehingga ibu dengan kehamilan yang beresiko dapat dikenali lebih dini dan dipersiapkan serta ditatalaksana dengan baik.

#### Bagi dokter dan bidan

Banyaknya kasus bedah sesar cito yang dilayani oleh Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi tidak lepas dari jenis kasus yang datang ke rumah sakit adalah

kasus rujukan dari pelayanan praktek dokter, praktek bidan, atau rumah bersalin. Tidak jarang kondisi pasien sudah sangat terlambat dalam rujukan atau sebaliknya kasus yang sebenarnya dapat diupayakan dengan persalinan normal tetapi baik dokter maupun bidan tidak cukup kompeten untuk melakukan intervensi medis. Untuk kasus diatas dirasakan perlu upaya peningkatan kapasitas tenaga kesehatan terus menerus dalam bidang obstetrik untuk memastikan mereka mampu memberikan pelayanan yang baik. Dengan kompetensi yang baik ini pula seorang dokter dapat merumuskan diagnosis yang tepat sehingga tindakan medis yang diberikan kepada pasien proporsional, sesuai dengan yang dibutuhkan.

#### Bagi Fakultas Kedokteran

Penetapan diagnosis menjadi kewenangan dokter dalam penatalaksana pasien, hal ini juga menentukan kompetensinya dalam menetapkan status dan permasalahan pasien. Permasalahan pasien dapat sangat kompleks sehingga kemampuan untuk mendiagnosis menjadi hal yang perlu mendapatkan perhatian dalam proses pendidikan dokter. Penulisan diagnosis dalam rekam medis dapat menjadi pelengkap yang perlu diperkuat pembekalannya selama proses pendidikan sehingga kemampuan dokter dapat tercermin dalam catatan medis yang dibuatnya. Miskomunikasi dan misinterpretasi yang selama ini menjadi sumber konflik dalam hubungan dokter pasien pun dapat dihindari.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Aditama, C.Y. September, 1999. *Dari Masa Ke Masa Datang*. Jurnal Manajemen Rumah Sakit Indonesia. Vol 1 No.3, September. Jakarta.
2. Andayani, T.M., Sudjaswadi, R. 2005. *Evaluasi Ekonomi Penggunaan Antibiotika pada Kasus Bedah Sesar di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta*. Majalah Farmasi Indonesia. Vol 16:2.
3. Anderson, G.M. 25 October, 2008. *Making Sense of Rising Caesarean Section Rates: Time to Change Our Goals*. BMJ. Vol 329. [www.bmj.com](http://www.bmj.com)
4. Andree, A.R. 2007. Faktor-faktor yang berhubungan dengan persalinan melalui operasi sesar tahun 1997-2003 (SDKI 2002 – 2003). FKM-Universitas Indonesia
5. BPS, UNFPA. (2006). *Laporan Indikator Database 2005*, untuk 44 kabupaten/kota terpilih di propinsi Sumatera Selatan, Jawa Barat, Kalimantan Barat dan Nusa Tenggara Timur. BPS, UNFPA. Jakarta
6. Bappenas (2007). *Pembiayaan MDGs Bidang Kesehatan*. Jakarta.
7. BPS (2005). *Survey Kesehatan Nasional*. Jakarta
8. Bang, R.A., Bang, A.T., Reddy, M.H., Deshmukh, M.D., Baitule, S.B., Filippi, Veronique. 2004. *Maternal morbidity during labour and the puerperium in rural homes and the need for medical attention : A prospective observational study in Gadchiroli, India*. BJOG : an International Journal of Obstetrics and Gynaecology. Vol 111: 231-238. [www.blackwellpublishing.com/bjog](http://www.blackwellpublishing.com/bjog)
9. Bergstrom, Staffan. 2001. *Appropriate of Obstetric Technologies to Deal with Maternal Complication*. Dalam: De Brouwere, Vincent & Van Lerberghe (editor). *Safe Motherhood Strategies: A Review of the Evidence*. Belgium, Studies in Health Services Organization and Policy, 17, 175-191
10. BPS (2003). *Survey Demografi Kesehatan Indonesia 2002-2003*. BPS, BKKBN, Depkes RI dan Macro International Inc. (MII). Jakarta.
11. Clarke, S.C., & Taffel, S. 1995. *Changes in casarean delivery in the United States, 1988 and 1993*. National Center for Health Statistics. Centers for Disease Control & Prevention, USA Department of Health and Human Services, Hyattville, Maryland. (internet)
12. Depkes, RI. (2004). *Rencana Pembangunan Kesehatan Indonesia Sehat 2010*. Jakarta

13. Depkes, RI. (2008). *Laporan Pelaksanaan Program Askeskin 2007*.
14. Depkes, RI. (2008). *Profil Kesehatan Indonesia 2007*
15. Depkes, RI. (2008). *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar RISKESDAS Indonesia Tahun 2007*.
16. Firmanda, D. September, 1999. *Professional Continuous Improvement in Health Care : Standard of Procedures, Clinician Guidelines, Pathways of Care and Evidence Based Medicine. What are They?* Jurnal Management Rumah Sakit Indonesia. Vol 1 No.3. Jakarta.
17. Fonseca, S.N.S., Sofia, M.H., Quintana, S., Nogueira, F.S., Levin, A.S. March-April, 2008. *Successful Control Program to Implement the Appropriate Antibiotics Prophylaxis for Cesarean Section*, Rev. Inst. Med. Trop S. Paulo 50 (2). Brazil. (Internet)
18. Gonzalez-Perez, G.J., Vega-Lopez, M.G., Cabrera-Pivaral, C., Monuz, A., Valle, A. March, 2001. *Caesarean section in Mexico : are there too many?*. In Health Policy & Planning: 16 (1) : 62-62. Oxford University Press.
19. Gomes, Uilho, A, et al. 1999. *Risk Factors for the Increasing Caesarean Soutast Brazil: A Comparison of Two Birth Cohorts, 1978 – 1979 dan 1994*. International Journal of Epidemiology, 28 : 687-694.
20. Hatt, L., Stanto, C., Makowiecka, K., Adisasmita, A., Achadi, E., Ronsmans, C. October, 2007. In Bulletin of the World Health Organization 85 (10), 774-783.
21. Hastono, S.P. (2001). *Modul Analisis Data*. FKM-Universitas Indonesia
22. Harjodisastro, D. (Mei, 2006). *Bagaimana Dokter Berpikir dan Bekerja*. Gramedia Pustaka Utama. Jakarta
23. *Indonesia Economy : Fuel Hike Boost Inflation*. EUI ViewsWire. 15 Juli 2008. New York: (internet)
24. Kruk, M.E., Gale, A., Prescott, M., Freedman, L. 2007. *Health care Financing and Utilization of Maternal Health Services in Developing Countries*. Health Policy and Planning 22: 303-310. London
25. Laporan Akuntabilitas Kinerja Rumah Sakit Dr. H. Marzoeki Mahdi 2007. Bogor
26. Laporan Akuntabilitas Kinerja Rumah Sakit Dr. H. Marzoeki Mahdi Sub Bag Rekam Medis 2008. Bogor
27. Leebov, W., Scott, G. 1990. *Health Care Manager in Transition : Shifting Roles and Changing Organizations*. Jossey-Bass Publishers. San Fransisco.
28. Lemenshow, S et al (1997). *Besar Sampel dalam Penelitian Kesehatan*. Gajah Mada University Press, Edisi 1. Yogyakarta.

39. Liabsuetkul, T., Lumbiganon, P., Chongsuvivatwong, V. 2002. *Prophylactic Antibiotic Prescription for Caesarean Section*. International Journal for Quality in Health Care, Vol 14 No. 6. (internet)
30. Motamedi, B, Janghorbani, M, Eftekhari, N. November, 2003. *Prevalence of Caesarean Section and Some Determinant Factors in Kerman*. Medical Faculty Journal of Guilan University of Medical Sciences. Vol. 9, No. 33 & 34. (Internet)
31. Muthukumararappan, K., Rigby,C., Johanson, R., Jones, P. November, 2000. *Improving the Standards of Care for Women Having Caesarean Sections*. Journal of Obstetrics and Gynaecology. (internet)
32. Manuaba, I.B.G., Manuaba, I.A.C., Manuaba. I.B.G.F. (2007). Pengantar Kuliah Obstetri. EGC. Jakarta.
33. Najmi, R.S., Rehan, N. 2000. *Prevalence and determinat of caesarean section in a teaching hospital of Pakistan*. Journal of Obstetrics and Gynaecology. Vol 20, No 5 : 479-483.
34. Pirwany, I.R., & Mahmood, T. 2007. *Audit of Infective Morbidity Following Caesarean Section at a District General Hospital*. Jurnal of Obstetric and Gynaecology. Vol 17 No. 5. (internet)
35. Pratiknya, A.W. (1986). *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Kedokteran dan Kesehatan*. CV Rajawali, Jakarta.
36. Profil RS. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor 2008. Bogor
37. Ribeiro, V.S., Figueiredo, F.P., Silva, A.A.M., Bettiol, H., Batista, R.F.L., Coimbra, L.C., Lamy, Z.C., Barbieri, M.A. 2007. *Why are the rates of cesarean section in Brazil higher in more developed cities than in less develop ones?* Brazillian Journal of Medical and Biological Researach 40 (9) : 1211-1220. [www.bjournal.com.br](http://www.bjournal.com.br)
38. Ronsman, C., Holtz, S., Stanton, C. Oct 28, 2006. *Socioeconomic differentials in caesarean rates in developing countries: a retrospective analysis*. Lancet. Vol 368 : 1516-1523. [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com)
39. Survei Fasilitas Kesehatan. Desember, 2008. Data tidak dipublikasikan
40. Solihah, I. 2007. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan pengetahuan suami tentang tanda bahaya pada masa kehamilan, persalinan, nifas dan neonatus di Kabupaten Garut, Jawa Barat*. FKM-Universitas Indonesia
41. Suwarti, S.S., Koesna. (1999). *ModulKuliah : Aplikasi RekamMedis*. FKM-Universitas Indonesia
42. Undang Undang Dasar 1945 Hasil Amandemen (2004). Jakarta
43. UI (2007). *Pedoman Proses dan Penulisan Karya Ilmiah Fakultas Kesehatan Masyarakat*, Depok
44. WHO report 2005.



45. Wiknjosastro, G.H. Basalamah, A (1995). *Iatrogenic Obstetric Intervention and High Caesarean Section Rate*. Dalam : Saifuddin, A, B. Affandi, B. Wiknjosastro, GH (editor). *“Women’s Health Recent Advances in The Asia –Oceania Region”*, Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. Jakarta. 391-393
46. Wiknjosastro, G.H., Saifudin, AB. Rachimhadhi, T (editor). 2002. *Ilmu Kebidanan*. Edisi 3, cetakan ke-6). Tridasa Printer, Jakarta



