



UNIVERSITAS INDONESIA

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI TINDAKAN
SEKSIO SESAREA DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
KABUPATEN DOMPU TAHUN 2010**

SKRIPSI

**DEWI ANDRIANI
NPM : 1006819150**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT
PEMINATAN KEBIDANAN KOMUNITAS
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, JULI 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI TINDAKAN
SEKSIO SESAREA DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
KABUPATEN DOMPU TAHUN 2010**

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Sarjana Kesehatan Masyarakat

DEWI ANDRIANI
NPM : 1006819150

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT
PEMINATAN KEBIDANAN KOMUNITAS
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, JULI 2012

PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Dewi Andriani

NPM : 1006819150

Tanda Tangan : 

Tanggal : 12 Juli 2012

PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :

Nama : Dewi Andriani

NPM : 1006819150

Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat

Judul Skripsi : FAKTOR- FAKTOR YANG MEMPENGARUHI
TINDAKAN SEKSIO SESAREA DI RUMAH
SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN DOMPU
TAHUN 2010

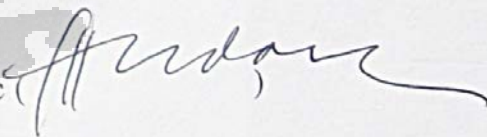
Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan penguji dan diterima sebagai persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Progran Studi Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

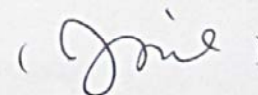
Pembimbing : Prof. Dr. dr. Nasrin Kodim, MPH

()

Penguji I : Prof. Dr. dr. Sudarto Ronoatmodjo, SKM, M.Sc

()

Penguji II : Nurjamil, SKM, M.Epid

()

Ditetapkan di : Depok, Jawa Barat

Tanggal : 12 Juli 2012

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawa ini, saya:

Nama : Dewi Andriani
NPM : 1006819150
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Peminatan : Kebidanan Komunitas
Tahun Akademik : 2010/ 2011

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan plagiat dalam penulisan skripsi saya yang berjudul :

**FAKTOR- FAKTOR YANG MEMPENGARUHI
TINDAKAN SEKSIO SESAREA DI RUMAH SAKIT UMUM
DAERAH KABUPATEN DOMPU TAHUN 2010**

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar- benarnya.

Depok, 12 Juli 2012



(Dewi Andriani)

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Dewi Andriani
Tempat Tanggal Lahir : Dompu, 20 Pebruari 1983
Agama : Islam
Alamat : Jln. Lintas Sumbawa No. 67 Lingkungan Larema
Kelurahan Simpasai Kecamatan Woja Kabupaten
Dompu Provinsi Nusa Tenggara Barat
Alamat Instansi : Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Dompu Jln.
Kesehatan No. 1 Kelurahan Bada Kecamatan Dompu
Kabupaten Dompu Provinsi Nusa Tenggara Barat.

Riwayat Pendidikan :

1. SDN INPRES Simpasai 1989 -1995
2. SMPN 1 – Dompu 1995 -1998
3. SPK DEPKES Bima 1998 -2001
4. Poltekkes Yogyakarta Jurusan Kebidanan 2002 -2005
5. Peminatan Kebidanan Komunitas – FKM UI 2010 -2012

Riwayat Pekerjaan :

1. Bidan Puskesmas Calabai Kec Pekat 2006 - 2007
2. Bidan Pelaksana di ruang Bersalin RSUD Dompu 2007 - Sekarang

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, puji syukur atas kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan Rahmad, Taufik dan Hidayah-Nya untuk penulis serta Sholawat dan salam kepada Nabi Muhammad SAW, karena dengan bantuanNya lah sehingga penulis dapat menyelesaikan laporan skripsi yang berjudul: **"Faktor- faktor Yang Mempengaruhi Tindakan Seksio Sesarea di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Dompu Tahun 2010"**. Laporan skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Progran Studi Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Penulis menyadari sepenuhnya tanpa bimbingan dan dorongan serta bantuan dari berbagai pihak, niscaya sulit bagi penulis untuk menyelesaikan skripsi ini. Dengan selesainya penulisan laporan skripsi ini, dengan segala kerendahan hati penulis haturkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat:

- 1) Prof. Dr. dr. Nasrin Kodim, MPH selaku dosen pembimbing akademik yang telah menyediakan waktu untuk mengarahkan saya dalam penyusunan Skripsi ini.
- 2) Prof. Dr. dr. Sudarto Ronoatmodjo, SKM, M.Sc selaku penguji yang telah berkenan memberikan masukan demi kesempurnaan skripsi ini.
- 3) Nurjamil, SKM, M.Epid atas saran dan masukannya dalam perbaikan tulisan ini
- 4) Ayahanda, Ibunda, serta Mertua tercinta yang telah banyak memberikan do'a dan pengorbanan selama hidup ananda.
- 5) Suamiku tersayang Azuardana serta ananda Afkar dan Nahda atas dukungan dan pengorbanannya menunggu dengan penuh kesabaran dalam do'a dan cinta.

- 6) Kakak dan Adik-adikku (Eti, Atun dan Nur) serta seluruh keluarga yang telah memberikan pengertian, dukungan dan pengorbanan serta doa tulus yang tak ternilai yang selalu memberikan motivasi dan semangat baru.
- 7) Staf Perpustakaan Universitas Indonesia.
- 8) Teman-teman peminatan kebidanan komunitas angkatan 3 yang telah bersama-sama saling bertukar pikiran dan saling mendoakan, spesial to mb mala, mama adib, mama alif, du.a agustina, ibunya azka, ibunya farand, ony wa.ang, mb heny atas motivasi silangnya dan semua yang telah saya repotin dalam pembuatan skripsi ini.
- 9) Segenap pihak yang telah membantu dalam penyelesaian Skripsi ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu-persatu.

Semoga Allah SWT memberikan limpahan Taufik dan Hidayah-Nya kepada semua pihak yang telah membantu selama penyelesaian skripsi ini, Amien. Penulis menyadari bahwa laporan ini masih jauh dari sempurna, dan masih banyak kekurangan karena keterbatasan kemampuan penulis, oleh karena itu segala jenis masukan dari semua pihak akan penulis terima demi kesempurnaan skripsi ini.

Penulis berharap semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan bagi penulis khususnya Amien.

Depok, 12 juli 2012

Penulis

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

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

Nama : Dewi Andriani
NPM : 1006819150
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Peminatan : Kebidanan Komunitas
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis Karya : Skripsi

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Non eksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul : **“Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Tindakan Seksio Sesarea di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Dompu 2010”** beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non Eksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih media/ formatkan, 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 : Depok
Pada tanggal : 12 Juli 2012
Yang menyatakan



(Dewi Andriani)

ABSTRAK

Nama : Dewi Andriani
NPM : 1006819150
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Judul : Faktor – Faktor yang mempengaruhi tindakan Seksio Sesarea di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Dompu tahun 2010

Proporsi kematian ibu di provinsi Nusa Tenggara Barat tergolong tinggi pada tahun 2010 sebesar 329 kematian ibu atau 2,9% dari total kematian nasional. Penelitian bertujuan untuk mengetahui faktor – faktor yang mempengaruhi tindakan seksio sesarea di RSUD Kab Dompu. Desain penelitian adalah potong lintang dengan besar sampel 750 orang. Data diuji dengan menggunakan *chi-square* dengan taraf signifikan 95% (0,05). Hasil penelitian didapatkan bahwa prevalensi ibu yang bersalin dengan seksio sesarea adalah 75,2%. Ada hubungan antara paritas (faktor predisposisi), cara bayar (faktor penguat), partus lama, riwayat seksio sesarea, pre eklampsia berat/ eklampsia dan kematian janin dalam rahim dengan kejadian seksio sesarea ($p < 0,05$).

Kata kunci : Seksio sesarea, faktor predisposisi, faktor penguat, faktor indikasi medis.

ABSTRACT

Name : Dawi Andriani
NPM : 1006819150
Courses : Bachelor of Public Health
Title : Factors - Factors that influence the actions of Caesarean section in the District Dompu General Hospital in 2010

The proportion of maternal mortality in west nusa tenggara is high, at 2010 the maternal mortality was 329 or 2,9% national mortality. The study aims to determine factors - factors that influence the actions of Caesarean section in Dompu District Hospital. The study design was a large cross-sectional sample of 750 people. Data were tested using chi-square with 95% significant level (0.05). Result showed that the prevalence of the birth mother with Caesarean section was 75.2%. There is a relationship between parity (predisposing factors), how to pay (reinforcing factors), parturition length, a history of Caesarean section, severe pre eclampsia / eclampsia and fetal death in utero with the incidence of Caesarean section ($p < 0.05$).

Key words : Caesarean section, predisposing factors, reinforcing factors, factors of medical indications.

DAFTAR ISI

	Halaman
JUDUL	i
PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
PENGESAHAN	iii
SURAT PERNYATAAN	iv
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	v
KATA PENGANTAR	vi
PERNYATAAN PUBLIKASI	viii
ABSTRAK	ix
ABSTRACT	x
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR GAMBAR	xvi
DAFTAR SINGKATAN	xvii
1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Pertanyaan Penelitian	4
1.4 Tujuan Penelitian	4
1.4.1 Tujuan Umum	4
1.4.2 Tujuan Khusus	5
1.5 Manfaat Penelitian	5
1.5.1 Bagi Peneliti	5
1.5.2 Bagi RSUD Kabupaten Dompu	5
1.6 Ruang Lingkup Penelitian	5
2. TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Persalinan	7
2.1.1 Persalinan Normal	7
2.1.2 Jenis Persalinan	7
2.1.3 Jalannya Persalinan Secara Klinis	8
2.1.3 Tanda-Tanda Persalinan	9
2.2 Persalinan Operatif	10
2.2.1 Persalinan Dengan Forceps	10
2.2.2 Persalinan Dengan Vacum	11
2.3 Seksio Sesarea	11
2.3.1 Sejarah Seksio Sesarea	11
2.3.2 Definisi Seksio Sesarea	12
2.3.3 Indikasi Tindakan Seksio Sesarea	13

2.3.4 Tipe-Tipe Operasi Seksio Sesarea	14
2.3.5 Komplikasi Tindakan Seksio Sesarea	17
2.3.6 Faktor Resiko Seksio Sesarea	19
2.3.7 Mortalitas Dan Morbiditas Sesudah Seksio Sesarea	19
2.3.7 Upaya Pengendalian Seksio Sesaria	20
2.4 Berbagai Penyulit Dalam Kehamilan Dan Persalinan	22
2.5 Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Tindakan Seksio Sesarea.....	28
2.5.1 Umur Ibu	28
2.5.2 Paritas Ibu	29
2.5.3 Cara Bayar	30
2.6 Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan	31
3. KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI	
OPERASIONAL.....	36
3.1 Kerangka Konsep	36
3.2 Hipotesis	37
3.3 Definisi Operasional	41
4. METODOLOGI PENELITIAN	43
4.1 Rancangan / Desain Penelitian	43
4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian	43
4.3 Populasi dan Sampel	43
4.3.1 Populasi Target	43
4.3.2 Populasi Studi	43
4.3.3 Sampel	43
4.4 Teknik Pengumpulan Data	44
4.4.1 Sumber Data	44
4.5 Pengolahan Data	44
4.5.1 Editing Data	44
4.5.2 Coding Data	44
4.5.3 Prosesing	44
4.5.3 Cleaning	45
4.6 Pengolahan Data	46
4.6.1 Analisa Prevalensi	46
4.6.2 Analisa Bivariat	46
4.6.3 Prosesing	46
4.6.3 Cleaning	45
5. HASIL PENELITIAN	46
5.1 Gambaran Umum RSUD Kabupaten Dompu	46
5.2 AnalisaPrevalensi	47
5.3 Prevalensi Seksio Sesarea pada Ibu Bersalin di RSUD Tahun 2010 ...	47
5.4 Hubungan Factor-Faktor Predisposisi dan Faktor Penguat pada Ibu dengan Tindakan Seksio Sesarea di RSUD Dompu Tahun 2010	48

5.5 Hubungan Faktor Indikasi Medis dengan Jenis Persalinan	49
5.6 Power Penelitian	51
6. PEMBAHASAN	53
6.1 Keterbatasan Penelitian	53
6.2 Pembahasan Hasil Penelitian	53
6.2.1 Seksio Sesarea	53
6.2.2 Analisis Hubungan Faktor Predisposing dengan Tindakan Seksio Sesarea di RSUD Kabupaten Dompu 2010	55
6.2.3 Analisis Hubungan Faktor Penguat dengan Tindakan Seksio Sesarea di RSUD Kabupaten Dompu 2010	56
6.2.4 Analisis Hubungan Faktor Indikasi Medis dengan Tindakan Seksio Sesarea di RSUD Kabupaten Dompu 2010	57
7. KESIMPULAN DAN SARAN	67
7.1 Kesimpulan	67
7.2 Saran	68

DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN



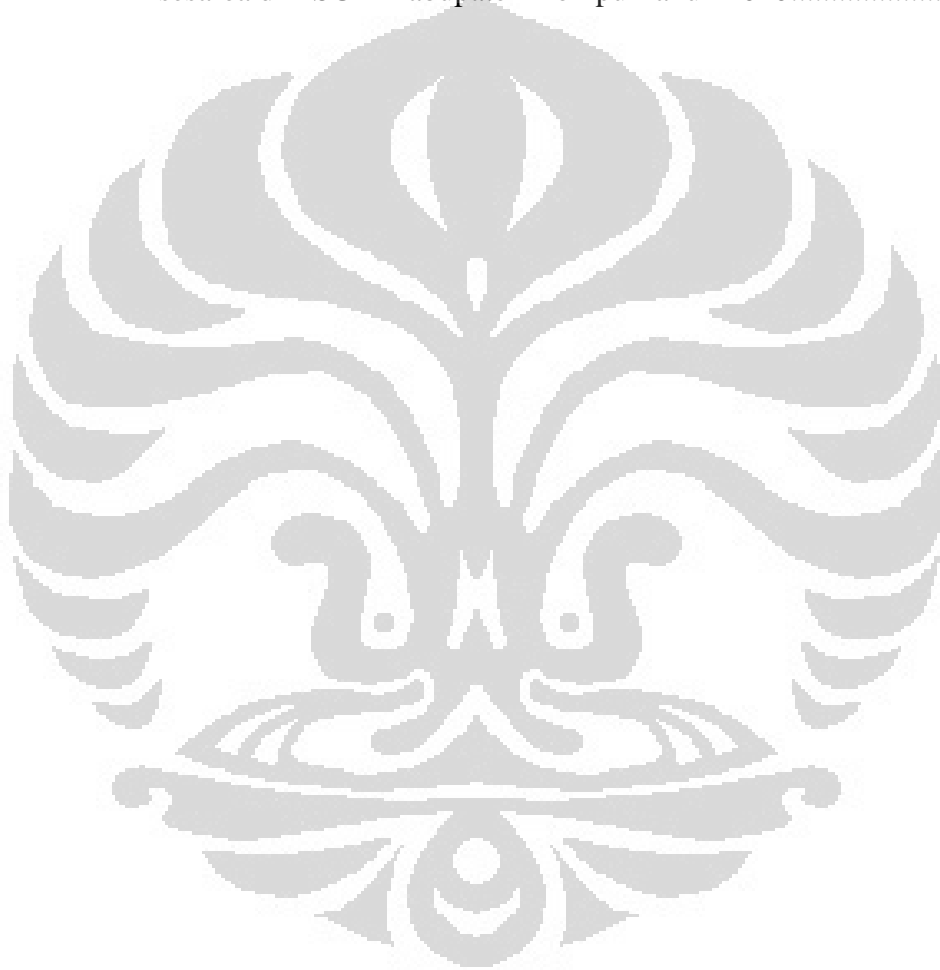
DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
Tabel 3.1. Definisi Operasional	34
Tabel 5.2. Prevalensi Seksio Sesarea pada Ibu Bersalin di RSUD Tahun 2010	43
Tabel 5.3. Hubungan Faktor Predisposisi dan Faktor Penguat pada Ibu dengan Tindakan Seksio Sesarea di RSUD Dompu Tahun 2010..	45
Tabel 5.4. Distribusi Sampel Berdasarkan Faktor Indikasi Medis terhadap Tindakan Seksio Sesarea di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Dompu Tahun 2010	46
Tabel 5.5. Power Penelitian	48



DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
Gambar 2.1. Model Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan	30
Gambar 2.2. Skema Tiga Faktor Yang Dapat Member Kontribusi Atas Perilaku Kesehatan	32
Gambar 3.1. Gambaran faktor-faktor yang mempengaruhi tindakan seksio sesarea di RSUD Kabupaten Dompu Tahun 2010.....	33



DAFTAR SINGKATAN



SC	: Sectio Caesarea
KH	: Kelahiran Hidup
WHO	: World Health Organization
MDGs	: Milenium Development Goals
AKI	: Angka Kematian Ibu
SDKI	: Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia
NTB	: Nusa Tenggara Barat
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
PER	: Pre Eklampsia Ringan
PEB	: Pre Eklampsia Berat
PP	: Plasenta Previa
APB	: Ante Partum Bleeding
CPD	: Cephalo Pelvik Disproportion
KPD	: Ketuban Pecah Dini
DJJ	: Denyut Jantung Janin
KJDR	: Kematian Janin Dalam Rahim

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Angka kesakitan dan kematian ibu merupakan indikator kesehatan umum dan kesejahteraan masyarakat. Sasaran pembangunan kesehatan dalam MDGs yang terkait kesehatan ibu adalah menurunkan angka kematian ibu (AKI) $\frac{3}{4}$ antara tahun 1990-2015, dan menurut RP-JMN kementerian kesehatan yakni menurunkan AKI dari 228/100.000 menjadi 102/100.000 kelahiran hidup (prasetyawati, 2012).

Badan kesehatan dunia memperkirakan 95% dari 585.000 ibu meninggal akibat komplikasi kehamilan, persalinan setiap tahunnya tinggal dinegara berkembang (oxorn, 2010) WHO melaporkan bahwa kematian ibu di Sub Sahara Afrika 270/100.000 kelahiran hidup, Asia Selatan sebesar 188/100.000 kelahiran hidup dan Asia Tenggara sebesar 35 per 100.000. Angka kematian berdasarkan laporan dari komite kematian ibu di Inggris dan Wales tahun 1910-1932, dari 3.059 kematian ibu didapatkan 1.111 kasus kematian karena infeksi atau 36,3 persen, sebanyak 506 kasus atau 16,4 persen karena eklampsia dan 14,8 persen karena perdarahan (Cuningham, Macdonald, Gant, 2007).

Indonesia masih merupakan salah satu negara penyumbang AKI terbesar di dunia dan di Asia Tenggara, berdasarkan laporan WHO tahun 2005 di Indonesia AKI sekitar 420/100.000 KH, di Thailand sebesar 110 per 100.000 KH (kelahiran hidup), Myanmar 380 per 100.000 KH, Filipina 230 per 100.000 KH, Vietnam 150 per 100.000 KH, Malaysia jauh lebih baik yaitu hanya sebesar 62 per 100.000 KH dan Singapura sudah sangat baik sekali hanya dengan AKI sebesar 14 per 100.000 KH. (www.repository.usu.ac.id)

Berdasarkan hasil Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia AKI di Indonesia pada tahun 2007 sebesar 228 per 100.000 kelahiran hidup. Dari angka ini terlihat adanya penurunan AKI dibanding tahun 2002 yang masih mencapai 307 per 100.000 kelahiran hidup. Penurunan AKI menjadi indikator penting dari keberhasilan upaya pembangunan kesehatan Indonesia. (BPS, BKKBN, Depkes, 2008)

Proporsi kematian ibu di provinsi NTB pada tahun 2005 adalah sebesar 108 kematian atau sebesar 2,6% dari total kematian ibu di Indonesia. Penyebab utama kematian ibu adalah perdarahan 45%, eklampsia 14% dan infeksi 5% (WHO, 2008). Data lain menyebutkan bahwa proporsi kematian ibu di Indonesia sebesar 11.534 kematian. Proporsi kematian tertinggi ditempati Jawa Barat sebesar 19,8% (2280 jiwa), terendah ditempati Jakarta sebesar 0,6% atau 64 jiwa, sementara proporsi kematian ibu di NTB sebesar 329 jiwa atau sebesar 2,9% total kematian. (Depkes, 2010)

Resiko kematian pada ibu dapat terjadi sejak awal kehamilan hingga pasca persalinan atau nifas dengan resiko tertinggi terjadi pada periode persalinan. Fakta menunjukkan bahwa upaya antenatal care (ANC) saja bagi ibu hamil tidak sepenuhnya dapat menilai adanya resiko komplikasi obstetrik, karena adanya resiko komplikasi persalinan yang timbul tanpa menunjukkan tanda-tanda bahaya sebelumnya. Untuk itu diperlukan upaya lain yaitu menyediakan pelayanan obstetrik emergensi, termasuk didalamnya tindakan bedah sesar (Manuaba, 2008).

Angka kematian kasar yang belum dikoreksi di negara Kanada dan Amerika Serikat kira-kira 30: 10,000 seksio sesarea. Pada banyak klinik, angka ini jauh lebih rendah sampai dibawah 10: 10,000. Namun demikian Evrard dan Gold mendapatkan resiko kematian pada ibu yang menyertai seksio sesarea adalah 26 kali lebih besar daripada kelahiran pervaginam. Resiko kematian ibu pada pembedahannya sendiri sebanyak 10 kali lipat. Bertambahnya penggunaan seksio sesarea untuk melindungi bayi dapat menimbulkan bahaya yang lebih besar bagi ibu, faktor yang menambah resiko mencakup umur ibu diatas 30 tahun, grandemultiparitas, partus lama, ketuban pecah dini, status sosial ekonomi yang rendah. (Oxorn dan Forte, 2010)

Selain angka kematian, angka kesakitan ibu yang berhubungan dengan persalinan seksio sesarea mencapai 5-10x dibanding persalinan normal. Selain itu studi di Massachusetts 1978-1984 melaporkan kematian langsung akibat persalinan seksio sesarea sebesar 5,8% per 100.000 kasus. Meskipun angka tersebut rendah tetapi ironis jika kematian yang dapat di hindarkan menimpa ibu

hamil yang sehat dan sebetulnya tidak memerlukan pembedahan (Cunningham dkk, 2005)

Dari keseluruhan pasien hamil, sebenarnya yang perlu penanganan spesialistik hanyalah sekitar 10% dan hanya separuh diantaranya yang mungkin perlu bedah sesar. Jadi logikanya angka bedah sesar itu tidaklah lebih daripada 15 – 20%. Tetapi, data menunjukkan bahwa angka bedah sesar di RS swasta di kota-kota Indonesia di atas 30%, bahkan ada yang mencapai 80%. Menurut Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia pada tahun 2007 mencatat angka persalinan Seksio sesarea secara nasional berjumlah kurang lebih 7 % dari jumlah total persalinan. Secara umum jumlah Seksio sesarea di rumah sakit pemerintah adalah sekitar 20-25 % dari total persalinan, sedangkan di rumah sakit swasta jumlahnya sangat tinggi yaitu sekitar 30-80 % dari total persalinan (Masyttoh, 2005)

Data lain mengenai angka nasional kejadian persalinan dengan tindakan seksio sesarea di Indonesia, adalah sekitar 15,3%. Dilaporkan angka nasional komplikasi kehamilan adalah sebanyak 6,5% dan sebanyak 2,3% mengalami operasi, sedangkan 13% adalah ibu hamil yang tidak mengalami komplikasi.(Depkes, 2010)

Peningkatan 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 (Nurbaiti, 2009).

Menurut SDKI ada berbagai komplikasi yang berhubungan dengan persalinan melalui bedah sesar di Indonesia. Dari 14.043 kelahiran dengan komplikasi, 1020 mengalami tindakan bedah sesar dengan indikasi persalinan lama 38,5%,perdarahan dan demam berturut-turut sebesar 19,2% dan 9,5%.(BPS, BKKBN, Depkes, 2008)

Berdasarkan hasil riset kesehatan dasar di peroleh Provinsi NTB secara nasional menduduki peringkat ke 22 dari 33 propinsi dengan angka 10,2% dibawah angka nasional sebesar 15,3%, dengan rentang angka seksio sesarea

tertinggi ditempati DKI Jakarta dengan 27,2% dan terendah 5,5% pada Sulawesi Tenggara.

Di RSUD Kabupaten Dompu berdasarkan laporan tahunan Rumah Sakit angka bedah caesar dari tahun ketahun mengalami peningkatan berturut-turut 2008 angka seksio sesarea sebesar 617 kasus, 2009 kasus seksio sesarea sebanyak 638 kasus, 2010 kasus SC sebesar 588 kasus dari 826 total persalinan. Berbagai indikasi yaitu KPD 164 kasus (29,1%), partus lama 121 kasus (21,5%) dan bekas seksio sesarea 71 kasus atau 12,6 %. Berdasarkan data tersebut mendorong saya untuk melakukan analisis data rekam medik pasien di RSUD Kabupaten Dompu tahun 2010 guna mendapatkan informasi tentang faktor-faktor yang mempengaruhi tindakan seksio sesarea di RSUD Kabupaten Dompu Tahun 2010 (Laporan Tahunan RSUD, 2011).

1.2 Rumusan Masalah

Rumah Sakit Umum Daerah merupakan satu-satunya Rumah Sakit yang berada di Kabupaten Dompu sehingga menjadi tempat rujukan dari seluruh puskesmas maupun tenaga kesehatan di kabupaten Dompu. Rumah sakit ini memberikan berbagai pelayanan bagi pasien salah satunya pelayanan obstetrik komprehensif termasuk bedah sesar. Pelayanan bedah sesar khususnya mengalami peningkatan dari 617 kasus pd tahun 2008, menjadi 638 di tahun 2009 lalu menjadi 588 kasus, tetapi secara prevalensi cenderung sama kejadian seksio sesarea tahun 2009 dengan tahun 2010. Hingga saat ini belum ada penelitian tentang karakteristik bedah sesar oleh karena itu saya tertarik untuk meneliti faktor-faktor yang mempengaruhi tindakan Seksio sesarea pada rumah sakit umum daerah kabupaten dompu tahun 2010. Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan dan menganalisa data sekunder dari Rekam Medik pasien tahun 2010 di RSUD Kabupaten Dompu.

1.3 Pertanyaan Penelitian

- 1.3.1 Bagaimana gambaran kejadian seksio sesarea pada ibu bersalin di RSUD Kabupaten Dompu Tahun 2010.
- 1.3.2 Bagaimana gambaran prevalensi faktor-faktor yang mempengaruhi seksio sesarea

- 1.3.3 Bagaimana hubungan faktor predisposisi (umur dan paritas) dengan kejadian seksio sesarea di RSUD Kabupaten Dompu Tahun 2010.
- 1.3.4 Bagaimana hubungan faktor penguat (cara bayar) dengan kejadian seksio sesarea di RSUD Kabupaten Dompu Tahun 2010.
- 1.3.5 Bagaimana hubungan faktor indikasi medis dengan kejadian seksio sesarea di RSUD Kabupaten Dompu Tahun 2010.

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Diketuainya faktor-faktor yang mempengaruhi seksio sesarea di RSUD Kabupaten Dompu Tahun 2010.

1.4.2 Tujuan Khusus

- 1.4.2.1 Diketuainya angka kejadian seksio sesarea pada ibu bersalin di RSUD Kabupaten Dompu Tahun 2010.
- 1.4.2.2 Diketuainya prevalensi faktor- faktor yang mempengaruhi kejadian seksio sesarea di RSUD Kabupaten Dompu Tahun 2010
- 1.4.2.3 Diketuainya hubungan faktor predisposisi (umur dan paritas) dengan kejadian seksio sesarea di RSUD Kabupaten Dompu Tahun 2010.
- 1.4.2.4 Diketuainya hubungan faktor penguat (cara bayar) dengan kejadian seksio sesarea di RSUD Kabupaten Dompu Tahun 2010.
- 1.4.2.5 Diketuainya hubungan faktor indikasi medis dengan kejadian seksio sesarea di RSUD Kabupaten Dompu Tahun 2010

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Bagi Peneliti

Sebagai sarana untuk menambah wawasan dan pengetahuan yang berkaitan dengan pelaksanaan penelitian terutama tentang karakteristik yang berhubungan dengan indikasi seksio sesarea di RSUD Kabupaten Dompu Tahun 2010. Sehingga menjadi masukan dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan ibu ditempat kerja serta untuk penelitian selanjutnya.

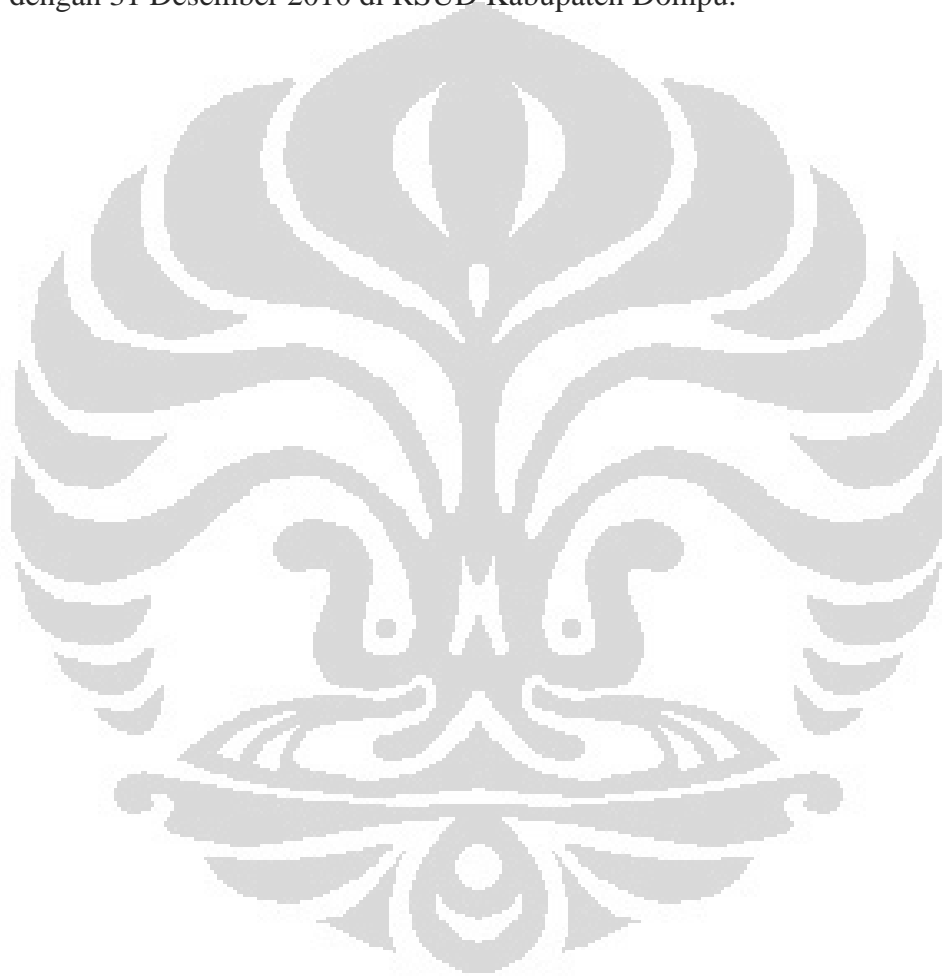
1.5.2 Bagi RSUD Kabupaten Dompu

Dengan adanya penelitian ini Penulis berharap dapat menjadi masukan yang berguna bagi pelaksanaan kesehatan ibu di Kabupaten Dompu.

1.6 Ruang lingkup Penelitian

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

Penelitian dilakukan dengan menganalisa variabel-variabel dari data sekunder rekam medik pasien yang melahirkan dari 1 Januari 2010 sampai dengan 31 Desember 2010 di RSUD Kabupaten Dompu.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Persalinan

2.1.1. Persalinan normal

Persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hampir cukup bulan, disusul dengan pengeluaran placenta dan selaput janin (Kissanti, 2008).

Persalinan adalah proses menipis dan membukanya leher rahim, yang diikuti oleh turunnya janin ke jalan lahir, dan kemudian disusul oleh kelahiran, yaitu proses keluarnya bayi serta pengeluaran placenta dari rahim. Proses persalinan dimulai sejak kali pertama munculnya tanda-tanda persalinan hingga dilahirkannya bayi dari rahim. Biasanya, ibu yang pertama kali melahirkan membutuhkan waktu lebih kurang 18 jam; sementara yang sudah pernah melahirkan membutuhkan waktu sekitar 12 jam. Tentu saja, perhitungan waktu ini hanyalah perkiraan karena setiap proses kelahiran itu unik. Setiap perempuan bisa mengalami hal yang berbeda (Andriana, 2007).

2.1.2. Jenis persalinan

Ada beberapa jenis persalinan yang sering dijumpai, diantaranya adalah sebagai berikut

- 1) Persalinan dengan kekuatan ibu sendiri dan melalui jalan lahir disebut persalinan spontan.

Syarat- syarat yang perlu dipenuhi untuk persalinan spontan:

- a) Passage/jalan lahir

Tulang panggul ibu yang cukup luas untuk dilewati janin. Leher rahim membuka lengkap, sampai pembukaan 10 cm.

- b) Power/tenaga mengejan

Kontraksi atau rasa mulas terjadi dengan sendirinya, tanpa obat. Ibu cukup kuat mengejan saat pembukaan lengkap.

c) Passenger/bayi

Kepala bayi ada dibawah, dengan presentasi belakang kepala. Taksiran berat janin normal (2500-3500 gram). Detak jantung janin normal (120-160 bpm)

- 2) Persalinan buatan bila persalinan terjadi dibantu dengan tenaga dari luar misalnya ekstraksi dengan forceps, atau dilakukan operasi seksio sesarea.
- 3) Persalinan terjadi bila bayi sudah cukup besar untuk hidup di luar, tetapi tidak sedemikian besarnya sehingga menimbulkan kesulitan dalam persalinan. Kadang-kadang persalinan tidak mulai dengan sendirinya tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban, pemberian pitocin atau prostaglandin disebut persalinan ajuran (Andriana, 2007).

2.1.3. Jalannya persalinan secara klinis

Sebab-sebab mulainya persalinan dan kenapa persalinan terjadi lebih kurang pada umur kehamilan 40 minggu tidak diketahui dengan pasti. Beberapa teori dikemukakan untuk menjelaskan fenomena ini:

- 1) Diduga persalinan mulai apabila uterus telah teregang sampai pada derajat tertentu. Dengan demikian dapat diterangkan terjadinya persalinan yang awal pada kehamilan kembar dan hydramnion.
- 2) Tekanan bagian terendah janin pada cervix dan segmen bawah rahim, demikian pula pada plexus nervosus di sekitar cervix dan vagina, merangsang permulaan persalinan.
- 3) Siklus menstruasi berulang tiap 4 minggu, dan persalinan biasanya mulai pada akhir minggu ke-40 atau 10 siklus menstruasi.
- 4) Begitu kehamilan mencapai cukup bulan, setiap faktor emosional dan fisik dapat memulai persalinan. Stimuli yang demikian antara lain adalah jatuh, kejadian dalam perut misalnya diare, enema dan syok mental.
- 5) Beberapa orang percaya bahwa ada hormon khusus yang dihasilkan oleh placenta apabila kehamilan sudah cukup bulan yang bertanggung jawab atas mulainya persalinan.
- 6) Bertambah tuanya placenta yang mengakibatkan penurunan kadar estrogen dan progesteron dalam darah diduga menyebabkan dimulainya persalinan.

Ini serupa dengan siklus menstruasi. Dengan matinya korpus luteum maka kadar estrogen dan progesteron dalam darah turun dan beberapa hari kemudian terjadi menstruasi (Sastrawinata, 2005).

2.1.4. Tanda-Tanda Persalinan

Tanda-tanda yang akan timbul menjelang persalinan adalah sebagai berikut :

- 1) Timbulnya his persalinan ialah his pembukaan dengan sifatnya sebagai berikut: Nyeri melingkar dari punggung memancar ke perut bagian depan, teratur, makin lama makin pendek intervalnya dan makin kuat intensitasnya, kalau dibawa berjalan bertambah kuat, mempunyai pengaruh pada pendataran dan atau pembukaan servix.
- 2) Keluarnya lendir berdarah dari jalan lahir (show).
- 3) Dengan pendataran dan pembukaan, lendir dan canalis cervicalis keluar disertai dengan sedikit darah.
- 4) Keluarnya cairan banyak dari jalan lahir.
- 5) Hal ini terjadi kalau ketuban pecah atau selaput janin robek. Ketuban biasanya pecah, kalau pembukaan lengkap atau hampir lengkap dan dalam hal ini keluarnya cairan merupakan tanda yang lambat sekali.

Persalinan yang dianggap normal adalah persalinan dengan beberapa kriteria, antara lain: Proses keluarnya bayi pada kehamilan cukup bulan, yaitu antara 37-42 minggu. Jika bayi terpaksa lahir sebelum 37 minggu, hal ini disebut persalinan premature atau preterm. Jika bayi lahir di atas 42 minggu, hal ini disebut persalinan serotinus atau post term, lahir spontan, yaitu kelahiran dengan tenaga mengejan dari ibu, tanpa bantuan alat apapun, seperti vakum; dengan presentasi belakang kepala, proses berlangsung antara 12-18 jam, tidak ada komplikasi atau masalah yang terjadi pada ibu maupun bayinya (Mochtar, 1998).

2.2. Persalinan Operatif

2.2.1. Persalinan dengan forceps

Forcep obstetrik merupakan alat yang ditemukan oleh Peter Chamberlen diciptakan atau dirancang untuk ekstraksi kepala janin. Klasifikasi tindakan forcep adalah sebagai berikut:

- 1) Forceps rendah adalah tindakan pemasangan forcep setelah kepala janin mencapai dasar perineum, sutura sagitalis berada pada diameter anteroposterior dan kepala janin tampak di introitus vagina.
- 2) Forcep tengah adalah pemasangan forcep sebelum kriteria pemasangan forcep rendah dipenuhi tetapi setelah kepala masuk panggul/engagement. Diameter biparietalis telah melewati pintu atas panggul dan bagian terbawah kepala telah mencapai spina ischiadika.
- 3) Forcep tinggi adalah tindakan melahirkan dengan forcep pada kepala janin belum mencapai pintu atas panggul, bagian terendah belum mencapai spina ischiadika. Bahaya trauma pada ibu dan janin besar sekali sehingga tindakan ini tidak dikerjakan lagi, digantikan oleh operasi sesar.

Indikasi persalinan dengan forcep dapat dilakukan untuk setiap keadaan yang mengancam keselamatan ibu dan bayi yang kemungkinan besar bisa teratasi bila persalinan segera diselesaikan, tanpa meninggalkan trauma. Indikasi maternal adalah penyakit jantung, edema pulmoner yang akut, partus yang tidak maju, infeksi intra partum, atau kelelahan dalam persalinan. Indikasi janin mencakup tali pusat menumbung, solusio plasenta, dan gawat janin (Oxorn dan Forte, 2010).

Bahaya persalinan dengan forcep pada ibu; robekan vulva, vagina, cerviks dan perluasan episiotomi, rupture uteri, perdarahan, atonia uteri, trauma pada vesika urinaria, infeksi traktus genitalis dan fraktura os coccygeus. Sementara pada bayi dijumpai bahaya seperti cephalhematoma, kerusakan otak/perdarahan intracranial, asfiksia pada janin, fraktura tulang kepala serta paralisis facial (Cunningham, Macdonald, Gant, 2007).

2.2.2. Persalinan dengan vacum

Suatu usaha untuk memasang alat traksi yang dilekatkan dengan penghisapan kepala bayi. Kelebihan vakum ekstraksi bila dibandingkan forsep yaitu daun forsep terbuat dari bahan baja, akan memakan ruangan dalam vagina. Dengan vakum ekstraksi menghindari resiko terjepitnya jaringan lunak ibu.

Indikasi vacuum adalah persalinan dengan presentasi kepala, kelelahan ibu, partus macet kala dua, gawat janin ringan, toksomia gravidarum, rupture uteri mengancam, tidak dapat digunakan untuk presentasi muka (Kusumayanti, 2006).

Keuntungan vacuum adalah mangkok vacuum dapat dipasang pada stasiun berapa saja tetapi paling aman saat kepala sudah masuk pintu atas panggul.

Komplikasi persalinan dengan vacuum yang berat pada ibu jarang terjadi, umumnya hanya berupa robekan kecil pada cerviks dan vagina. Pengaruh jelek lebih banyak menimpa janin serupa dalam macam dan insidensi dengan yang terjadi pada tindakan forceps. Beberapa komplikasi pada janin yaitu; terjadi caput, terlihat chepalhematoma, asfiksia dan iritasi pada otak yang berhubungan dengan jumlah tarikan (Oxorn dan Forte, 2010).

2.3. Seksio Sesarea

2.3.1. Sejarah Seksio Sesarea

Asal kata sesarea (*caesarean*) masih belum jelas, tiga penjelasan telah diajukan:

- 1) Legenda menyatakan bahwa Julius Caesar dilahirkan dengan cara ini, karena itu prosedur ini kemudian dikenal dengan nama operasi Caesar.
- 2) Anggapan yang telah meluas mengatakan bahwa nama operasi ini berasal dari sebuah hukum Romawi, dibuat oleh Numa Pompilius (abad ke-8 SM), yang memerintahkan bahwa prosedur ini dilakukan pada wanita yang sekarat pada beberapa minggu terakhir kehamilan dengan harapan bayinya dapat diselamatkan. Penjelasan ini menyatakan bahwa *lex regia* ini, demikian nama hukum ini saat pertamakali disebut, berubah menjadi *lex*

caesarea dibawah kekaisaran dan dikenal menjadi operasi sesarea. Kata Jerman *Kaisserschnitt* (“sayatan kaisar”) mencerminkan etimologi ini.

- 3) Kata *caesarean* berasal dari kata kerja latin sekitar abad pertengahan, *caedere*, “memotong” turunan kata yang jelas adalah kata *caesura*, suatu potongan atau jeda, dalam bait sajak. Penjelasan kata *caesarean* inilah yang tampaknya paling logis, tetapi kapan sebenarnya kata ini pertama kali diterapkan untuk operasi ini masih belum jelas, karena “seksio” berasal dari verba Latin *seco*, yang juga berarti “memotong”, maka kata seksio sesarea tampaknya merupakan pengulangan tanpa menambah kejelasan.

Dalam mengevaluasi berbagai referensi tentang kelahiran perabdominal pada jaman kuno ini, perlu diingat bahwa operasi semacam ini tidak pernah disebut-sebut oleh Hippocrates, Galen, Celcus, Paulus, Soranus, atau para penulis kedokteran lain dari jaman itu.

Pembedahan Caesarea profesional yang pertama dilakukan di Amerika Serikat pada tahun 1827. Sebelum tahun 1800 seksio sesarea jarang dikerjakan dan biasanya fatal. Di London dan Edinburgh pada tahun 1877, dari 35 pembedahan caesarea terdapat 33 kematian ibu. Menjelang tahun 1877 sudah dilaksanakan 71 kali pembedahan caesarea di Amerika Serikat. Angka mortalitasnya 52 persen yang terutama disebabkan oleh infeksi dan perdarahan.

Titik balik dalam evolusi seksio sesarea terjadi pada tahun 1882, saat Max Sanger memperkenalkan penjahitan dinding uterus. Begitu lamanya tindakan sesederhana penjahitan uterus diabaikan bukan disebabkan oleh kealpaan tetapi berakar pada kepercayaan yang tertanam dalam bahwa penjahitan uterus tersebut berlebihan dan berbahaya karena bersumber sebagai sumber infeksi yang parah. Walaupun introduksi penjahitan uterus mengurangi angka kematian seksio akibat pendarahan, peritonitis generalisata tetap menjadi penyebab utama kematian (Cunningham, 2005).

2.3.2 Definisi Seksio sesarea

Seksio sesarea adalah persalinan dengan melahirkan janin melalui insisi pada dinding abdomen dan dinding rahim. Persalinan dengan Seksio sesarea

terjadi jika ibu tidak dapat melahirkan pervaginam (Cunningham 2005). Operasi Caesar atau seksio sesarea adalah proses persalinan yang dilakukan dengan cara mengiris perut hingga rahim seorang ibu untuk mengeluarkan bayi.

Seksio sesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Mochtar, 1998).

Seksio sesarea adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram (Prawirohardjo, 2010).

Caesarea section means the delivery of the baby through incisions in the abdominal wall and uterus (Callander, 1996)

2.3.3 Indikasi Tindakan Seksio sesarea

Indikasi seksio sesarea dapat dikategorikan indikasi absolut atau relatif. Setiap keadaan yang membuat kelahiran lewat jalan lahir tidak mungkin terlaksana merupakan indikasi absolut untuk sectio abdominal. Di antaranya adalah kesempitan panggul yang sangat berat dan neoplasma yang menyumbat jalan lahir. Pada indikasi relatif, kelahiran lewat vagina bisa terlaksana tetapi keadaan adalah sedemikian rupa sehingga kelahiran lewat seksio sesarea akan lebih aman bagi ibu, anak ataupun keduanya.

Secara garis besar indikasi seksio sesarea dapat diklasifikasikan dalam:

- 1) Panggul sempit dan dystocia mekanis; Disproporsi fetopelvik, panggul sempit atau janin terlampau besar, malposisi dan malpresentasi, disfungsi uterus, distocia jaringan lunak, neoplasma dan persalinan yang tidak maju.
- 2) Pembedahan sebelumnya pada uterus; Seksio sesarea, histeretomi, miomektomi ekstensif dan Jahitan luka: pada sebagian kasus dengan jahitan cervical atau perbaikan ostium cervicis yang inkompeten dikerjakan seksio sesarea.
- 3) Perdarahan yang disebabkan placenta previa atau abruptio placenta.
- 4) Toxemia gravidarum mencakup; Preeklampsia dan eklampsia, hipertensi esensial dan nephritis kronis.
- 5) Indikasi fetal.

Gawat janin, cacat atau kematian janin sebelumnya, insufisiensi placenta, prolapsus funiculus umbilicalis, diabetes maternal, inkompatibilitas rhesus, post mortem caesarean dan infeksi virus herpes pada traktus genitalis (Oxorn dan Forte, 2010)

Indikasi lain dari seksio sesarea adalah indikasi sosial dimana menurut penelitian suatu badan di Washington DC, Amerika Serikat pada tahun menunjukkan bahwa setengah dari jumlah persalinan seksio sesarea secara medis tidak diperlukan artinya tidak ada kegawatdaruratan persalinan untuk menyelamatkan ibu dan janin yang dikandungnya. Hal ini terjadi karena permintaan pasien sendiri terkait misalnya ingin melahirkan pada tanggal dan jam tertentu, atau tidak ingin mengalami rasa sakit saat melahirkan. (www.repository.usu.ac.id)

Kontra indikasi seksio sesarea : pada umumnya seksio sesarea tidak dilakukan pada janin mati, syok, anemi berat, sebelum diatasi, kelainan kongenital berat (monster) (Prawirohardjo, 2010).

Kontraindikasi untuk dilakukan seksio sesarea ada tiga, yaitu kalau janin sudah mati atau berada dalam keadaan jelek sehingga kemungkinan hidup kecil, tidak ada alasan untuk dilakukan operasi berbahaya yang tidak diperlukan, kalau jalan lahir ibu mengalami infeksi yang luas dan tidak tersedia fasilitas untuk sesarea ekstrapéritoneal, serta dokter bedah tidak berpengalaman dan keadaan tidak menguntungkan bagi pembedahan, atau tidak tersedia tenaga asisten yang memadai (Oxorn, 2010).

2.3.4 Tipe-Tipe Operasi Seksio Sesarea

a. Segmen Bawah: Insisi Melintang

Insisi melintang segmen bawah ini merupakan prosedur pilihan. Abdomen dibuka dan uterus disingsingkan. Lipatan vesicouterina peritoneum (bladder flap) yang terletak dekat sambungan segmen atas dan bawah uterus ditentukan dan disayat melintang, lipatan ini dilepaskan dari segmen bawah dan bersama-sama kandung kemih didorong ke bawah serta ditarik agar tidak menutupi lapangan pandangan. Pada segmen bawah uterus dibuat insisi melintang yang kacil, luka insisi ini dilebarkan ke samping dengan jari-jari tangan dan berhenti di dekat daerah pembuluh-pembuluh darah uterus.

Kepala janin yang pada sebagian besar kasus terletak di balik insisi diekstraksi atau didorong, diikuti oleh bagian tubuh lainnya dan kemudian placenta serta selaput ketuban. Insisi melintang tersebut ditutup dengan jahitan catgut bersambung satu lapis atau dua lapis. Lipatan vesicouterina kemudian dijahit kembali pada dinding uterus sehingga seluruh luka insisi terbungkus dan tertutup dari rongga peritoneum generalisata.

Keuntungan dari insisi ini adalah insisi dilakukan pada segmen bawah uterus, otot tidak dipotong tetapi dipisah ke samping, cara ini mengurangi perdarahan. Lapisan otot yang tipis dari segmen bawah rahim lebih mudah dirapatkan kembali dibanding segmen atas yang tebal sehingga keseluruhan luka insisi terbungkus oleh lipatan vesicouterina sehingga mengurangi pembesaran ke dalam cavumperitonia generalisata.

b. Segmen Bawah: Insisi Membujur

Cara membuka abdomen dan menyingkapkan uterus sama pada insisi melintang. Insisi membujur dibuat dengan skapel dan dilebarkan dengan gunting tumpul untuk menghindari cedera pada bayi.

Insisi membujur mempunyai keuntungan, yaitu kalau perlu luka insisi bisa diperlebar ke atas. Pelebaran ini diperlukan kalau bayinya besar, pembentukan segmen bawah jelek, ada malposisi janin seperti letak lintang atau kalau ada anomali janin seperti kehamilan kembar yang menyatu (conjoined twins). Sebagian ahli kebidanan menyukai jenis insisi ini untuk placenta previa.

Salah satu kerugian utamanya adalah perdarahan dari tepi sayatan yang lebih banyak karena terpotongnya otot. Juga, sering luka insisi tanpa dikehendaki meluas ke segmen atas sehingga nilai penutupan retroperitoneal yang lengkap akan hilang.

c. Seksio sesarea Klasik

Insisi longitudinal di garis tengah dibuat dengan scalpel ke dalam dinding anterior uterus dan dilebarkan ke atas serta ke bawah dengan gunting berujung tumpul. Diperlukan luka insisi yang lebar karena bayi sering dilahirkan dengan bokong dahulu. Janin serta placenta dikeluarkan dan uterus ditutup dengan jahitan tiga lapis. Pada masa modern ini hampir sudah tidak

dipertimbangkan lagi untuk mengerjakan seksio sesarea klasik. Satu-satunya indikasi untuk prosedur segmen atas adalah kesulitan teknis dalam menyingkapkan segmen bawah. Sekarang tehnik ini hamper sudah tidak dilakukan lagi karena insidensi pelekatan isi abdomen pada luka jahitan uterus dan insidensi ruptura uteri pada kehamilan berikutnya lebih tinggi.

d. Seksio sesarea Extraperitoneal

Pembedahan ekstraperitoneal dikerjakan untuk menghindari perlunya histerektomi pada kasus-kasus yang mengalami infeksi luas dengan mencegah peritonitis generalisata yang sering bersifat fatal. Ada beberapa metode seksio sesarea extraperitoneal, seperti metode Waters, Latzko dan Norton.

Teknik pada prosedur ini relatif sulit, sering tanpa sengaja masuk ke dalam cavum peritonei, dan insidensi cedera vesica urinaria meningkat. Perawatan prenatal yang lebih baik, penurunan insidensi kasus yang terlantar, dan tersedianya darah serta antibiotik telah mengurangi perlunya teknik ekstraperitoneal. Metode ini tidak boleh dibuang tetapi tetap disimpan sebagai cadangan bagi kasus-kasus tertentu

e. Histerektomi Caesarea

Pembedahan ini merupakan section caesarea yang dilanjutkan dengan pengeluaran uterus. Kalau mungkin histerektomi harus dikerjakan lengkap (histerektomi total). Akan tetapi, karena pembedahan subtotal lebih mudah dan dapat dikerjakan lebih cepat, maka pembedahan subtotal menjadi prosedur pilihan kalau terdapat perdarahan hebat dan pasiennya shock, atau kalau pasien dalam keadaan jelek akibat sebab-sebab lain. Pada kasus-kasus semacam ini, tujuan pembedahan adalah menyelesaikan secepat mungkin.

Histerektomi cesarean dilakukan atas indikasi; Perdarahan akibat atonia uteri setelah terapi konservatif gagal. perdarahan yang tidak dapat dikendalikan pada kasus-kasus placenta previa dan abruptio placentae tertentu, placenta accreta, fibromyoma yang multiple dan luas, kasus-kasus tertentu kanker cervix atau ovarium, ruptura uterus yang tidak dapat diperbaiki, sebagai metode sterilisasi kalau kelanjutan haid tidak dikehendaki demi alasan medis serta pada kasus-kasus yang terlantar dan terinfeksi kalau resiko peritonitis generalisata

tidak dijamin dengan mempertahankan uterus misalnya pada seorang ibu yang sudah memiliki beberapa orang anak dan tidak ingin menambahnya lagi.

Sebagai suatu metode sterilisasi, prosedur ini memiliki beberapa keuntungan tertentu dibandingkan dengan pengikatan tuba, yaitu termasuk angka kegagalan yang lebih rendah dan pengeluaran organ yang kemudian hari bisa menimbulkan kesulitan. Namun demikian, komplikasi histerektomi caesarea cukup banyak sehingga prosedur ini tidak dianjurkan sebagai prosedur rutin sterilisasi (Oxorn dan Forte, 2010).

2.3.5 Komplikasi tindakan Seksio sesarea

Beberapa komplikasi yang paling banyak dari operasi adalah akibat tindakan anasthesi, jumlah darah yang dikeluarkan oleh ibu selama operasi berlangsung, komplikasi penyulit, endometriosis (radang endometrium), tromboplebitis (pembekuan darah pembuluh balik), embolisme (penyumbatan pembuluh darah paru-paru) dan perubahan bentuk serta letak rahim menjadi tidak sempurna (Prawirohardjo, 2010). Dalam bukunya Harry oxorn dan William forte menyebutkan beberapa komplikasi yang serius pasca tindakan SC adalah perdarahan karena atonia uteri, pelebaran insisi uterus, kesulitan mengeluarkan placenta dan hematoma ligamentum latum. Selain itu infeksi pada traktus genitalia, pada insisi, traktus urinaria, pada paru-paru dan traktus respiratorius usus. Komplikasi lain yang bersifat ringan adalah kenaikan suhu tubuh selama beberapa hari selama masa nifas. Ada beberapa komplikasi persalinan dengan seksio sesarea yang terjadi pada ibu dan atau anak sebagai berikut :

- 1) Pada Ibu yaitu terjadi Infeksi puerperal, Perdarahan dan Komplikasi lain seperti luka kandung kencing, embolisme paru, dan sebagainya jarang terjadi.
- 2) Pada anak seperti halnya dengan ibunya, nasib anak yang dilahirkan dengan seksio sesarea banyak tergantung dari keadaan yang menjadi alasan untuk melakukan seksio sesarea. Menurut statistik di negara – negara dengan pengawasan antenatal dan intra natal yang baik, kematian perinatal pasca seksio sesarea berkisar antara 4 dan 7 %. (Wiknyosastro, 2007).

Menurut Dini Kasdu dikutip dari masyttah (2005) di bawah ini adalah resiko-resiko yang mungkin dialami oleh wanita yang melahirkan dengan operasi yang dapat mengakibatkan cedera pada ibu maupun bayi, hanya perlu di ingat resiko ini bersifat individual yaitu tidak terjadi pada semua orang:

1) Alergi

Resiko ini biasanya terjadi pada pasien yang mempunyai alergi terhadap obat tertentu. Perlu diketahui penggunaan obat-obatan pada pasien dengan seksio sesarea lebih banyak dibandingkan dengan cara melahirkan alami. Jenis obat-obatannya pun beragam mulai dari antibiotic, obat untuk pembiusan penghilang rasa sakit, serta beberapa cairan infus. Oleh karena itu biasanya sebelum operasi ditanyakan kepada pasien apakah mempunyai alergi pada obat-obat tertentu.

2) Perdarahan

Perdarahan dapat mengakibatkan terbentuknya bekuan-bekuan darah pada pembuluh darah balik kaki dan rongga panggul. Oleh karena itu sebelum operasi seorang wanita harus melakukan pemeriksaan darah lengkap salah satunya untuk mengetahui masalah pebekuan darah. Kehilangan darah yang cukup banyak dapat menyebabkan syok secara mendadak, kalau perdarahan tidak dapat diatasi kadang perlu tindakan histerektomi terutama pada kasus atonia uteri yang berlanjut.

3) Cedera pada organ lain

Jika tidak dilakukan dengan hati-hati kemungkinan pembedahan dapat mengakibatkan terlukanya organ lain seperti rectum atau kandung kemih, karena penyembuhan luka bekas seksio sesarea yang tidak sempurna dapat menyebabkan infeksi pada organ rahim dan kandung kemih. Selain itu dapat juga menyebabkan berdampak pada organ lain dengan menimbulkan perlekatan pada organ-organ didalam rongga perut untuk kehamilan resiko tinggi yang memerlukan penanganan khusus.

4) Parut dalam rahim

Seorang wanita yang telah mengalami pembedahan akan memiliki parut dalam rahim, oleh karena itu pada tiap kehamilan serta persalinan berikutnya

memerlukan pengawasan yang cermat sehubungan dengan bahaya ruptur uteri meskipun jika operasi dilakukan secara sempurna resiko ini sangat kecil terjadi

5) Demam

Kadang-kadang demam setelah operasi tidak bisa dijelaskan penyebabnya namun kondisi ini bisa terjadi karena infeksi akibat pembedahan.

6) Mempengaruhi ASI

Efek pembiusan bisa mempengaruhi produksi ASI jika dilakukan pembiusan total (narkose) akibatnya kolostrum (air susu yang keluar pertama kali) tidak bisa dinikmati bayi dan bayi tidak dapat segera menyusu begitu dilahirkan namun apabila dilakukan dengan pembiusan regional tidak banyak mempengaruhi ASI.

2.3.6 Faktor resiko seksio sesarea

Harry menulis terdapat faktor-faktor resiko tinggi dalam SC seperti Sebelum seksio sesarea sudah terdapat proses persalinan, khususnya kalau terdapat partus lama, ketuban pecah dini dan kalau sudah dilakukan beberapa kali pemeriksaan pelvis, Anemia, hematokrit di bawah 30 persen dan Obesitas.

2.3.7 Mortalitas dan morbiditas sesudah Seksio sesarea

a. Mortalitas maternal

Angka mortalitas kasar yang Angka kematian kasar yang belum dikoreksi di negara Kanada dan Amerika Serikat kira-kira 30: 10,000 seksio sesarea. Pada banyak klinik, angka ini jauh lebih rendah sampai dibawah 10: 10,000. Namun demikian Evrard dan Gold mendapatkan resiko kematian pada ibu yang menyertai seksio sesarea adalah 26 kali lebih besar daripada kelahiran pervaginam. Mereka mencatat peningkatan resiko kematian ibu pada pembedahannya sendiri sebanyak 10 kali lipat. Bertambahnya penggunaan seksio sesarea untuk melindungi bayi dapat menimbulkan bahaya yang lebih besar bagi ibu.

Faktor-faktor yang menambah resiko mortalitas maternal mencakup; Umur ibu di atas 30 tahun, grandemultiparitas, obesitas, berat badan melebihi

200 pound, Partus lama, ketuban pecah dini, Pemeriksaan vaginal yang sering dan status sosial ekonomi yang rendah.

Beberapa penyebab kematian ibu pada operasi seksio yaitu; Perdarahan, infeksi, anesthesia, emboli paru-paru, kegagalan ginjal akibat hipotensi yang lama, obstruksi intestinal dan ileus paralitik, decompensatio cordis, toxemia gravidarum dan ruptura jaringan cicatrix uterus. Sebab-sebab lain yang tidak ada hubungannya dengan operasi, misalnya kanker.

Hal-hal yang menurunkan angka mortalitas:

- 1) Transfusi darah yang memadai, penggunaan obat-obatan anti infeksi, metode pembedahan dan teknik-teknik anesthesia yang semakin baik dan adanya dokter ahli anesthesiologi yang terlatih secara khusus.
- 2) Kenyataan bahwa pasien-pasien penyakit jantung lebih baik melahirkan pervaginam daripada dengan seksio sesarea
- 3) Terapi dasar toxemia gravidarum tidak dengan cara pembedahan tetapi dengan cara pengobatan medis.

b. Morbiditas maternal

Morbiditas maternal lebih sering terjadi setelah seksio sesarea daripada setelah melahirkan normal, insidensinya antara 15 dan 20 persen. Obat-obat anti infeksi, transfusi darah, teknik pembedahan yang lebih baik, penggunaan operasi segmen bawah dan semakin baiknya teknik anesthesia semuanya turut menurunkan morbiditas maternal.

Hampir separuh dari pasien-pasien yang menjalani seksio sesarea mengalami komplikasi operatif atau postoperatif yang sebagian di antaranya bersifat serius dan bisa membawa kematian. Seksio sesarea merupakan operasi besar dengan disertai resikonya. Morbiditas yang standar bagi seksio sesarea adalah sekitar 20 persen (Oxorn dan Forte, 2010).

2.3.8 Upaya pengendalian Seksio Sesaria

Angka persalinan dengan seksio sesaria bertambah dengan pesat sejak 20 tahun lalu di Amerika Serikat dan negara berkembang lainnya. Kenaikan ini tercatat disemua negara untuk wanita segala usia. Alasan kenaikan yang

mencolok ini tidak diketahui sepenuhnya, tetapi beberapa penjelasan akan hal ini adalah:

- 1) Adanya pengurangan paritas pada hampir separuh wanita yang hamil, wanita cenderung mempunyai anak pada usia yang lebih tua
- 2) Pemantauan janin secara elektronik kemungkinan meningkatkan peluang untuk mendeteksi gawat janin dan mungkin mengakibatkan kenaikan jumlah seksio sesaria.
- 3) Bayi dengan presentasi bokong lebih sering dilahirkan dengan seksio sesaria
- 4) Persalinan dengan forseps semakin jarang dilakukan. Diantara tahun 1972 dan 1980, persalinan dengan forseps menurun dari 37% menjadi 18%, sesuai dengan kenaikan angka seksio dari 7% menjadi 17% (placek dkk., 1983)
- 5) Seksio sesarea berulang secara bermakna turut menyebabkan peningkatan total jumlah persalinan seksio.

Pada tahun 1980, Bottoms dkk menyimpulkan bahwa indikasi utama ulang yang perlu ditinjau ulang adalah distosia dan operasi ulang. Seperti telah ditetapkan bahwa persalinan pervaginam pada ibu riwayat SC terjamin keamanan dan efektivitasnya (Cunningham, Macdonald, Gant, 2007).

Untuk mengendalikan peningkatan operasi sesar maka Prosedur pelaksanaan tindakan dan penentuan diagnosis indikasi medis dalam pengambilan keputusan untuk operasi harus sesuai indikasi yang benar dan dari pihak direktur rumah sakit sebagai penanggung jawab rumah sakit memantau persentase tindakan seksio yang terjadi dirumah sakit setiap bulan berikut kecenderungannya. Rumah sakit juga perlu menetapkan nilai ambang batas dari tindakan operasi sesar serta membuat peta kendali dalam upaya pengendalian mutu layanan kesehatan rumah sakit, pengumpulan dan pemanfaatan data merupakan kegiatan mutlak harus dikerjakan secara akurat dan berkesinambungan. Data tersebut akan memperlihatkan jumlah tindakan operasi sesar dan jumlah semua kelahiran yang terjadi dirumah sakit setiap bulannya.

Penerapan kendali mutu layanan kesehatan ibu, termasuk didalamnya persalinan dengan seksio sesarea antara lain melalui penerapan standar

pelayanan, prosedur tetap, penilaian kinerja, pelatihan klinis dan kegiatan audit maternal perinatal (Pohan, 2007).

2.4. Berbagai penyulit dalam kehamilan dan persalinan

a. Preeklampsia dan eklampsia

Preeklampsia dan eklampsia adalah penyakit hipertensi yang khas dalam kehamilan, dengan gejala utama hipertensi yang akut pada wanita hamil dan nifas. Pada tingkat tanpa kejang disebut preeklampsia dan disertai kejang disebut eklampsia. Preeklampsia ditandai dengan adanya dua dari trias berikut: hipertensi, edema dan proteinuria, pada prinsipnya penanganan preeklampsia adalah penanganan dan pemantauan agar tidak meningkat menjadi lebih berat apalagi sampai terjadi eklampsia.

Preeklampsia berat dan eklampsia dapat menyebabkan komplikasi kematian ibu dan janin. Untuk mencegah hal tersebut, maka upaya yang dilakukan adalah dengan segera mengakhiri kehamilan. Untuk menjamin keselamatan ibu dan janin maka induksi dan atau melalui seksio sesarea menjadi indikasi profilaksis ibu untuk mengakhiri kehamilannya (Manuaba, 2010).

Menurut teori diet ibu hamil, kebutuhan kalsium ibu hamil cukup tinggi untuk pembentukan tulang dan organ lain janin, yaitu 2-2,5 g/hari. Bila terjadi kekurangan kalsium, kalsium ibu hamil akan dikuras untuk memenuhi kebutuhan sehingga terjadi pengeluaran kalsium dari jaringan otot. Minyak ikan mengandung banyak asam lemak tak-jenuh sehingga dapat menghindari dan menghambat pembentukan tromboksan dan mengurangi aktivitas trombosit. Oleh karena itu, minyak ikan dapat menurunkan kejadian preeklampsia/eklampsia. Diduga minyak ikan mengandung kalsium yang berfungsi dalam menimbulkan peningkatan kontraksi otot jantung sehingga dapat mempertahankan volume kuncup jantung dan tekanan darah dapat dipertahankan.

b. Haemorrhagic Ante Partum atau perdarahan sebelum melahirkan

Perdarahan setelah usia kehamilan 22 minggu, dapat disebabkan oleh plasenta previa, solusio plasenta atau sebab lain. Plasenta previa adalah plasenta

yang berimplantasi rendah sehingga menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri internum.

Klasifikasi placenta previa antara lain: placenta previa totalis jika menutup seluruh ostium internum, placenta previa lateralis jika placenta menutup sebagian dari ostium internum dan placenta previa marginalis jika hanya pada pinggir ostium internum terdapat jaringan placenta.

Jika ibu dengan diagnosa placenta previa, kehamilannya belum genap 36 minggu atau taksiran berat badan janin tidak sampai 2500 gram dan persalinan belum dimulai, dapat diperkenankan untuk menunda persalinannya. Ibu dirawat untuk mencegah perdarahan berikutnya, mengatasi anemianya dan persiapan persalinan dengan kondisi janin yang cukup viable (mampu hidup). Namun plasenta previa totalis merupakan indikasi mutlak untuk seksio sesarea.

c. Kehamilan kembar

Kehamilan kembar adalah kehamilan dengan dua janin atau lebih. Pada kehamilan kembar terjadi distensi uterus secara berlebihan. Morbiditas dan mortalitas ibu dan janin mengalami peningkatan yang nyata pada kehamilan dengan janin lebih dari satu, karena itu mempertimbangkan kehamilan kembar dengan komplikasi tidaklah berlebihan. Adapun bahaya yang lebih besar bagi ibu adalah anemia, preeklampsia dan eklampsia, perdarahan post partum.

Tindakan seksio sesarea pada kehamilan kembar dilakukan dalam kondisi janin letak lintang-lintang.

d. Distosia

Distocia adalah persalinan yang sulit yang ditandai dengan adanya hambatan dalam kemajuan persalinan. Penyebab distocia dibagi dalam 3 golongan besar yaitu: distosia karena kekuatan yang mendorong anak tidak memadai (kelainan his dan kekuatan mengejan kurang kuat), distosia karena adanya kelainan letak janin atau kelainan fisik janin (presentasi bahu, presentasi dahi, presentasi muka, presentasi bokong, anak besar, hidrosefalus dan monstrem), distosia karena adanya kelainan pada jalan lahir baik bagian keras (tulang), seperti adanya panggul sempit, kelainan panggul maupun bagian yang lunak seperti adanya tumor di panggul, septum vagina maupun edema vulva.

Apabila persalinan dengan CPD berlangsung tanpa bantuan medis, akan menimbulkan bahaya bagi ibu dan janin, antara lain partus lama, partus tak maju, kematian janin, moulage yang berlebihan pada kepala janin yang menyebabkan perdarahan intra kranial ataupun fraktur os parietalis. Penanganan CPD adalah dengan partus percobaan dan seksio sesarea, baik secara primer maupun sekunder.

e. Persalinan lama

Persalinan yang berlangsung lebih dari 24 jam digolongkan sebagai persalinan lama. Permasalahan harus dikenali dan diatasi sebelum batas waktu tercapai. Sebagian besar partus lama menunjukkan pemanjangan kala satu. Partus lama dapat memberikan dampak yang berbahaya baik bagi ibu maupun janin, resiko tersebut naik dengan cepat setelah waktu 24 jam. Terjadi kenaikan atonia uteri, laserasi, perdarahan, infeksi, kelelahan ibu dan syok. Pada janin akan memberikan bahaya meningkatnya mortalitas dan morbiditas oleh karena asfiksia, trauma kepala akibat penekanan kepala janin.

Prinsip penanganan persalinan lama adalah menilai keadaan umum wanita tersebut termasuk tanda vital dan tingkat hidrasinya, periksa denyut jantung janin jika terdapat gawat janin lakukan seksio sesarea; kecuali jika syarat-syaratnya dipenuhi, lakukan ekstraksi vakum atau forceps.

f. Mal presentasi dan Mal posisi

Mal presentasi adalah semua presentasi janin selain belakang kepala; presentasi dahi, presentasi muka, presentasi ganda, presentasi bokong dan letak lintang. Mal posisi adalah posisi kepala janin relatif terhadap pelvis dengan oksiput sebagai titik referensi, seperti posisi oksiput posterior. Partus lama pada presentasi bokong merupakan indikasi untuk melakukan seksio sesarea sementara pada letak lintang bila ketuban utuh lakukan versi luar dan bila ada kontra indikasi versi luar lakukan seksio sesarea.

Komplikasi persalinan letak sungsang meliputi morbiditas dan mortalitas bayi yang tinggi, dapat menurunkan IQ bayi. Komplikasi segera pada ibu meliputi perdarahan, trauma persalinan, infeksi. Sedangkan komplikasi pada bayi meliputi perdarahan (intra kranial, asfiksia dan aspirasi air ketuban), infeksi

pascapartus (meningitis dan infeksi lain), trauma persalinan yang meliputi kerusakan alat vital didaerah medulla oblongata, trauma ekstremitas (dislokasi persendian dan fraktur ekstremitas), dan trauma alat visera (rupture hati dan limpa)

g. Ketuban pecah dini (KPD)

KPD ditegakkan bila terjadi sebelum proses persalinan berlangsung. Ketuban merupakan masalah penting dalam obstetrik berkaitan dengan penyulit kelahiran prematur dan terjadinya infeksi khorioamnionitis sampai sepsis, yang akan meningkatkan morbiditas dan mortalitas perinatal, dan menyebabkan infeksi pada ibu. Penanganannya jika ketuban pecah lebih dari 18 jam berikan antibiotik profilaksis, lalu nilai jika serviks sudah matang dan persalinan belum mulai setelah 24 jam maka lakukan induksi persalinan dengan oksitosin, jika serviks belum matang maka matangkan serviks dengan prostaglandin dan infuse oksitosin atau lahirkan dengan seksio sesarea.

Bahaya paling besar dari ketuban pecah dini adalah bahay infeksi intrauterine yang mengancam keselamatan ibu dan janinnya. Dalam hal ini bidan dengan bijaksana melakukan intervensi apabila telah ditunggu belum ada tanda akan terjadi persalinan segera lakukan rujukan ke rumah sakit yang dapat melakukan intervensi khusus. Bila mungkin berikan antibiotik untuk menghindari kemungkinan infeksi. Bidan jangan terlalu sering melakukan periksa dalam karena akan menambah beratnya infeksi.

h. Persalinan dengan parut uterus (bekas SC)

Persalinan dengan parut uterus oleh karena bekas operasi seksio sesarea, miomektomi atau ruptura uteri. Persalinan pervaginam pada pasca seksio sesarea dapat dilaksanakan dengan aman untuk wanita yang sebelumnya pernah menjalani insisi uterus transversal rendah. Beberapa laporan mengenai partus percobaan yang diperbolehkan pada wanita dengan riwayat seksio sesarea lebih dari satu kali hasilnya adalah baik dan komplikasinya minimal. Penanganan umum adalah tentukan tipe seksio sebelumnya jika tipe corporal dan letak non verteks pertimbangkan seksio elektif. Untuk tipe seksio segmen bawah rahim

lakukan partus percobaan, persalinan maju dapat dibantu dengan ekstraksi vakum atau forceps.

i. Kehamilan post term

Adalah usia kehamilan yang berkisar antara 42 dan 44 minggu, factor janin merupakan alasan pengakhiran kehamilan sehubungan dengan berkurangnya gerakan janin yang dirasakan ibu dan berkurangnya cairan amnion. Pada banyak rumah sakit penatalaksanaan terhadap kehamilan ini adalah melahirkan bayi dengan induksi persalinan, jika gagal maka seksio sesarea adalah pilihan alternatif bagi dokter.

Kehamilan serotinus lebih sering terjadi pada primigravida muda dan primigravida tua atau pada grandemultiparitas. Sebagian kehamilan serotinus akan menghasilkan keadaan neonatus dengan dysmaturitas. Kematian perinatalnya 2-3 kali lebih besar dari bayi yang cukup bulan.

Di Indonesia, diagnosis kehamilan serotinus sangat sulit karena kebanyakan ibu tidak mengetahui tanggal haid yang terakhir secara tepat. Diagnosis yang baik hanya dapat dibuat kalau pasien memeriksakan diri sejak permulaan kehamilan.

Pertolongan persalinan diluar rumah sakit sangat berbahaya karena setiap saat dapat memerlukan tindakan operasi. Bahayanya adalah janin dapat meninggal mendadak intrauterine, mengalami kesulitan saat pertolongan persalinan karena bahu terlalu besar (persalinan distosia bahu). Oleh karena itu bidan hendaknya melakukan rujukan untuk mendapatkan pertolongan yang lebih baik. Pada kehamilan lewat waktu plasenta telah sangat mundur untuk mampu memberikan nutrisi dan oksigen kepada janin sehingga setiap saat janin akan terancam gawat janin dan diikuti asfiksia neonatarum yang memerlukan perawatan khusus. Oleh karena itu untuk keselamatan ibu dan janinnya sebaiknya dilakukan rujukan ke rumah sakit dengan fasilitas yang lebih baik.

Komplikasi yang dapat terjadi adalah kematian janin dalam rahim, akibat insufisiensi plasenta karena menuanya plasenta dan kematian yang meningkat, bila pada kehamilan normal (37-42 minggu) angka kematiannya 1,1% , pada umur kehamilan 43 minggu angka kematian bayi menjadi 3,3% dan pada kehamilan 44 minggu menjadi 6,6%.

j. Gawat janin

Gawat janin dalam persalinan adalah adanya denyut Jantung Janin kurang dari 100 per menit atau lebih dari 180 per menit. Diagnosis saat persalinan didasarkan pada denyut jantung janin yang abnormal. Diagnosis yang lebih pasti jika disertai oleh air ketuban hijau dan kental atau sedikit. Gawat janin dapat terjadi dalam persalinan karena partus lama, infuse oksitosin, perdarahan, infeksi, insufisiensi plasenta, ibu yang diabetes, kehamilan pre dan posterm, ataupun prolapsus tali pusat. Hal ini harus segera dideteksi dan perlu penanganan segera.

Fetal distress atau gawat janin merupakan asfiksia janin yang progresif yang dapat menimbulkan berbagai dampak seperti dekompresi dan gangguan sistem saraf pusat serta kematian. Jika serviks telah berdilatasi dan kepala janin tidak lebih dari 1/5 di atas symphysis pubis, atau bagian teratas tulang, lakukan persalinan dengan ekstraksi vakum ataupun forcep. Jika serviks tidak berdilatasi penuh dan kepala janin berada lebih 1/5 atas di atas symphysis pubis, maka lakukan persalinan dengan seksio sesarea. karena bahaya janin dapat meninggal dalam kandungan. Sikap bidan adalah melakukan konsultasi dengan dokter pengawasnya dan segera melakukan rujukan sehingga janin dapat diselamatkan dengan tindakan operasi.

Pada situasi gawat janin bidan harus mengetahui bahwa harus segera dilakukan persalinan jika DJJ diketahui tidak normal, dengan ataupun tanpa kontaminasi mekonium pada cairan amnion, jika sebab dari ibu diketahui seperti demam lakukan penanganan yang sesuai. Jika sebab dari ibu tidak diketahui, dan DJJ tetap abnormal sepanjang paling sedikit 3 kontraksi, lakukan pemeriksaan dalam untuk mencari penyebab gawat janin:

Jika terdapat perdarahan dengan nyeri hilang yang timbul atau menetap, pikirkan kemungkinan solusio plasenta. Jika terdapat tanda-tanda infeksi berikan antibiotika untuk amnionitis, jika tali pusat terletak di bagian bawah janin atau dalam vagina, lakukan penanganan prolaps funikuli. Jika DJJ tetap abnormal, atau terdapat tanda-tanda lain gawat jann, rencanakan persalinan: Jika serviks telah berdilatasi dan kepala janin tidak lebih dari 1/5 di atas symphysis pubis, atau bagian teratas tulang, kepala janin pada stasion 0 , lakukan persalinan

dengan ekstraksi vakum ataupun forcep. Jika serviks tidak berdilatasi penuh dan kepala janin berada lebih 1/5 atas di atas symphysis pubis, kepala janin di atas stasion 0. Maka lakukan persalinan dengan seksio sesarea.

k. Kematian janin dalam rahim

kematian yang terjadi saat usia kehamilan lebih dari 20 minggu dimana janin sudah mencapai ukuran 500 gram atau lebih. Umumnya kematian janin terjadi menjelang persalinan saat usia kehamilan sudah memasuki 8 bulan.

Janin yang sudah meninggal harus segera dilahirkan. Proses kelahiran harus dilakukan secara normal agar tidak terlalu merugikan ibu, Operasi hanya dilakukan jika ada halangan untuk melahirkan normal, seperti bayinya mati dalam posisi melintang, ibu mengalami preeklampsia atau tidak ada kemajuan persalinan setelah diberikan oksitocyn.

2.5. Faktor – faktor yang mempengaruhi tindakan seksio sesarea

2.5.1. Umur Ibu

Umur ibu turut menentukan kesehatan maternal dan sangat berhubungan erat dengan kondisi kehamilan, persalinan dan nifas serta bayinya. Usia ibu hamil yang terlalu muda atau terlalu tua (< 20 tahun dan > 35 tahun) merupakan faktor penyulit kehamilan, sebab ibu yang hamil terlalu muda, keadaan tubuhnya belum siap menghadapi kehamilan, persalinan dan nifas serta merawat bayinya, sedangkan ibu yang usianya 35 tahun atau lebih akan menghadapi risiko seperti kelainan bawaan dan penyulit pada waktu persalinan yang disebabkan oleh karena jaringan otot rahim kurang baik untuk menerima kehamilan. Proses reproduksi sebaiknya berlangsung pada ibu berumur antara 20 hingga 34 tahun karena jarang terjadi penyulit kehamilan dan juga persalinan (Prawirohardjo, 2010)

Di Indonesia perkawinan usia muda cukup tinggi, terutama di daerah pedesaan. Perkawinan usia muda biasanya tidak disertai dengan persiapan pengetahuan reproduksi yang matang dan tidak pula disertai kemampuan mengakses pelayanan kesehatan karena peristiwa hamil dan melahirkan belum dianggap sebagai suatu keadaan yang harus dikonsultasikan

ke tenaga kesehatan. Masih banyak terjadi perkawinan, kehamilan dan persalinan di luar kurun waktu reproduksi yang sehat terutama pada usia muda. Resiko kematian pada kelompok umur di bawah 20 tahun dan pada kelompok umur di atas 35 tahun adalah 3 kali lebih tinggi dari kelompok umur reproduksi sehat yaitu 20 – 34 tahun (Mochtar, 1998)

Umur ibu dapat mempengaruhi kesempatan kelangsungan hidup anak. Angka kematian anak yang tinggi pada wanita yang lebih muda dan lebih tua disebabkan faktor biologis yang mengakibatkan komplikasi selama kehamilan dan melahirkan. (BPS, BKKBN, Depkes, MIC, 2007)

Para ahli memperkirakan bahwa ada sekitar 65% kehamilan yang terjadi termasuk dalam kategori “4 terlalu” yaitu terlalu muda, terlalu tua, terlalu sering dan terlalu banyak (lebih dari 4 anak).

Beberapa penelitian memperlihatkan bahwa risiko seksio sesarea lebih tinggi diantara wanita yang lebih tua, yaitu 2-3 kali lebih banyak melakukan persalinan dengan seksio sesarea dibandingkan yang berusia 20 tahun. Dua indikasi persalinan seksio sesarea yaitu persalinan macet dan kelainan letak janin dilaporkan 2 kali lebih sering dialami wanita berusia tua (Placek dan Taffel, 1980 : Masyttoh p 21, 2005)

2.5.2. Paritas ibu

Paritas menunjukkan jumlah kehamilan terdahulu yang telah mencapai batas viabilitas dan tidak melihat janinnya hidup atau mati saat dilahirkan serta tanpa mengingat jumlah anaknya. Artinya kelahiran kembar tiga hanya dihitung satu paritas (Oxorn, 2010) Persalinan lebih dari 4 kali akan menjadi faktor risiko bagi ibu selama kehamilan, persalinan dan nifas. (Depkes, 2004)

Paritas tinggi yaitu jumlah anak lebih dari empat berpotensi untuk timbulnya kelainan ginekologis dan non obstetrik serta mempunyai angka kematian maternal lebih tinggi (Prawiroharjo, 2008). Risiko pada paritas satu dapat ditangani dengan asuhan obstetric lebih baik, sedangkan risiko pada paritas tinggi dapat dicegah atau dikurangi dengan keluarga berencana (Wiknjastro, 2005)

Wanita di negara berkembang mempunyai risiko 100 atau 200 kali lebih besar untuk meninggal saat hamil atau melahirkan dibanding wanita di negara maju. Angka ini tidak sepenuhnya menggambarkan besarnya resiko yang dihadapi wanita di Negara berkembang karena wanita di Asia dan Afrika rata-rata mempunyai anak 4-6 dibanding dengan Negara Eropa yang hanya dua anak atau kurang. Dengan demikian risiko untuk meninggal wanita di Negara berkembang waktu hamil dan melahirkan berkisar 1:50 sampai 1:14 dan ini sangat mencolok perbedaannya dengan Negara maju yang hanya satu dalam beberapa ribu. (Oxorn dan Forte, 2010)

2.5.3. Cara bayar

Cara pembayaran juga berpengaruh pada keputusan tindakan seksio sesarea. Pada tahun 1986 dari data klaim asuransi diketahui bahwa ahli kebidanan akan dibayar 68% lebih mahal jika melakukan seksio sesarea daripada persalinan pervaginam (Stafford 1991, Masyttoh p: 32)

Persalinan dengan seksio sesarea akan membutuhkan perawatan yang lebih lama dibandingkan persalinan pervaginam, keadaan ini turut memberikan konsekuensi pada besarnya biaya pelayanan kesehatan yang lebih tinggi. Hal ini akan menambah beban anggaran kesehatan khususnya masyarakat miskin yang biaya perawatannya dibebankan pada negara (pembayaran dengan jamkesmas,jamkesda)

2.6. Pemanfaatan pelayanan kesehatan

Perilaku dan pelayanan kesehatan merupakan faktor yang dapat mempengaruhi derajat kesehatan baik individu maupun masyarakat. Peningkatan derajat kesehatan hanya dapat dicapai apabila kebutuhan (*need*) dan tuntutan (*demand*) perseorangan, keluarga, kelompok dan atau masyarakat terhadap kesehatan dapat terpenuhi. Kebutuhan dan tuntutan ini adalah sesuatu yang terdapat pada pihak pemakai jasa pelayanan kesehatan (*health consumer*).

Menurut Levey dan Lomba yang dikutip oleh Azwar (2010), *Pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama – sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat.*

Pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh seseorang dipengaruhi oleh banyak hal, yang dikemukakan oleh beberapa model teori. Salah satu teori dasar yang sering digunakan adalah *The initial Behavioral Model* yang dikemukakan oleh Andersen (1975).

Andersen menggambarkan model system kesehatan berupa model kepercayaan kesehatan yang disebut model perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan atau “*behavioral model of health service utilization*”. Menurut model ini keputusan seseorang menggunakan pelayanan kesehatan tergantung pada kondisi – kondisi yang dikelompokkan ke dalam tiga (3) faktor yaitu :

1) Faktor Predisposisi (*predisposing*)

Faktor ini digunakan untuk menggambarkan fakta bahwa setiap individu mempunyai kecenderungan menggunakan pelayanan kesehatan yang berbeda – beda. Hal ini disebabkan oleh karena adanya ciri – ciri individu yang digolongkan ke dalam ciri – ciri

- a. Demografi yang diwarnai oleh variable umur, jenis kelamin, status perkawinan, paritas, jumlah keluarga
- b. Struktur sosial yang mencerminkan pola hidup seseorang dalam hubungannya dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan yang diwakili

oleh variable tingkat pendidikan, pekerjaan,ras,kesukuan, tempat tinggal dan agama.

- c. Sikap,keyakinan,persepsi,pandangan individu terhadap pelayanan kesehatan (*health belief*) .

2) Faktor Pemungkin (*enabling*)

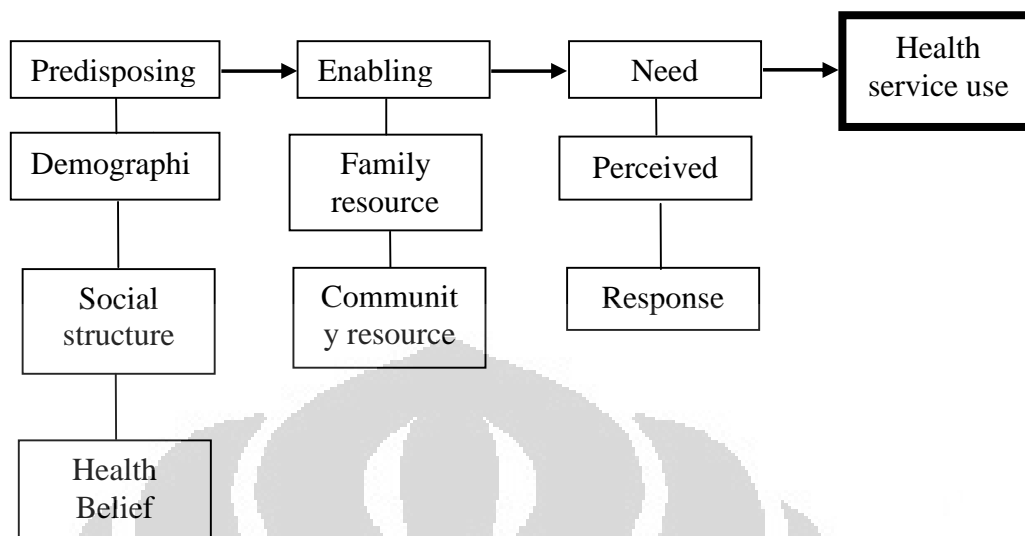
Faktor ini mencerminkan bahwa meskipun mempunyai predisposisi untuk menggunakan pelayanan kesehatan, ia tidak akan bertindak menggunakannya, kecuali jika ia mampu menggunakannya atau suatu keadaan atau kondisi yang membuat seseorang itu mampu melakukan tindakan untuk memenuhi kebutuhan akan pelayanan kesehatan. Kelompok ini dibagi menjadi dua komponen :

- a. Sumber daya keluarga: penghasilan keluarga, keikutsertaan dalam asuransi kesehatan, kemampuan membeli jasa pelayanan, pengetahuan tentang informasi pelayanan kesehatan yang dibutuhkan.
- b. Sumber daya masyarakat yang termasuk ke dalam ini adalah jumlah sarana pelayanan kesehatan yang ada, Jumlah tenaga kesehatan yang tersedia di suatu wilayah tertentu,lokasi pemukiman . Asumsi Andersen adalah semakin banyak sarana pelayanan dan tenaga kesehatan di suatu wilayah, makin dekat jarak jangkauan masyarakat terhadap sarana pelayanan kesehatan dan makin sedikit pula waktu dan ongkos yang dikeluarkan.

3) Faktor Kebutuhan (*need*)

Adanya kondisi predisposing dan enabling dalam diri seseorang maka diperlukan adanya kebutuhan (*need*) agar seseorang dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan. Kebutuhan (*need*) merupakan dasar dan stimulus langsung untuk menggunakan pelayanan kesehatan.

Gambar 2.1
Model Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan



Sumber : Andersen Ronald, *Equity in health service, Empirical And anlysis in Social Policy*, Ballinger publishing comp, 1975

Menurut Wolinsky dan Miller (1983) factor *need* merupakan prediktor terkuat dari pemanfaatn pelayanan kesehatan. Faktor *predisposing* tidak pernah lebih dari 3 % untuk keseluruhan variasi perhitungan dari pemanfaatan pelayanan kesehatan dan factor *enabling* merupakan factor yang pengaruhnya tidak signifikan selain tersedianya sumber daya yang terus menerus untuk pelayanan kesehatan.

Wirrick (Sorkin, 1975) telah mengidentifikasi lima faktor yang mendasar dan mempunyai dampak pada permintaan akan pelayanan kesehatan yaitu :

- 1) *Need*. Seseorang menderita akibat suatu keadaan yang membutuhkan perhatian atau menyebabkan ia mencari pelayanan kesehatan atau pemeriksaan.
- 2) *Realisasi need*. Individu harus tahu kebutuhannya yang ada. Proses psikologi mungkin dilibatkan, termasuk kesadaran akan adanya ketersediaan pelayanan kesehatan. Elemen yang termasuk di dalamnya adalah harapannya, rasa takutnya, keyakinannya akan pengalaman yang terdahulu, adat istiadat dan kepercayaan (agama).
- 3) Sumber dana. Berasal dari pendapatan individu atau keluarga, asuransi kesehatan serta pembiayaan kesehatan oleh swasta atau pemerintah.

- 4) Motivasi yang spesifik untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang dibutuhkan.
- 5) Ketersediaan pelayanan kesehatan.

Teori lainnya yang dikemukakan Lawrence Green (1991) yang dikutip dari Notoatmodjo, 2008, Green menganalisis bahwa perilaku manusia dari tingkat kesehatan yang dipengaruhi oleh dua faktor yaitu factor perilaku (*behavior causes*) dan factor diluar perilaku (*non behavior causes*). Perilaku dipengaruhi oleh 3 faktor yaitu :

1) Faktor *Predisposing*

Merupakan factor *antecedent* (mendahului) terhadap perilaku yang menjadi dasar atau motivasi perilaku manusia. Dalam arti umum factor ini sebagai preferensi pribadi yang dibawa seseorang atau kelompok ke dalam suatu pengalaman belajar. yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan dan nilai – nilainya dan persepsi yang berhubungan dengan motivasi untuk melakukan tindakan, factor demografi : social, ekonomi, umur, jenis kelamin dan ukuran keluarga.

2) Faktor *Enabling* / Pemungkin

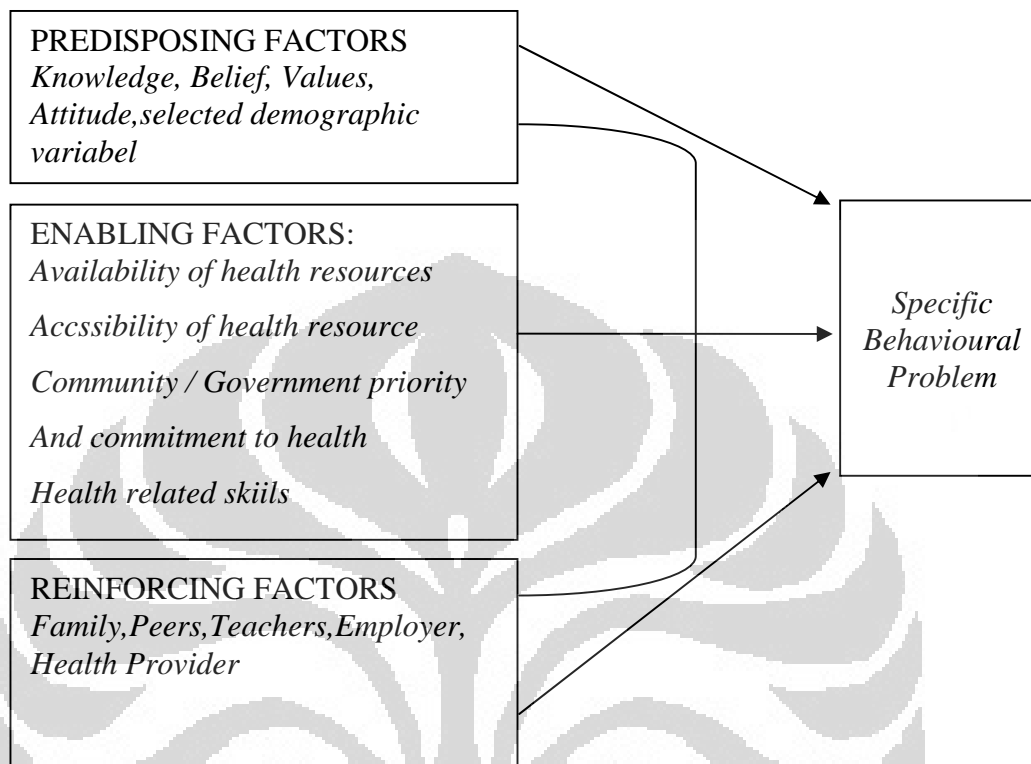
Merupakan perilaku yang memungkinkan motivasi atau aspirasi dapat terlaksana. Termasuk di dalamnya kemampuan dan sumber daya yang dibutuhkan untuk melakukan suatu perilaku kesehatan. Yang termasuk dalam factor ini adalah tersedia atau tidaknya fasilitas dan sarana kesehatan, kemudahan mencapai fasilitas kesehatan, biaya, jarak, ketersediaan transportasi, waktu pelayanan dan keterampilan petugas kesehatan.

3) Faktor *Reinforcing* / Pendorong / penguat

Faktor – factor yang memperkuat adalah yang menentukan apakah tindakan kesehatan mendapat dukungan atau tidak. Sumber penguat tergantung pada tujuan dan jenis kegiatan / program. Sumber dari factor ini dapat terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan, petugas lain, keluarga, guru, teman sebaya yang merupakan kelompok referensi dari perilaku kesehatan.

Di bawah ini merupakan skema tiga faktor yang dapat member kontribusi atas perilaku kesehatan :

Gambar 2.2
Skema Tiga Faktor Yang Dapat Member Kontribusi
Atas Perilaku Kesehatan



Sumber : Lawrence Green, Marshall W, Kreuter. Health Education Planning Diagnostic Myfield Publishing Co.1980, page 71.

Sedangkan menurut Aday, et.al (1985) dalam Andersen (1995) Faktor – faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan suatu pelayanan kesehatan yaitu :

- 1) Faktor dari konsumen yang menggunakan pelayanan kesehatan (*population characteristics*) meliputi faktor demografi, sosiopsikologi, sosioekonomi.
- 2) Faktor system pelayanan kesehatan (*health care system*, terdiri dari tipe organisasi, kelengkapan program kesehatan, tersedianya tenaga dan fasilitas kesehatan, teraturnya pelayanan, hubungan antara dokter atau tenaga kesehatan dengan pasien dan adanya asuransi kesehatan).

BAB 3

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

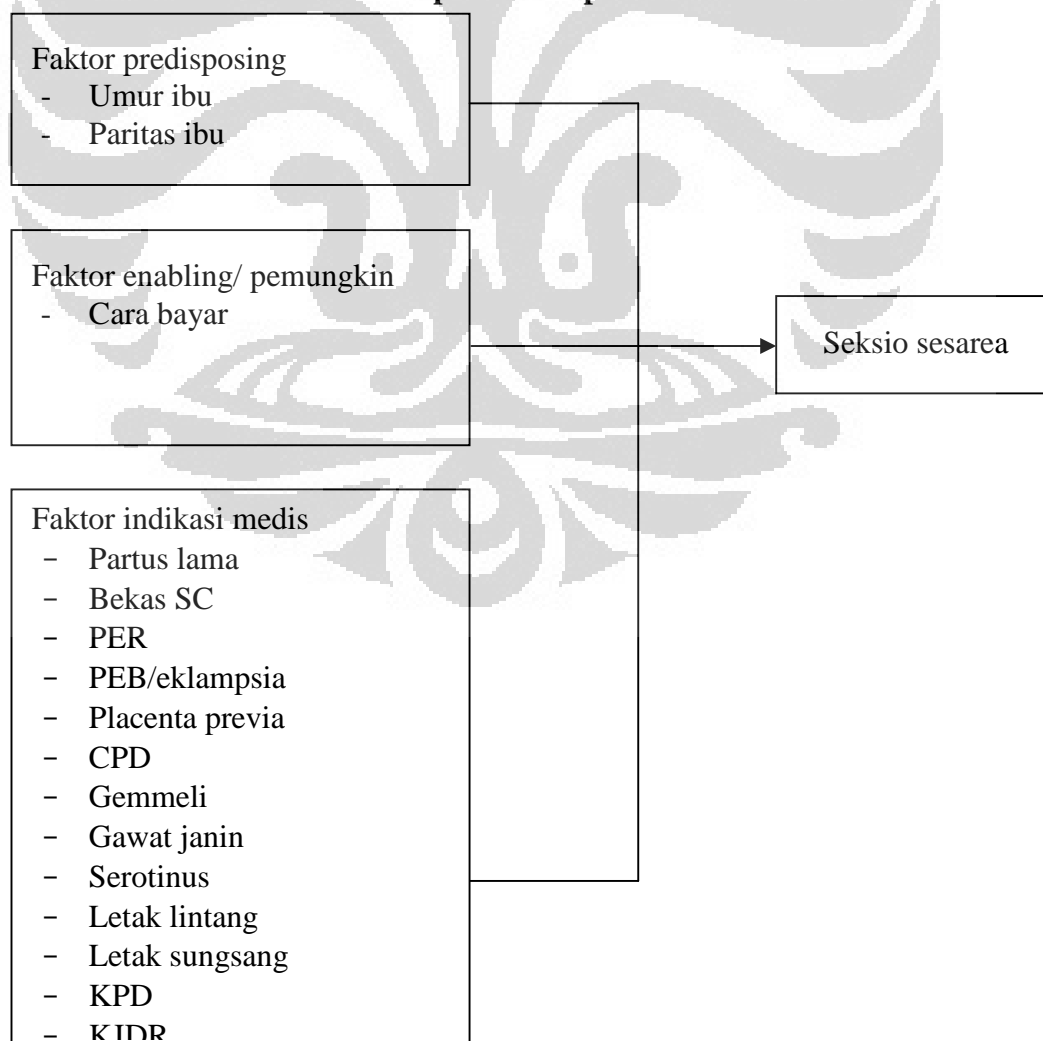
3.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep yang digunakan dalam penelitian ini adalah berdasarkan tujuan penelitian yaitu diketahuinya gambaran faktor-faktor yang berhubungan dengan indikasi seksio sesarea di RSUD Kabupaten Dompu Tahun 2010. Variabel yang akan diteliti adalah variabel diperkirakan akan sangat mempengaruhi tindakan seksio sesarea.

Gambaran faktor-faktor yang mempengaruhi tindakan seksio sesarea di RSUD Kabupaten Dompu Tahun 2010 dapat dilihat dalam kerangka konsep dalam bentuk bagan sebagai berikut :

Gambar 3.1

Gambaran faktor-faktor yang mempengaruhi tindakan seksio sesarea di RSUD Kabupaten Dompu Tahun 2010



3.2 Definisi Operasional

Tabel 3.2
Definisi Operasional

No	Nama Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1	Seksio caesarea	Suatu tindakan pembedahan pada perut ibu untuk membantu kelahiran bayi	Penelusuran informasi rekam medis	Formulir isian	1. Dilakukan Seksio sesarea 2. Tidak dilakukan Seksio sesarea	Ordinal
Factor predisposisi						
2	Umur ibu	Umur ibu yang tercatat saat masuk rumah sakit untuk mendapat pelayanan	Penelusuran informasi rekam medis	Formulir isian	1. Tidak beresiko : 21-34 thn 0. Beresiko 20-35	Ordinal
3	Paritas	Jumlah seluruh persalinan yang dialami ibu	Penelusuran informasi rekam medis	Formulir isian	1. Tidak beresiko paritas 1-3 0. Beresiko paritas 0 dan 3	Ordinal
Faktor penguat						
4	Sifat bayar	Pembayaran yang dilakukan berhubungan dengan tindakan seksio	Penelusuran informasi rekam medis	Formulir isian	1. membayar dengan asuransi kesehatan (PNS) atau membayar sendiri/	Nomina 1

		sesarea yang telah dilakukan			pribadi (bayar) 2.membayar dengan program jamkesmas atau jakkad (tidak bayar)	
Faktor indikasi medis						
5	Partus lama	Persalinan yang berlangsung lebih dari 12 jam tanpa kelahiran janin	Penelusuran informasi rekam medis	Formulir isian	0.ya 1.tidak	Ordinal
6	Bekas SC	Ibu pernah menjalani kelahiran dengan insisi dinding abdomen pada persalinan sebelumnya	Penelusuran informasi rekam medis	Formulir isian	0.ya 1.tidak	Ordinal
7	PER	Timbulnya dua dari tiga trias hipertensi, edema dan proteinuria pada	Penelusuran informasi rekam medis	Formulir isian	0.ya 1.tidak	Ordinal

		kehamilan 20 minggu atau lebih.				
8	PEB/ Eklampsia	Adanya tanda-tanda seperti preeklampsia dan disertai kejang.	Penelusuran informasi rekam medis	Formulir isian	0.ya 1.tidak	Ordina
9	Placenta previa	Perdarahan pada kehamilan diatas 22 minggu hingga menjelang persalinan (sebelum bayi dilahirkan)	Penelusuran informasi rekam medis	Formulir isian	0.ya 1.tidak	Ordinal
10	CPD	Ketidaksesuaian antara janin dan ukuran jalan lahir, baik karena janin besar atau panggul sempit	Penelusuran informasi rekam medis	Formulir isian	0.ya 1.tidak	Ordinal
11	Gemelli	Kehamilan dengan jumlah janin lebih dari satu.	Penelusuran informasi rekam medis	Formulir isian	0.ya 1.tidak	Ordinal

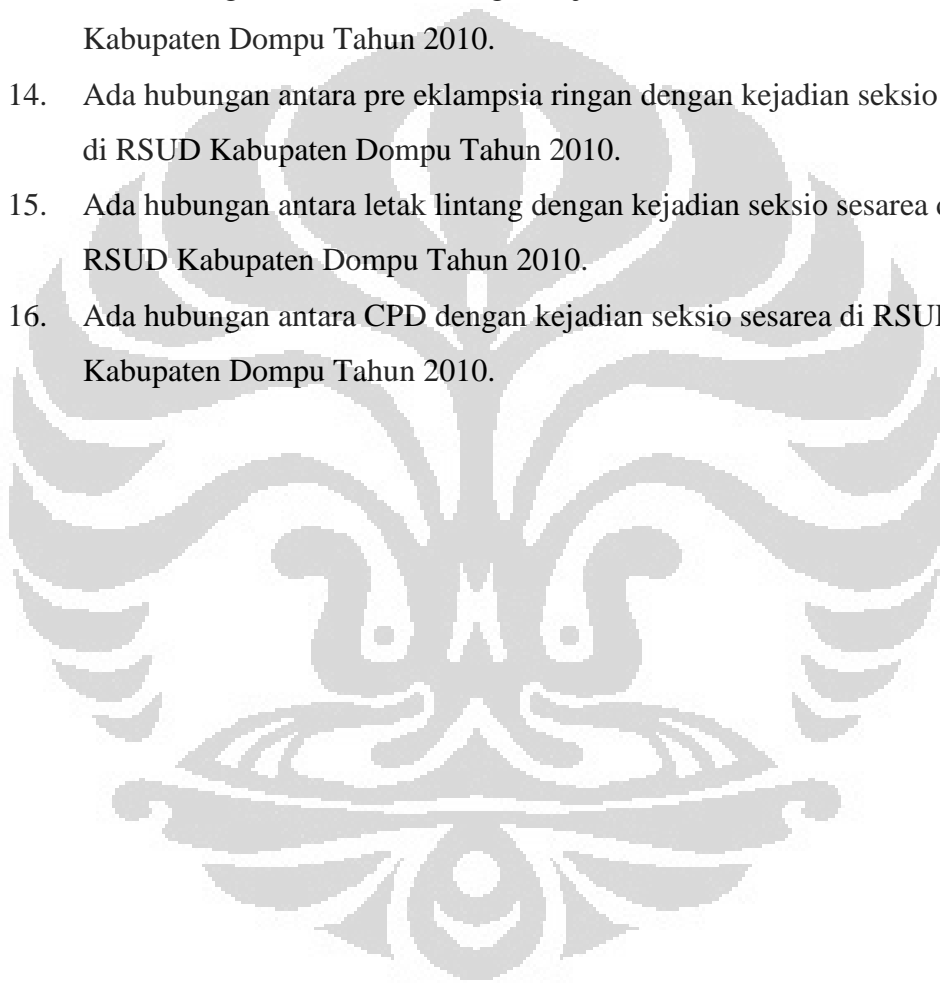
12	Gawat janin	Suatu keadaan yang menunjukkan adanya bahaya yang dapat mengancam keselamatan bayi.	Penelusuran informasi rekam medis	Formulir isian	0.ya 1.tidak	Ordinal
13	KJDR	Suatu keadaan dimana janin sudah mati sebelum dilahirkan	Penelusuran informasi rekam medis	Formulir isian	0.ya 1.tidak	Ordinal
14	Serotinus	Umur kehamilan yang berkisar 42 sampai 44 minggu	Penelusuran informasi rekam medis	Formulir isian	0.ya 1.tidak	Ordinal
15	Presentasi bokong (letak sungsang)	kehamilan dengan presentasi janin selain belakang kepala.	Penelusuran informasi rekam medis	Formulir isian	0.ya 1.tidak	Ordinal
16	Letak lintang	Kehamilan dengan sumbu memanjang ibu membentuk sudut tegak	Penelusuran informasi rekam medis	Formulir isian	0.ya 1.tidak	Ordinal

		lurus dengan sumbu memanjang janin				
17	KPD	Pecahnya selaput ketuban sebelum proses persalinan berlangsung	Penelusuran informasi rekam medis	Formulir isian	0.ya 1.tidak	Ordinal

3.3 Hipotesis

1. Ada hubungan antara umur ibu dengan kejadian seksio sesarea di RSUD Kabupaten Dompu Tahun 2010.
2. Ada hubungan antara paritas ibu dengan kejadian seksio sesarea di RSUD Kabupaten Dompu Tahun 2010.
3. Ada hubungan antara faktor penguat (cara pembayaran) dengan kejadian seksio sesarea di RSUD Kabupaten Dompu Tahun 2010.
4. Ada hubungan antara KPD dengan kejadian seksio sesarea di RSUD Kabupaten Dompu Tahun 2010.
5. Ada hubungan antara faktor partus lama dengan kejadian seksio sesarea di RSUD Kabupaten Dompu Tahun 2010.
6. Ada hubungan antara bekas SC dengan kejadian seksio sesarea di RSUD Kabupaten Dompu Tahun 2010.
7. Ada hubungan antara serotinus dengan kejadian seksio sesarea di RSUD Kabupaten Dompu Tahun 2010.
8. Ada hubungan antara letak sungsang dengan kejadian seksio sesarea di RSUD Kabupaten Dompu Tahun 2010.
9. Ada hubungan antara placenta previa dengan kejadian seksio sesarea di RSUD Kabupaten Dompu Tahun 2010.

10. Ada hubungan antara PEB/Eklampsia dengan kejadian seksio sesarea di RSUD Kabupaten Dompu Tahun 2010.
11. Ada hubungan antara gemmeli dengan kejadian seksio sesarea di RSUD Kabupaten Dompu Tahun 2010.
12. Ada hubungan antara gawat janin dengan kejadian seksio sesarea di RSUD Kabupaten Dompu Tahun 2010.
13. Ada hubungan antara KJDR dengan kejadian seksio sesarea di RSUD Kabupaten Dompu Tahun 2010.
14. Ada hubungan antara pre eklampsia ringan dengan kejadian seksio sesarea di RSUD Kabupaten Dompu Tahun 2010.
15. Ada hubungan antara letak lintang dengan kejadian seksio sesarea di RSUD Kabupaten Dompu Tahun 2010.
16. Ada hubungan antara CPD dengan kejadian seksio sesarea di RSUD Kabupaten Dompu Tahun 2010.



BAB 4

METODOLOGI PENELITIAN

4.1. Rancangan / Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif, dengan rancangan cross sectional (potong lintang) yaitu penelitian yang memberikan informasi mengenai situasi yang ada di mana pengukuran seluruh variabel di amati pada saat yang bersamaan pada waktu penelitian berlangsung. Jenis data adalah data sekunder dari file rekam medik pasien tahun 2010.

4.2. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Dompu dengan menggunakan data rekam medik dari pasien yang melahirkan selama periode 1 Januari 2010 sampai dengan 31 Desember 2010. Penelitian sendiri dilakukan pada bulan April-Mei tahun 2012

4.3. Populasi dan Sampel

4.3.1. Populasi target

Pada penelitian ini yang menjadi populasi target adalah seluruh ibu yang melahirkan di sarana kesehatan di Kabupaten Dompu Tahun 2010

4.3.2. Populasi Aktual

Populasi penelitian ini adalah seluruh ibu yang melahirkan di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Dompu dari tgl 1 Januari 2010 sampai dengan 31 Desember 2010

4.3.3. Sampel

Sampel penelitian ini adalah seluruh ibu yang melahirkan di RSUD Kabupaten Dompu tahun 2010 yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan sebesar 750 ibu bersalin.

Kriteria inklusi

- Seluruh ibu yang melahirkan di RSUD Kabupaten Dompu tahun 2010 dan memiliki kelengkapan rekam medik.

4.4. Tehnik Pengumpulan Data

4.4.1. Sumber Data

Penelitian menggunakan data sekunder dari Rekam Medik RSUD Kabupaten Dompu tahun 2010. Variabel-variabel yang dianalisis berasal dari rekam medik pasien yang di kumpulkan melalui format bantu. Selanjutnya pada penelitian ini proses pengumpulan data dilakukan dengan memilih variabel yang dibutuhkan untuk dianalisa.

4.5. Pengolahan Data

Data yang terkumpul selanjutnya akan dilakukan pengolahan menggunakan program komputer setelah melalui beberapa tahapan:

4.5.1. Editing Data

Adalah kegiatan yang dilakukan untuk membersihkan data yang terkumpul dari kesalahan pengisian format bantu seperti salah tulis, salah kata dan ketidakserasian atau lupa dalam pengisian variabel. Jika terdapat kesalahan diperbaiki dengan memeriksa kembali catatan rekam medik responden yang bersangkutan.

4.5.2. Coding Data

Coding data adalah langkah untuk merubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka/bilangan. Misalnya untuk variabel umur dilakukan coding 0 = beresiko 1 = tidak beresiko. kegunaan coding ini adalah untuk mempermudah pada saat analisis data dan juga mempercepat saat entry data

4.5.3. Processing

Setelah semua format bantu terisi penuh dan benar, serta sudah melewati pengkodean, maka langkah selanjutnya adalah memproses data agar data yang sudah di-entry dapat di analisis.

4.5.4. Cleaning

Pembersihan data yang merupakan pengecekan kembali data yang sudah dientry apakah ada kesalahan atau tidak. Kesalahan tersebut dimungkinkan terjadi saat kita meng-entry ke komputer, misalnya untuk variabel umur ada data bernilai 3, mengkleaning mestinya berdasarkan coding yang ada kodenya hanya 0 s.d. 1 (coding 0 = beresiko, 1 = tidak beresiko) cleaning data juga adalah untuk mengetahui missing data, variasi data dan konsistensi data.

4.6. Analisis Data

4.6.1. Analisis Prevalensi

Tujuan adalah untuk melihat tingkat kekerapan seksio sesarea

4.6.2. Analilis Bivariat

Analisis ini dilakukan dengan menghubungkan variabel independen dan variabel dependen. Tujuannya adalah untuk melihat adanya hubungan yang signifikan antara variabel independen dan variabel dependen. Uji statistic yang digunakan adalah uji statistik chi square (X^2).

BAB 5

HASIL PENELITIAN

5.1. Gambaran umum RSUD Kabupaten Dompu

Rumah Sakit Umum Dompu bertempat di Jalan Kesehatan no. 01 kelurahan Bada Dompu Kecamatan Dompu merupakan satu-satunya pusat rujukan dari berbagai fasilitas kesehatan yang ada di kabupaten dompu. Yang memiliki visi "Pelayanan Kesehatan Yang Prima Secara Profesional" dan dengan salah satu misinya memberikan pelayanan kesehatan dengan rasa aman dan nyaman di lingkungan rumah sakit serta terjangkau oleh masyarakat/pelanggan. RSUD Dompu merupakan kelas Rumah Sakit tipe C dikelola sejak tanggal 20 Mei 1998 oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Dompu. Secara geografis, Kabupaten Dompu terletak diantara $117^{\circ} 42' - 118^{\circ} 3'$ Bujur Timur dan $8^{\circ} 06' - 9^{\circ} 05'$ Lintang Selatan sangat strategis dimana dengan batas wilayah sebagai berikut :

- a. Sebelah utara berbatasan dengan Laut Flores dan Kabupaten Bima
- b. Sebelah Timur berbatasan dengan Kabupaten Bima
- c. Sebelah Selatan berbatasan dengan Samudra Indonesia
- d. Sebelah Barat berbatasan dengan Kabupaten Sumbawa

Luas Wilayah Kabupaten Dompu $2.324,55 \text{ Km}^2$ dengan ketinggian kota berkisar antara 15-62 meter diatas permukaan laut. Secara administrasi pemerintah Kabupaten Dompu terdiri atas 8 Kecamatan definitif, 9 Kelurahan, dan 52 Desa, memiliki 1 RSUD, 9 Puskesmas, 46 Pustu, 37 polindes dan 293 posyandu dengan jumlah penduduk 208.867 jiwa.

Sebagai rumah sakit rujukan daerah, RSUD Dompu mempunyai fasilitas rawat jalan yang terdiri dari praktek Dokter Spesialis Anak, Dokter Spesialis Kandungan, Dokter Spesialis Penyakit Dalam, Dokter Spesialis Mata dan Dokter Spesialis Bedah. Fasilitas Rawat Inap terdiri dari kelas VIP, kelas I, kelas II, kelas III, kamar bersalin dan ICU. Fasilitas penunjang medis terdiri dari kamar operasi, radiologi, USG, Laboratorium, farmasi dan Unit Tranfusi Darah. RSUD Dompu mempunyai 118 buah tempat tidur, luas tanah 2 hektar dengan luas bangunan $15.553,80 \text{ m}^2$. RSUD Dompu memiliki karyawan sejumlah 267 yang

terdiri dari 6 orang dokter spesialis, 7 orang dokter umum, paramedis 166 orang, penunjang medis 14 orang dan tenaga penunjang non paramedis/administrasi 88 orang.

Dalam upaya pelayanan kesehatan sayang ibu dan anak, rumah sakit ini memberikan pelayanan dalam bidang kebidanan yaitu adanya poli kandungan dan kebidanan pada pelayanan rawat jalan dan ruang inap bersalin pada pelayanan rawat inap. RSUD Dompus mempunyai kebijakan dalam menekan mortalitas dan morbiditas ibu dan bayi dengan mengeluarkan kebijakan tentang pelayanan operasi yang cepat, tepat, aman, dan manusiawi diselenggarakan dengan tetap memperhatikan aspek sosial.

5.2. Analisis prevalensi

Tabel 5.2
Prevalensi faktor- faktor yang mempengaruhi seksio sesarea pada ibu bersalin di RSUD tahun 2010

Prevalensi ibu bersalin dengan seksio sesarea sebesar 75,2% dan faktor-faktor yang mempengaruhi seksio sesarea paling tinggi dapat ditemukan pada variabel paritas berisiko sebesar 53,2% dan ketuban pecah dini (KPD) sebesar 27,73%. Sedangkan prevalensi faktor yang mempengaruhi seksio sesarea yang terendah letak lintang 1,2% dan CPD 1,33%.

No	Seksio sesarea	Kategori	Kasus	Populasi	Prevalensi (%)
1	Persalinan	Seksio sesarea	564	750	75,2
2	Umur	Berisiko	226	750	30,13
3	Paritas	Berisiko	399	750	53,2
4	Cara bayar	Bayar	209	750	27,87
5	KPD	Ya	208	750	27,73
6	Partus lama	Ya	198	750	26,4

7	Bekas SC	Ya	82	750	10,93
8	Serotinus	Ya	51	750	6,8
9	Letak sungsang	Ya	49	750	6,53
10	APB	Ya	46	750	6,13
11	PEB	Ya	32	750	4,26
12	Gemmeli	Ya	21	750	2,8
13	Gawat janin	Ya	16	750	2,13
14	KJDR	Ya	16	750	2,13
15	PER	Ya	12	750	1,6
16	Letak lintang	Ya	9	750	1,2
17	CPD	Ya	10	750	1,33

5.3 Hubungan faktor faktor predisposisi dan faktor penguat pada ibu dengan tindakan seksio sesarea di RSUD Dompu tahun 2010

Dari hasil penelitian berdasarkan tabel 5.3 dapat dilihat hasil analisis bivariat untuk mencari hubungan antara variabel independen (faktor predisposisi umur dan paritas ibu, faktor penguat dengan variabel dependen (seksio sesarea) di RSUD Kabupaten Dompu. Dari variabel predisposisi (umur dan paritas) dan variabel penguat (cara bayar) didapatkan nilai p-value paritas dan cara bayar lebih kecil dari 0,05 ($p\text{-value} < 0,05$), sehingga hubungan antara paritas dan cara bayar dengan seksio sesarea dianggap signifikan, dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara variabel predisposisi (paritas) dan faktor penguat dengan tindakan seksio sesarea.

Tabel 5.3

Hubungan faktor faktor predisposisi dan faktor penguat pada ibu dengan tindakan seksio sesarea

Variabel	Kategori	Persalinan		Total	P Value	PR	95% CI
		SC	Tidak				
Umur	- Berisiko	169	57	226	0,934	0,992	0,9-1,08
	- Tidak	395	129	524			

Paritas	-Berisiko	279	120	399	0,000	0,861	0,794-0,934
	- Tidak	285	66	351			
Cara bayar	- Bayar	169	40	209	0,033	1,107	1,09-1,2
	- Tidak	395	146	541			

5.4 Hubungan faktor indikasi medis dengan jenis persalinan

Dari tabel 5.4 hasil analisis bivariat untuk mencari hubungan antara faktor indikasi medis dengan tindakan seksio sesarea dapat dilihat dari 13 (tiga belas) variabel indikasi medis (KPD, partus lama, bekas SC, serotinus, letak sungsang, placenta previa, PEB/Eklampsia, gemmeli, gawat janin, KJDR, PER, letak lintang dan CPD) sebagian besar mempunyai p-value lebih besar dari 0,05 berarti tidak ada hubungan, sebagian kecil (partus lama, Bekas SC, PEB/Eklampsia dan KJDR) mempunyai p-value lebih kecil dari 0,05 artinya mempunyai hubungan yang signifikan dengan persalinan seksio sesarea.

Gambar 5.4
Distribusi sampel berdasarkan faktor indikasi medis terhadap tindakan seksio sesarea

Variabel	Kategori	Persalinan		Total	p-value	PR	95% CI
		SC	Tidak SC				
KPD	Ya	164	44	208	0,181	1,068	0,980-1,165
	Tidak	400	186	542			
Partus lama	Ya	123	75	198	0,000	0,778	0,692-0,874
	Tidak	441	111	552			
Bekas SC	Ya	71	11	82	0,017	1,173	1,065-1,292
	Tidak	493	175	668			

Serotinus	Ya	39	12	51	0,960	1,018	0,869-1,193
	Tidak	525	174	699			
Letak sungsang	Ya	34	15	49	0,422	0,918	0,758-1,111
	Tidak	530	171	701			
Pasenta previa	Ya	39	7	46	0,168	1,137	0,998-1,294
	Tidak	525	179	704			
PEB/Eklam psia	Ya	32	0	32	0,002	1,350	1,292-1,409
	Tidak	532	186	718			
Gemmeli	Ya	18	3	21	0,381	1,144	0,956-1,370
	Tidak	546	183	729			
Gawat janin	Ya	14	2	16	0,381	1,168	0,966-1,412
	Tidak	550	184	734			
KJDR	Ya	1	15	16	0,000	0,081	0,012-0,544
	Tidak	563	171	736			
PER	Ya	10	2	12	0,740	1,110	0,859-1,435
	Tidak	554	184	738			
CPD	Ya	10	0	10	0,144	1,336	1,281-1,393
	Tidak	554	186	740			
Letak lintang	Ya	9	0	9	0,122	1,335	1,28-1,392
	Tidak	555	186	741			

Tabel 5.5

Power Penelitian

Pada penelitian ini dengan jumlah sampel yang ada maka didapatkan power penelitian. Terendah pada letak sungsang, pre eklampsia ringan dengan 0,39 dan 0,68, sementara power tertinggi pada KJDR (99,8), partus lama (97,57) dan paritas ibu (93,71).

No	Variabel	Probabilitas populasi	Sampel	Level signifikan	Power penelitian
1	Letak sungsang	P1: 0,694 P2: 0,756	49 701	5%	0,39
2	PER	P1:0,833 P2: 0,751	12 738	5%	0,68
3	Umur	P1: 0,788 P2: 0,738	208 542	5%	3,49
4	Serotinus	P1: 0,765 P2: 0,751	51 699	5%	3,61
5	Gemmeli	P1: 0,857 P2: 0,749	21 729	5%	13,4
6	Gawat janin	P1: 0,875 P2: 0,749	16 734	5%	13,85
7	APB	P1: 0,848 P2: 0,746	46 704	5%	21,7
8	KPD	P1: 0,788 P2: 0,738	208 542	5%	22,8
9	Letak lintang	P1: 0,99 P2: 0,749	9 741	5%	26,65
10	CPD	P1: 0,99 P2 : 0,749	10 740	5%	31,85
11	Cara Bayar	P1: 0,809 P2: 0,730	209 541	5%	48,2

12	Bekas SC	P1: 0,866 P2: 0,738	82 668	5%	53,45
13	PEB/Eklampsia	P1: 0,99 P2: 0,749	32 718	5%	83,75
14	Paritas	P1: 0,699 P2: 0,812	399 351	5%	93,71
15	Partus lama	P1: 0,621 P2: 0,799	198 552	5%	97,57
16	KJDR	P1: 0,063 P2: 0,767	16 734	5%	99,8

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1. Keterbatasan penelitian

Penelitian ini menggunakan rancangan studi cross sectional atau potong lintang yang hanya dapat menunjukkan hubungan antara variabel independen dan dependen tetapi tidak dapat menunjukkan hubungan sebab akibat. Penelitian ini juga merupakan penelitian yang menggunakan data sekunder yang diperoleh dari catatan rekam medis pasien. Pada awalnya peneliti ingin meneliti beberapa variabel tetapi dalam proses pengumpulan, data yang tersedia tidak lengkap sebagaimana yang diharapkan.

Dokumen rekam medis yang dipakai sebagai sumber data menggunakan tulisan tangan yang kadang kadang kurang tegas membuat peneliti kesulitan dalam membaca sehingga dibutuhkan ketelitian dan upaya yang sungguh-sungguh untuk menelaah dokumen rekam medis tersebut.

6.2. Pembahasan hasil penelitian

6.2.1. seksio sesarea

Cakupan pelayanan bedah sesar yang dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Dompu dari tahun 2008-2010 terus mengalami peningkatan. Hal ini dapat dilihat dari angka sectio cesarean rate (SCR) nya berturut-turut mencapai 67,40%, 71,68% dan 71,28%. Kondisi ini tidak sejalan dengan SDKI 2007 yang menunjukkan bahwa pola persalinan dengan tindakan seksio sesarea sebesar 7% dan tidak menunjukkan perubahan dari SDKI 1997 atau cenderung tidak berubah.

Peningkatan seksio sesarea tidak sejalan dengan himbauan pemerintah dalam upaya menurunkan persalinan dengan seksio sesarea yang tertulis dalam surat edaran Direktorat Jendral Pelayanan Medik (Dirjen Yanmedik) Departemen Kesehatan RI tanggal 12 september 2000, menyatakan bahwa angka kelahiran seksio sesarea untuk rumah sakit pendidikan atau rujukan provinsi turun menjadi 20%, sedangkan untuk rumah sakit swasta tidak lebih dari 15%.

Besarnya angka bedah sesar akan memberikan konsekuensi pada pembiayaan kesehatan yang relatif lebih tinggi dibandingkan persalinan normal. Jika angka bedah sesar meningkat maka beban pemerintah dalam pembiayaan kesehatan bagi pasien dengan pengguna program jamkesmas akan bertambah besar. Namun beban biaya kesehatan bagi masyarakat keluarga miskin tetapi tidak mempunyai jaminan kesehatan serta tidak mempunyai kemampuan membayar akan meningkat jika bedah sesar meningkat. Penelitian Kruk, M.E (2007) juga menunjukkan bahwa total biaya kesehatan perkapita di suatu Negara berhubungan secara signifikan dengan persalinan oleh tenaga kesehatan dan tindakan bedah sesar. (Nurbaiti, 2009, p. 70)

Dari hasil analisis data menunjukkan bahwa terdapat 750 kasus bedah sesar di RSUD Kab Dompu dengan (75,2%) persalinan seksio sesarea dan 186 (24,8%) persalinan tidak seksio sesarea.

Tingginya persalinan dengan seksio sesarea di RSUD Kab Dompu kemungkinan disebabkan oleh terpusatnya rujukan dari sarana kesehatan di Kabupaten Dompu kepada Rumah Sakit Umum yang merupakan satu- satunya tempat rujukan obstetrik, dan kurangnya tenaga dokter spesialis kebidanan sehingga memungkinkan dokter lebih memperketat toleransi untuk persalinan normal terhadap pasien rujukan.

Untuk mengendalikan peningkatan operasi sesar maka Prosedur pelaksanaan tindakan dan penentuan diagnosis indikasi medis dalam pengambilan keputusan untuk operasi harus sesuai indikasi yang benar dan dari pihak direktur rumah sakit sebagai penanggung jawab rumah sakit memantau persentase tindakan seksio yang terjadi dirumah sakit setiap bulan berikut kecenderungannya. Rumah sakit juga perlu menetapkan nilai ambang batas dari tindakan operasi sesar serta membuat peta kendali dalam upaya pengendalian mutu layanan kesehatan rumah sakit, pengumpulan dan pemanfaatan data merupakan kegiatan mutlak harus dikerjakan secara akurat dan berkesinambungan. Data tersebut akan memperlihatkan jumlah tindakan operasi sesar dan jumlah semua kelahiran yang terjadi dirumah sakit setiap bulannya.

Penerapan kendali mutu layanan kesehatan ibu, termasuk didalamnya persalinan dengan seksio sesarea antara lain melalui penerapan standar

pelayanan, prosedur tetap, penilaian kinerja, pelatihan klinis dan kegiatan audit maternal perinatal (Pohan, 2007)

6.2.2. analisis hubungan faktor predisposing dengan tindakan seksio sesarea di RSUD Kabupaten dompu 2010

Umur ibu turut menentukan kesehatan maternal dan sangat berhubungan erat dengan kondisi kehamilan, persalinan dan nifas serta bayinya. Usia ibu hamil yang terlalu muda atau terlalu tua (20 tahun dan 35 tahun) merupakan faktor penyulit kehamilan, sebab ibu yang hamil terlalu muda, keadaan tubuhnya belum siap menghadapi kehamilan, persalinan dan nifas serta merawat bayinya, sedangkan ibu yang usianya 35 tahun atau lebih akan menghadapi risiko seperti kelainan bawaan dan penyulit pada waktu persalinan yang disebabkan oleh karena jaringan otot rahim kurang baik untuk menerima kehamilan. Proses reproduksi sebaiknya berlangsung pada ibu berumur antara 20 hingga 34 tahun karena jarang terjadi penyulit kehamilan dan juga persalinan (Prawirohardjo, 2010)

Hasil uji statistik diperoleh p-value umur 0,968 dan p-value paritas 0,000 artinya tidak terdapat hubungan antara umur ibu dengan persalinan seksio sesarea tetapi paritas menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan dengan persalinan seksio sesarea.

Dari data faktor predisposisi ibu bersalin dengan seksio sesarea berada pada konsentrasi tertentu. Umur ibu bersalin termuda 16 tahun dan tertua adalah umur 47 tahun, sebagian besar umur mereka berada pada umur aman untuk hamil dan melahirkan antara 21 tahun sampai 34 tahun. Terkait paritas ibu proporsinya sama antara paritas tidak berisiko untuk melahirkan dan paritas berisiko.

Hasil penelitian menunjukkan prevalensi umur tidak berisiko sebagian besarnya dilakukan seksio sesarea, hal ini tidak sesuai dengan data SDKI yang melaporkan bahwa persalinan dengan seksio sesarea lebih banyak terjadi pada umur diatas 35 tahun. Paritas berisiko sedikit lebih banyak dilakukan persalinan dengan seksio sesarea, hal ini tidak sesuai dengan data Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia yang melaporkan persalinan dengan seksio sesarea banyak

terjadi pada paritas 1-3 sebesar 15%. Sementara untuk jenis tidak bayar proporsi ibu yang melahirkan dengan seksio sesarea cukup tinggi yaitu sebanyak 541 ibu bersalin.

Data diatas sesuai dengan penelitian Masyttoh (2005) yang menyatakan tidak ada hubungan antara faktor host terkait umur ibu dengan tindakan seksio sesarea, tetapi berbanding terbalik dengan hasil yang didapatkan bahwa paritas tidak berhubungan dengan seksio sesarea. Hasil ini juga sejalan dengan penelitian Nurbaiti (2009) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara faktor karakteristik ibu terkait umur dengan tindakan seksio sesarea.

6.2.3. analisis hubungan faktor penguat dengan tindakan seksio sesarea di RSUD Kabupaten Dompu 2010

Hasil uji statistik diperoleh p-value 0,033 ($p\text{-value} < 0,05$) artinya terdapat hubungan yang signifikan antara cara bayar dengan tindakan seksio sesarea.

Pada penelitian ini prevalensi pasien yang tidak bayar cukup besar hal ini disebabkan karena banyaknya pasien yang melahirkan dengan seksio sesarea menggunakan pembayaran dengan jamkesmas (pusat) maupun jamkesda/JKD (daerah)

Cara pembayaran berpengaruh pada keputusan tindakan seksio sesarea. Pada tahun 1986 dari data klaim asuransi diketahui bahwa ahli kebidanan akan dibayar 68% lebih mahal jika melakukan seksio sesarea daripada persalinan pervaginam (Stafford 1991, Masyttoh p: 32)

Hasil uji statistik menunjukkan terdapat hubungan yang bermakna antara faktor penguat (cara bayar) dengan tindakan seksio sesarea. Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan hasil penelitian Nurbaiti (2009) dan masyttoh (2005) yang tidak mendapatkan adanya hubungan antara cara bayar dengan diagnosis bedah sesar. Tetapi hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Ribeiro, V.S.,et al (2007) yang mendapatkan seksio sesarea berhubungan dengan tingkat pendidikan ibu dan tingkat pendapatan yang tinggi.

Di RSUD Kabupaten Dompu cara pembayaran terbagi atas beberapa cara yaitu dengan Asuransi kesehatan PNS, membayar pribadi, pembayaran dengan Jamkesmas (JPS) dan Jamkesda (Jakkad)

Pasien dengan pemanfaatan jamkesmas dan jamkesda menjadi mayoritas pasien dengan seksio sesarea, walaupun dalam penanganan kasus kegawatan diperlakukan sama dengan pasien yang membayar tetapi sistem pengembalian biaya yang sering terlambat oleh pemerintah serta adanya pengembalian sebagai PAD (pemasukan asli daerah) memungkinkan pengguna jamkesmas maupun jamkesda perlu melewati proses seleksi yang ketat dalam menentukan tindakan seksio sesarea.

Pasien yang membayar sendiri biaya rumah sakit memungkinkan mereka untuk dapat meminta dilakukan seksio sesarea walaupun secara medis tidak diperlukan artinya tidak ada kegawatdaruratan persalinan untuk menyelamatkan ibu dan janin yang dikandungnya. Atau bisa juga pasien ingin melahirkan pada tanggal dan jam tertentu, atau tidak ingin mengalami rasa sakit saat melahirkan.

6.2.4. Analisis hubungan faktor indikasi medis dengan tindakan seksio sesarea di RSUD Kabupaten dompu 2010

faktor resiko tinggi dalam seksio sesarea adalah bila sebelum seksio sesarea sudah terdapat proses persalinan, khususnya kalau terdapat partus lama, ketuban pecah dini serta sudah dilakukan beberapa kali pemeriksaan pelvis. Partus lama dan KPD memungkinkan menjadi pertimbangan untuk dilakukan seksio sesarea (oxorn, 2010).

a. Hubungan KPD dengan tindakan seksio sesarea

Hasil uji statistik diperoleh p-value 0,181 ($p\text{-value} > 0,05$) artinya tidak ada hubungan antara ketuban pecah dini dengan kejadian seksio sesarea.

KPD ditegakkan bila air ketuban keluar sebelum proses persalinan berlangsung. Ketuban merupakan masalah penting dalam obstetrik berkaitan dengan penyulit kelahiran prematur dan terjadinya infeksi khorioamnionitis sampai sepsis, yang akan meningkatkan morbiditas dan mortalitas perinatal, dan menyebabkan infeksi pada ibu. Penanganannya jika ketuban pecah lebih dari 18 jam berikan antibiotik profilaksis, lalu nilai jika serviks sudah matang dan persalinan belum mulai setelah 24 jam maka lakukan induksi persalinan dengan oksitosin, jika serviks belum matang maka matangkan serviks dengan prostaglandin dan infuse oksitosin atau lahirkan dengan seksio sesarea jika induksi persalinan dengan oksitocyn tidak berhasil.

Penelitian ini tidak sesuai dengan Sadiman dkk (2009) pada penelitiannya juga menyatakan bahwa ketuban pecah dini berhubungan dengan tindakan seksio sesarea.

Bahaya paling besar dari ketuban pecah dini adalah bahaya infeksi intrauterine yang mengancam keselamatan ibu dan janinnya. Dalam hal ini bidan dengan bijaksana melakukan intervensi apabila telah ditunggu belum ada tanda akan terjadi persalinan segera lakukan rujukan ke rumah sakit yang dapat melakukan intervensi khusus. Bila mungkin berikan antibiotik untuk menghindari kemungkinan infeksi. Bidan jangan terlalu sering melakukan periksa dalam karena akan menambah beratnya infeksi.

b. Hubungan partus lama dengan seksio sesarea

Hasil uji statistik diperoleh p-value 0,000 ($p\text{-value} < 0,05$) artinya ada hubungan antara partus lama dengan tindakan seksio sesarea. Persalinan yang berlangsung lebih dari 18-24 jam digolongkan sebagai persalinan lama. Permasalahan harus dikenali dan diatasi sebelum batas waktu tercapai. Sebagian besar partus lama menunjukkan pemanjangan kala satu. Penelitian ini sesuai dengan prinsip penanganan persalinan lama adalah menilai keadaan umum wanita tersebut termasuk tanda vital dan tingkat hidrasi, periksa denyut jantung janin jika terdapat gawat janin lakukan seksio sesarea; kecuali jika syarat-syaratnya dipenuhi, lakukan ekstraksi vakum atau forceps. Persalinan yang aman adalah hal yang penting dalam upaya meningkatkan kesejahteraan ibu dan bayi oleh karena Partus lama dapat memberikan dampak yang berbahaya baik bagi ibu maupun janin, resiko tersebut naik dengan cepat setelah waktu 24 jam. Terjadi kenaikan atonia uteri, lacerasi, perdarahan, infeksi, kelelahan ibu dan syok. Pada janin akan memberikan bahaya meningkatnya mortalitas dan morbiditas oleh karena asfiksia, trauma kepala akibat penekanan kepala janin hal diatas memungkinkan persalinan dengan seksio sesarea menjadi pilihan.

c. Hubungan bekas seksio sesarea dengan seksio sesarea

Hasil uji statistik diperoleh p-value 0,017 ($p\text{-value} < 0,05$) artinya ada hubungan yang signifikan antara persalinan dengan riwayat seksio sesarea dengan seksio sesarea.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Masyttoh (2005) yang menyatakan ada hubungan yang bermakna antara tindakan seksio sesarea dengan riwayat persalinan dengan seksio sesarea. Berbeda dengan penelitian Sadiman dkk (2009) menyatakan tidak ada hubungan yang bermakna antara faktor ibu dengan riwayat seksio sesarea sebelumnya dengan tindakan seksio sesarea.

Dalam penelitian Flamm (1985) menyatakan bahwa persalinan pervaginam pada pasca seksio sesarea dapat dilaksanakan dengan aman untuk wanita yang sebelumnya pernah menjalani insisi uterus transversal rendah. Beberapa laporan mengenai partus percobaan yang diperbolehkan pada wanita dengan riwayat seksio sesarea lebih dari satu kali hasilnya adalah baik dan komplikasinya minimal. Penanganan umum adalah tentukan tipe seksio sebelumnya jika tipe korporal dan letak non verteks pertimbangkan seksio elektif. Untuk tipe seksio segmen bawah rahim lakukan partus percobaan, persalinan maju dapat dibantu dengan ekstraksi vakum atau forceps.

d. Hubungan serotinus dengan seksio sesarea

Hasil uji statistik diperoleh p-value 0,960 ($p\text{-value} > 0,05$) artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara serotinus dengan persalinan seksio sesarea.

Di Indonesia, diagnosis kehamilan serotinus sangat sulit karena kebanyakan ibu tidak mengetahui tanggal haid yang terakhir secara tepat. Diagnosis yang baik hanya dapat dibuat kalau pasien memeriksakan diri sejak permulaan kehamilan.

Factor janin merupakan alasan pengakhiran kehamilan sehubungan dengan berkurangnya gerakan janin yang dirasakan ibu dan berkurangnya cairan amnion. Pada banyak rumah sakit penatalaksanaan terhadap kehamilan ini adalah melahirkan bayi dengan induksi persalinan, jika gagal maka seksio sesarea adalah pilihan alternatif bagi dokter.

Komplikasi yang dapat terjadi adalah kematian janin dalam rahim, akibat insufisiensi plasenta karena menuanya plasenta dan kematian yang meningkat,

bila pada kehamilan normal (37-42 minggu) angka kematiannya 1,1% , pada umur kehamilan 43 minggu angka kematian bayi menjadi 3,3% dan pada kehamilan 44 minggu menjadi 6,6%.

Pertolongan persalinan diluar rumah sakit sangat berbahaya karena setiap saat dapat memerlukan tindakan operasi. Bahayanya adalah janin dapat meninggal mendadak intrauterine, mengalami kesulitan saat pertolongan persalinan karena bahu terlalu besar (persalinan distosia bahu). Oleh karena itu bidan hendaknya melakukan rujukan untuk mendapatkan pertolongan yang lebih baik. Pada kehamilan lewat waktu plasenta telah sangat mundur untuk mampu memberikan nutrisi dan oksigen kepada janin sehingga setiap saat janin akan terancam gawat janin dan diikuti asfiksia neonatarum yang memerlukan perawatan khusus. Oleh karena itu untuk keselamatan ibu dan janinnya sebaiknya dilakukan rujukan ke rumah sakit dengan fasilitas yang lebih baik.

e. Hubungan letak sungsang dengan seksio sesarea

Hasil uji statistik diperoleh p-value 0,422 ($p\text{-value} > 0,05$) artinya tidak terdapat hubungan antara letak sungsang dengan persalinan seksio sesarea.

Hasil ini tidak sejalan dengan masyttoh (2005) yang menyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara kelainan letak sungsang dengan persalinan seksio sesarea. Tetapi penelitian ini sejalan dengan Sadiman dkk (2009) menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara kelainan letak (sungsang) dengan persalinan seksio sesarea

Mekanisme persalinan sungsang hampir sama dengan letak kepala, hanya disini yang memasuki pintu atas panggul adalah bokong. Persalinan berlangsung lebih lama karena karena bokong lebih lembek bila dibandingkan kepala, jadi kurang kuat menekan sehingga pembukaan serviks lebih lama. Letak sungsang tidak harus dilakukan dengan seksio sesarea, petugas kesehatan diharapkan mengutamakan persalinan normal terlebih dahulu, bila persyaratan persalinan normal tidak terpenuhi maka jalan terbaik adalah dengan persalinan seksio sesarea untuk menghindari cedera pada bayi. (Muhtar, 1998)

Komplikasi persalinan letak sungsang meliputi morbiditas dan mortalitas bayi yang tinggi, dapat menurunkan IQ bayi. Komplikasi segera pada ibu meliputi perdarahan, trauma persalinan, infeksi. Sedangkan komplikasi segera

pada janin meliputi perdarahan (intracranial, aspirasi air ketuban dan asfiksia). Kematian bayi dapat terjadi karena asfiksia berat, perdarahan intra cranial dan infeksi otak. Bila bayi berhasil ditolong, komplikasinya meliputi fraktur leher dan persendiannya, gangguan pusat vital janin pada medulla oblongata dan dapat menimbulkan cacat seumur hidup. Kegagalan persalinan kepala janin dapat diduga sebelumnya sekalipun badannya dapat lahir biasa.

Sikap bidan dalam menghadapi persalinan dengan letak sungsang adalah bila masih ada kemungkinan untuk mengirim pasien ke rumah sakit yang mampu melakukan pertolongan yang lebih baik. Bila sangat terpaksa dengan bokong sudah didasar panggul maka lakukan upaya persalinan dengan Bracht. Kini kecenderungan untuk melakukan operasi pada semua letak sungsang untuk dapat mencapai *well born baby* dan *well health mother* (Manuaba, 2008)

f. Hubungan placenta previa dengan seksio sesarea

Hasil uji statistik diperoleh p-value 0,168 ($p\text{-value} > 0,05$) artinya tidak ada hubungan antara plasenta previa dengan persalinan seksio sesarea

Penelitian ini tidak sejalan dengan hasil penelitian Sadiman dkk (2009) yang menyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara plasenta previa dengan persalinan seksio sesarea.

Klsifikasi placenta previa antara lain: placenta previa totalis jika menutup seluruh ostium internum, placenta previa lateralis jika placenta menutup sebagian dari ostium internum dan placenta previa marginalis jika hanya pada pinggir ostium internum terdapat jaringan placenta, hal ini penting ditegaskan dalam diagnosa karena akan berkaitan dengan prognosa persalinan yang akan ditentukan.

Jika ibu dengan diagnosa placenta previa, kehamilannya belum genap 36 minggu atau taksiran berat badan janin tidak sampai 2500 gram dan persalinan belum dimulai, dapat diperkenankan untuk menunda persalinannya. Ibu dirawat untuk mencegah perdarahan berikutnya, mengatasi anemianya dan persiapan persalinan dengan kondisi janin yang cukup viable (mampu hidup). Namun plasenta previa totalis merupakan indikasi mutlak untuk seksio sesarea.

g. Hubungan PEB/ Eklampsia

Hasil uji statistic diperoleh p-value 0.002 (p-value<0.05) artinya terdapat hubungan yang signifikan antara PEB/Eklampsia dengan tindakan seksio sesarea.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Sadiman dkk (2009) yang menyatakan ada hubungan yang bermakna antara pre eklampsia berat/ eklampsia dengan persalinan seksio sesarea

Preeklampsia berat dan eklampsia dapat menyebabkan komplikasi kematian ibu dan janin. Untuk mencegah hal tersebut, maka upaya yang dilakukan adalah dengan segera mengakhiri kehamilan. Untuk menjamin keselamatan ibu dan janin maka induksi dan atau melalui seksio sesarea menjadi indikasi profilaksis ibu untuk mengakhiri kehamilannya(Manuaba, 2010).

Menurut teori diet ibu hamil, kebutuhan kalsium ibu hamil cukup tinggi untuk pembentukan tulang dan organ lain janin, yaitu 2-2,5 g/hari. Bila terjadi kekurangan kalsium, kalsium ibu hamil akan dikuras untuk memenuhi kebutuhan sehingga terjadi pengeluaran kalsium dari jaringan otot. Minyak ikan mengandung banyak asam lemak tak-jenuh sehingga dapat menghindari dan menghambat pembentukan tromboksan dan mengurangi aktivitas trombosit. Oleh karena itu, minyak ikan dapat menurunkan kejadian preeklampsia/eklampsia. Diduga minyak ikan mengandung kalsium yang berfungsi dalam menimbulkan peningkatan kontraksi otot jantung sehingga dapat mempertahankan volume kuncup jantung dan tekanan darah dapat dipertahankan.

Bidan sebagai tenaga terdepan lebih melakukan pengawasan antenatal care yang intensif sehingga dapat menegakkan secara dini kemungkinan komplikasi dalam kehamilan seperti preeklampsia/ eklampsia dan segera melakukan rujukan ke fasilitas yang memadai bila menjumpai komplikasi PEB/ Eklampsia.

h. Hubungan gemmeli dengan seksio sesarea

Hasil uji statistik diperoleh p-value 0,381 (p-value>0,05) artinya tidak ada hubungan antara kehamilan kembar/gemmeli dengan persalinan seksio sesarea.

Penelitian ini sejalan dengan Sadiman dkk (2009) yang menyatakan tidak ada hubungan yang bermakna antar kehamilan gemmeli dengan persalinan seksio sesarea.

Pada kehamilan kembar terjadi distensi uterus secara berlebihan. Morbiditas dan mortalitas ibu dan janin mengalami peningkatan yang nyata pada kehamilan dengan janin lebih dari satu, karena itu mempertimbangkan kehamilan kembar dengan komplikasi tidaklah berlebihan. Adapun bahaya yang lebih besar bagi ibu adalah anemia, preeclampsia dan eklampsia, perdarahan post partum.

Tidak semua persalinan dengan gemmeli harus diselesaikan dengan tindakan seksio sesarea, bila memenuhi persyaratan untuk persalinan normal maka dilakukan persalinan pervaginam. Tindakan seksio sesarea pada kehamilan kembar dilakukan dalam kondisi janin letak lintang-lintang

i. Hubungan gawat janin dengan seksio sesarea

Hasil uji statistik diperoleh p-value 0,381 ($p\text{-value} > 0,05$) artinya tidak ada hubungan antara gawat janin dengan persalinan seksio sesarea.

Hasil penelitian ini sesuai dengan Sadiman dkk (2009) yang menyatakan tidak ada hubungan yang bermakna antara kondisi gawat janin dengan persalinan seksio sesarea. Tetapi tidak sesuai dengan penelitian masyttoh (2005) yang menyatakan ada hubungan yang bermakna antara keadaan gawat janin dengan persalinan seksio sesarea.

Gawat janin, cacat atau kematian janin sebelumnya, insufisiensi placenta, prolapsus funiculus umbilicalis, diabetes maternal, inkompatibilitas rhesus, post mortem caesarean dan infeksi virus herpes pada traktus genitalis merupakan indikasi dilakukan seksio sesarea untuk menyelamatkan bayi.

Pada situasi gawat janin bidan harus mengetahui bahwa harus segera dilakukan persalinan jika DJJ diketahui tidak normal, dengan ataupun tanpa kontaminasi mekonium pada cairan amnion, jika sebab dari ibu diketahui seperti demam lakukan penanganan yang sesuai. Jika sebab dari ibu tidak diketahui, dan DJJ tetap abnormal sepanjang paling sedikit 3 kontraksi, lakukan pemeriksaan dalam untuk mencari penyebab gawat janin:

Jika terdapat perdarahan dengan nyeri hilang yang timbul atau menetap, pikirkan kemungkinan solusio plasenta. Jika terdapat tanda-tanda infeksi berikan antibiotika untuk amnionitis, jika tali pusat terletak di bagian bawah janin atau dalam vagina, lakukan penanganan prolaps funikuli. Jika DJJ tetap abnormal, atau terdapat tanda-tanda lain gawat janin, rencanakan persalinan: Jika serviks telah berdilatasi dan kepala janin tidak lebih dari 1/5 di atas symphysis pubis, atau bagian teratas tulang, kepala janin pada stasion 0, lakukan persalinan dengan ekstraksi vakum ataupun forcep. Jika serviks tidak berdilatasi penuh dan kepala janin berada lebih 1/5 atas di atas symphysis pubis, kepala janin di atas stasion 0. Maka lakukan persalinan dengan seksio sesarea.

j. Hubungan kematian janin dalam rahim dengan seksio sesarea

Hasil uji statistik diperoleh p-value 0,000 ($p\text{-value} < 0,05$) artinya ada hubungan yang bermakna antara kematian janin dalam rahim dengan kejadian seksio sesarea

Pada prinsipnya janin yang diperkirakan prognosinya jelek maka tindakan seksio sesarea tidak dianjurkan karena tidak elok menambah resiko kesakitan bahkan kematian ibu pada anak yang tidak dapat dipertahankan hidupnya juga.

Kontraindikasi untuk dilakukan seksio sesarea ada tiga, yaitu kalau janin sudah mati atau berada dalam keadaan jelek sehingga kemungkinan hidup kecil, tidak ada alasan untuk dilakukan operasi berbahaya yang tidak diperlukan, kalau jalan lahir ibu mengalami infeksi yang luas dan tidak tersedia fasilitas untuk sesarea ekstrapertoneal, serta dokter bedah tidak berpengalaman dan keadaan tidak menguntungkan bagi pembedahan, atau tidak tersedia tenaga asisten yang memadai (Oxorn, 2010).

k. Hubungan pre eklampsia ringan dengan seksio sesarea

Hasil uji statistik diperoleh p-value 0,740 ($p\text{-value} > 0,05$) artinya tidak ada hubungan antara pre eklampsia/eklampsia dengan kejadian seksio sesarea

Penelitian ini sejalan dengan Masyttoh (2005) yang menyatakan tidak ada hubungan yang bermakna antara pre eklampsia dalam kehamilan dengan persalinan seksio sesarea..

Pada pre eklampsia ringan hampir tidak memberikan gejala-gejala yang dapat dirasakan oleh pasien, oleh karena itu diagnosis dini hanya dapat dibuat selama kehamilan, dengan pemeriksaan kehamilan yang baik, seharusnya pre eklampsia dapat dideteksi sedini mungkin sehingga dapat dicegah kemungkinan terjadinya komplikasi yang lebih berat berupa pre eklampsia berat, eklampsia sampai kematian ibu dan anak

Penanganan umum preeklampsia ringan adalah dengan istirahat dan pemberian sedatif karena dengan itu memungkinkan untuk terjadi perbaikan dengan sendirinya.

l. Hubungan letak lintang dengan seksio sesarea

Hasil uji statistik diperoleh p-value 0,122 ($p\text{-value} > 0,05$) artinya tidak ada hubungan antara letak lintang dengan persalinan seksio sesarea.

Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian Sadiman dkk (2009) yang menyatakan terdapat hubungan yang signifikan antara letak lintang dengan persalinan seksio sesarea.

Dalam penelitian ini meskipun secara statistik tidak didapatkan hubungan yang signifikan tetapi dari 9 persalinan dengan letak lintang, seluruhnya menjalani persalinan dengan seksio sesarea, hal ini sejalan dengan Prawiroharjo (2009) dalam buku acuan nasional pelayanan kesehatan maternal dan neonatal menyebutkan bahwa letak lintang menjadi indikasi janin untuk dilakukan seksio sesarea

Letak lintang tidak akan dapat lahir secara spontan, bila tidak dikoreksi akan menyebabkan kemacetan persalinan yang berujung pada kematian janin bahkan ibunya, oleh karena itu seksio sesarea elektif merupakan indikasi untuk menyelamatkan ibu maupun janinnya.

m. Hubungan CPD dengan seksio sesarea

Hasil uji statistik diperoleh p-value 0,144 ($p\text{-value} > 0,05$) artinya tidak ada hubungan antara CPD dengan persalinan seksio sesarea.

Penelitian ini tidak sejalan dengan Masyttoh (2005) dan Sadiman dkk (2009) yang menyatakan terdapat hubungan yang bermakna antara CPD dengan persalinan seksio sesarea.

Dalam penelitian ini meskipun tidak didapatkan hubungan yang signifikan antara CPD dengan persalinan seksio sesarea tetapi dari sepuluh ibu dengan CPD, seluruhnya menjalani seksio sesarea.

Indikasi seksio sesarea dapat dikategorikan indikasi absolut atau relatif. Setiap keadaan yang membuat kelahiran lewat jalan lahir tidak mungkin terlaksana merupakan indikasi absolut untuk sectio abdominal. Di antaranya adalah kesempitan panggul atau cephalo pelvic disproportion yang sangat berat dan neoplasma yang menyumbat jalan lahir. Pada indikasi relatif, kelahiran lewat vagina bisa terlaksana tetapi keadaan adalah sedemikian rupa sehingga kelahiran lewat seksio sesarea akan lebih aman bagi ibu, anak ataupun keduanya.

Apabila persalinan dengan CPD berlangsung tanpa bantuan medis, akan menimbulkan bahaya bagi ibu dan janin, antara lain partus lama, partus tak maju, kematian janin, mouldage yang berlebihan pada kepala janin yang menyebabkan perdarahan intra kranial ataupun fraktur os parietalis. Penanganan CPD adalah dengan partus percobaan dan seksio sesarea, baik secara primer maupun sekunder.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1. Kesimpulan

1. Pada tahun 2010 persalinan dengan seksio sesarea di Rumah Sakit Umum Kabupaten Dompu sebesar 75,2%, lebih tinggi dari angka seksio sesarea secara nasional.
2. Prevalensi faktor- faktor berisiko tinggi terhadap seksio sesarea tertinggi ditemukan pada paritas risiko. Sementara prevalensi faktor- faktor berisiko terhadap seksio sesarea terendah pada variabel letak lintang.
3. Faktor predisposisi yang berhubungan dengan tindakan seksio sesarea adalah paritas ibu.
4. Faktor penguat (cara bayar) mempunyai hubungan dengan tindakan seksio sesarea, dimana ibu yang membayar biaya rumah sakit mempunyai peluang lebih tinggi untuk dilakukan seksio sesarea
5. Faktor indikasi medis yang berhubungan dengan tindakan seksio sesarea adalah partus lama, bekas seksio sesarea, PEB/Eklampsia, dan kematian janin dalam rahim.

7.2 Saran

7.2.1 Bagi RSUD Kabupaten Dompu

1. Angka seksio sesarea di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Dompu relatif tinggi, tingginya angka bedah sesar perlu dicermati karena hal ini menambah beban biaya baik bagi masyarakat maupun bagi pemerintah yang turut andil dalam menanggung biaya bagi masyarakat miskin. Tingginya angka seksio sesarea mengingat RSUD Kabupaten Dompu merupakan satu-satunya rumah sakit pemerintah dan tempat rujukan utama bagi kasus obstetric di Dompu. Oleh karena cukup tingginya angka seksio sesarea maka pihak rumah sakit harus melakukan upaya pengendalian dan pengawasan agar tindakan seksio sesarea dilakukan terhadap ibu dengan kasus yang sesuai untuk kebutuhan medis nya.

2. Dikarenakan RSUD Kab Dompu merupakan rumah sakit rujukan satu-satunya yang ada maka perlu kiranya pihak rumah sakit melakukan advokasi dan pendekatan kepada pemerintah daerah untuk menambah tenaga spesialis kebidanan bagi rumah sakit.
3. Agar kasus seksio pada paritas berisiko dapat dikendalikan maka asuhan antenatal yang baik untuk ibu primipara dan asuhan keluarga berencana untuk multiparitas perlu dilakukan, serta deteksi dini pada ibu hamil untuk memperkecil komplikasi saat persalinan
4. Rekam medik adalah dokumen legal yang berfungsi sebagai sarana komunikasi tertulis bagi petugas kesehatan maka petugas harus memahami pentingnya menyusun serta melengkapi catatan rekam medik agar mudah dibaca maupun dipahami. Rekam medik yang lengkap akan bermanfaat bagi dokter jika ada gugatan mal praktik, bagi pengembangan keilmuan. Rekam medik yang di isi dengan struktur yang baik dan lengkap akan menjadi sumber data yang baik untuk suatu penelitian. Pihak rumah sakit dapat membuat standar pengisian rekam medik dan memiliki tim sebagai pemantau dalam pelaksanaan pengisian tersebut.
5. Penerapan dan pelaksanaan standar pelayanan medik atau standart operating procedure (SOP) bidang obstetrik perlu di tegakkan agar penatalaksanaan pasien obstetrik dilakukan berdasarkan acuan evidence based yang disepakati.

7.2.2 Bagi peneliti selanjutnya

1. Bagi peneliti selanjutnya jika melakukan penelitian serupa perlu melakukan analisis lebih lanjut (Multivariat) untuk mengetahui variabel mana yang lebih dominan.

DAFTAR PUSTAKA

- Ariawan, I (1998). Besar dan metode sampel pada penelitian kesehatan, jurusan Biostatistik dan Kependudukan. Jakarta : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
- Andriana, Evariny, 2007. Melahirkan Tanpa Rasa Sakit. Jakarta : Buana Ilmu Populer
- BPS, BKKBN, Depkes. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2007. Jakarta
- Cunningham F, Gary dkk 2005. *Obstetri Williams Edisi 21*, EGC, Jakarta.
- Cunningham F, Macdonald, Gant 2007. *Obstetri Williams Edisi 18.*, EGC, Jakarta.
- Callander, Miller 1996. *Obstetrics Illustrated Edisi 4*. Churchill Livingstone.
- Dokterhandri, 7 Januari 2008. Bayi hasil seksio lebih banyak beresiko masalah pernapasan. Viewed 2 juli 2012, <http://drhandri.wordpress.com/2008/01/07/bayi-hasil-seksio-sesarea-lebih-banyak-berisiko-masalah-pernapasan/>
- Depkes RI, 2004. Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu Dan Anak (PWS-KIA), Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat Kesehatan Keluarga, Jakarta
- Depkes, RI. (2008). *Profil Kesehatan Indonesia 2007*
- Depkes, RI (2008) Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar Indonesia tahun 2007
- Depkes, RI (2010) Riset Kesehatan Dasar tahun 2010
- Depkes, RI (2010) Analisis Kematian Ibu di Indonesia juni 2011. <http://www.kesehatan.ibu.go.id> diunduh April 2012
- Data kematian ibu dunia, 2000. Publikasi WHO 2000 (online diakses 12 juli 2012) <http://repository.usu.ac.id/123456789/20037/5/chapter I.pdf>
- Data kematian ibu di ASIA. Publikasi WHO 2005 (diakses 12 juli 2012) <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/19884/chapter I.pdf>
- Green, Lawrence W, 1975. *health program planning An Educational and Ecological Approach*. Marshall W. Kreuter. Rollins School of Public Health of Emory University
- Hastono, S. P. (2001). Modul Analisis Data. FKM-UI

- Kusumawanti, Y. Faktor- Faktor Risiko Yang Berpengaruh Terhadap Persalinan Dengan Tindakan, Tahun 2006. UNDIP TESIS
<http://eprints.undip.ac.id/15334/1/Tesis-Yuli-Kusumawanti.pdf>
- Kissanti, annia, 2008. Sembilan bulan yang penuh keajaiban, Cetakan IV. Araska
- Lameshow, S, et al. 1993. Adequacy of Sample size in Health Studies. John Willey & Sons Ltd. Baffins Lane Chichester, England
- Manuaba, Ida Bagus Gde, 2007. *Pengantar Kuliah Obstetri*. Jakarta : EGC
- Sastrawinata, dkk. 2005. *Obstetri Patologi ilmu kesehatan reproduksi*. Jakarta: EGC
- Sastrawinata, dkk. 2005. *Obstetri Fisiologi*, Jakarta: EGC
- Soekanto, Soeryono, 2000. *Sosiologi Suatu Pengantar*, Jakarta : Grafindo persada
- Manuaba, Ida Bagus Gde, 2001. *Kapita Selektta Penatalaksanaan Rutin Obstetri Ginekologi & KB*. Jakarta : EGC
- Manuaba, Ida Bagus Gde. 1990. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana*. Jakarta : Salemba Medika.
- Manuaba, Ida Ayu Chandranita, 2008. *Gadar Obstetri & Ginekologi & Obstetri Ginekologi Sosial Untuk Profesi Bidan*. Jakarta : EGC
- Manuaba, Ida Ayu Chandranita, 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta : EGC
- Masyttoh, Siti, 2005, Faktor- Faktor Yang Berhubungan Dengan Tindakan Seksio Sesarea Pada Ibu Bersalin di RSAB Harapan Kita Jakarta Tahun 2005. Skripsi FKM UI. Depok.
- Muzaham, F. 2007. *Sosiologi Kesehatan*, Jakarta UI Press
- Mochtar, Rustam 1998, *Sinopsis Obstetri*. EGC, Jakarta.
- Nurmawati, 2010. *Mutu Pelayanan Kebidanan*. Trans Info Media, Jakarta
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta, Jakarta
- Nutbaiti, 2009. *Karakteristik Diagnosis Bedah Sesar Pada Ibu Bersalin Di RS DR. H. Marzoeke Mahdi tahun 2008*. Tesis FKM UI Depok
- Oxorn, H & Forte, WR 2010, *Ilmu kebidanan: patologi & fisiologi persalinan*, Yayasan Essentia Medica (YEM), Yogyakarta.

- Prawirohardjo, S 2010, *Ilmu Kebidanan*. Edisi 4 : Cetakan 3, Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta.
- Pohan, Imbalo 2007. *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan*, EGC, Jakarta
- Prasetyawati, 2012, *KIA dan Standar Pelayanan Kebidanan*, EGC, Jakarta
- Sadiman,dkk (2009) *Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Persalinan Seksio Sesarea Di RSUD Ahmad Yani Metro Tahun 2008*. *Jurnal Kesehatan "Metro Sai Mawai"* Vol II No 2 Edisi Desember 2009
- Dinkes Propinsi Nusa Tenggara Barat, 2009. *Laporan Tahunan Seksi Kesehatan Ibu dan Anak Subdin Pelayanan Kesehatan dan Gizi*. Dinas Kesehatan Propinsi Nusa Tenggara Barat
- Saifuddin, Abdul Bari. 2001. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*, Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta.
- Safrudin & Hamidah, 2009. *Kebidanan Komunitas*, EGC, Jakarta
- UI (2007). *Pedoman Proses dan Penulisan Karya Ilmiah FKM UI Depok*
- Varney, Helen 2007, *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Edisi 4 Volume 2*, EGC, Jakarta.
- Wiknjosastro, Hanifa 2007, *Ilmu Bedah Kebidanan*, Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta.
- Wiknjosastro, H, Saifuddin, A & Rachimhadhi, T 2007, *Ilmu kebidanan*, ed. 3, cet. 9, Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiharjo, Jakarta.
- WHO, 2008, *Provinsial Reproductive Health and MPS Profile of Indonesia 2001-2006*



PEMERINTAH KABUPATEN DOMPU
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
Jalan Kesehatan No. 01 Telp. 0373 21411 Dompu



Nomor : 445 / 478 /RSUD/2012
Lampiran :
Perihal : Ijin Penelitian

Dompu, 19 Juni 2012

Kepada
Yth. Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Indonesia

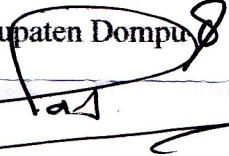

di :

Jakarta

Menindaklanjuti surat Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia Nomor : 4702/H2.F10/PPM.00.00/2012 tanggal 25 Mei 2012 perihal Mohon Ijin Penelitian dan menggunakan data, dengan ini dipermaklumkan bahwa pada prinsipnya pihak RSUD Kabupaten Dompu dapat memberikan izin untuk melakukan Penelitian di Kepada :

Nama : **Dewi Andriani**
NPM : 1006819150
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Peminatan : Bidan Komunitas
Judul Skripsi : *"Faktor - Faktor Yang Berhubungan Dengan Tindakan Sectio Caesarea di RSUD. Kabupaten Dompu Tahun 2010".*

Demikian untuk maklum, atas kerjasama yang baik disampaikan terimakasih.

Direktur RSUD Kabupaten Dompu


Dr. H. Ahmad Faisal, SpA
HP 08196003131988021003

Tembusan

1. Ketua Komite Medik
2. Kabid. Lingkup RSUD Kab. Dompu
3. Ka. Instalasi Rawat Jalan dan Rawat Inap
4. Kepala Ruangan
5. Arsip

Faktor-faktor yang..., Dewi Andriani, FKM UI, 2012