

**GAMBARAN PENDIDIKAN DAN KEAKTIFAN ORANG TUA
DALAM KEGIATAN POSYANDU TERHADAP STATUS
GIZI BALITA DI DESA TIBANG KABUPATEN
ACEH BESAR**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Menyelesaikan
Program Studi Diploma III Kebidanan STIKes U'Budiyah
Banda Aceh



Oleh

NURDAHRI
NIM : 09010094

**UNIVERSITAS UBUDIYAH INDONESIA
FAKULTAS KESEHATAN
TAHUN 2014**

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut WHO (*World Health Organization*), memperkirakan bahwa angka persalinan dengan sectio caesarea sekitar 10% sampai 15% dari semua proses persalinan di negara-negara berkembang dibandingkan dengan 20% Britania Raya, 23% di Amerika Serikat dan Kanada pada 2003 memiliki angka 21% (Juditha *etal*, 2009).

AKI di Indonesia saat ini telah menunjukkan terjadinya penurunan dari 307/100.000 kelahiran hidup KH pada tahun 2002 menjadi 228/100.000 KH pada tahun 2007 (SDKI, 2007). Angka ini sudah mendekati target sasaran RPJMN 2004-2009 226/100.000 kelahiran hidup. Namun demikian masih perlu upaya keras untuk mencapai target Tujuan Pembangunan Milenium Development Goals (MDGs) 102/100.000 KH pada tahun 2015. (Depkes RI, 2009). Sedangkan angka kematian bayi (AKB) berhasil di turunkan secara tajam dari 68 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 1990 an menjadi 34 per 1000 (Kemenkes, 2010).

Angka kematian akibat sectio caesarea adalah sekitar 5,8 per 100.000 persalinan. Demikian juga angka kesakitan persalinan dengan sectio caesarea lebih tinggi, yakni sekitar 27,3 per 1.000 persalinan, di bandingkan persalinan normal yang hanya 9 per 1.000 persalinan (Juditha *etal*, 2009).

Section caesarea adalah melahirkan janin yang sudah mampu hidup (berserta plasenta dan selaput ketuban) secara transabdominal melalui insisi uterus (Benson, 2008).

Alasan melakukan section caesarea yang tidak di rencanakan meliputi : keluarnya bayi lambat atau berhenti sama sekali, bayi menunjukkan tanda-tanda bahaya seperti detak jantung yang sangat cepat atau lambat, masalah dengan plasenta atau tali pusat menempatkan bayi pada resiko, bayi terlalu besar di lahirkan melalui vagina (Prawirohardjo, 2008).

Alasan melakukan section caesarea yang di rencanakan meliputi : bayi tidak dalam posisi dekat turunnya kepala dengan tanggal jatuh tempo persalinan, penyakit jantung yang dapat di perburuk karena stres kerja, infeksi yang dapat menular ke bayi selama kelahiran pervaginam, ibu yang lebih dari satu bayi (kelahiran multipel), riwayat section caesarea sebelumnya (Prawirohardjo, 2008).

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

VBAC sekarang bukanlah hal yang aneh. Praktisi kesehatan sebelum tahun 1970an seringkali menyatakan jika sudah menjalan section caesareamaka kelahiran selanjutnya juga melalui section caesarea, tapi

banyaknya klien yang mendukung VBAC mengubah pandangan tersebut. Angka VBAC meningkat tajam pada tahun 1980 hingga 1990an (Rohman, 2011).

Sekitar 75% ibu yang pernah melahirkan melalui sectio caesarea bisa melahirkan secara normal pada persalinan berikutnya. Persalinan normal setelah sectio caesarea adalah umum dilakukan pada masa sekarang. Dulu sectio caesarea dilakukan dengan sayatan vertikal sehingga memotong otot-otot rahim. Sectio caesarea sekarang ini umumnya melalui sayatan mendatar pada otot rahim sehingga rahim lebih terjaga kekuatannya dan dapat menghadapi kontraksi kuat pada persalinan normal berikutnya (Juditha *et al*, 2009).

VBAC adalah pengupayaan persalinan pervaginam pada wanita yang telah menjalani sectio caesarea sebelumnya (Graber, *etal*, 2006).

Sebagian besar wanita yang pernah mengalami sectio caesarea dapat dan harus untuk alasan keamanan, melahirkan melalui vagina pada kehamilan berikutnya. sectio caesarea yang dilakukan pada dewasa ini, hampir selalu meninggalkan rahim yang sehat dan kuat dengan jaringan parut yang menyembuh dengan baik atau suatu kondisi yang berarti bahwa persalinan dan melahirkan lewat vagina pada kehamilan berikutnya kecil kemungkinannya akan membuat jaringan parut terbuka (Simkin, *etal*, 2008).

Selama bertahun-tahun uterus dengan jaringan parut dianggap kontra indikasi persalinan karena khawatir akan ruptur uterus. Namun, dengan meningkatnya jumlah sectio caesarea di Amerika Serikat, VBAC kembali

mendapat perhatian. Secara umum, sekitar 60 sampai 80 persen VBAC menghasilkan kelahiran pervaginam. Angka keberhasilan agak meningkat jika sectio caesarea sebelumnya dilakukan atas indikasi presentasi bokong atau distres janin di bandingkan jika indikasinya adalah distosia. Faktor prognostik yang paling mendukung adalah VBAC (Leveno, *etal*, 2009).

Penelitian selama 20 tahun mendukung keputusan untuk VBAC. Karena konsekwensi sectio caesarea meliputi kemungkinan yang lebih tinggi akan rehospotalisasi pasca persalinan, infertilitas, dan ruptur uteri pada persalinan selanjutnya, mencegah sectio caesarea pada kehamilan pertama tetaplah menjadi prioritas. Pada wanita dengan riwayat sectio caesarea, beberapa pihak mengklaim bahwa VBAC tetaplah merupakan pilihan yang lebih aman (Rohman, 2011).

Di Propinsi Aceh Tahun 2011 angka kematian Bayi berkisar 28,5 orang per 1000 kelahiran hidup. Sedangkan di Kota Banda Aceh terdapat angka kematian bayi pada tahun 2011 adalah 13,48 per 1000 kelahiran hidup (Profil Kesehatan Kota Banda Aceh, 2011).

Di RSUD Zainoel Abidin pada tahun 2012 angka kejadian riwayat sectio caesarea dengan VBAC sebanyak 24 dari 604 persalinan dari jumlah VBAC tersebut (Medical Record RSUD Zainoel Abidin).

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka peneliti tertarik untuk meneliti tentang “Hubungan Riwayat Sectio Caesarea dengan VBAC di RSUD Zainoel Abidin Tahun 2012.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka dapat diambil suatu rumusan masalah penelitian adalah :“Adakah Gambaran Pendidikan dan Keaktifan Orang Tua Dalam Kegiatan Posyandu Terhadap Status Gizi Balita di Desa Tibang Kabupaten Aceh .

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk Mengetahui Hubungan Riwayat Sectio Caesarea dengan VBAC di RSUD Zainoel Abidin Banda Aceh Tahun 2012 ?”.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk Mengetahui Hubungan Usia Ibu Yang Melakukan Persalinan Pervaginam dengan Riwayat Sectio Caesarea.
- b. Untuk Mengetahui Hubungan Paritas Ibu Yang Melakukan Persalinan Pervaginam dengan Riwayat Sectio Caesarea.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Peneliti

Dapat menambah wawasan dan pengetahuan bagi peneliti dalam bidang penelitian.

2. Bagi tempat penelitian

Diharapkan penelitian ini dapat menjadi bahan masukan dan informasi bagi pengambilan kebijakan, khususnya petugas Ruang Bersalin RSUD Zainoel Abidin dalam memberikan pelayanan kebidanan pada ibu bersalin dengan riwayat sectio caesarea.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Persalinan

Persalinan adalah proses alamiah ketika terjadi pembukaan serviks serta pengeluaran janin dan plasenta dari uterus ibu (Maimunah, 2005).

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi berupa janin dan plasenta yang dapat hidup di dunia luar dari dalam rahim melalui jalan lahir atau dengan cara lain, persalinan dapat di kelompokkan dalam 2 cara, yaitu : (Annisa, 2010).

1. Persalinan biasa atau persalinan normal disebut juga partus spontan yaitu proses lahirnya bayi pada letak belakang kepala dengan tenaga ibu sendiri tanpa bantuan alat-alat serta tidak melukai ibu dan bayi yang umumnya berlangsung kurang dari 24 jam.
2. Persalinan luar biasa (abnormal) yaitu persalinan pervaginam dengan bantuan alat-alat atau melalui dinding perut dengan operasi.

B. Sectio Caesarea

1. Definisi Sectio Caesarea

Sectio caesarea adalah suatu pembedahan guna melahirkan anak lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus (Oxorn, *et al*, 2010).

Sectio caesarea adalah prosedur pembedahan yang di gunakan untuk melahirkan bayi melalui sayatan yang dibuat pada perut dan rahim (Simkin, *et al*, 2008).

Sectio caesarea adalah pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus (Prawirohardjo, 2007).

Sectio caesarea di definisikan sebagai lahirnya janin melalui insisi di dinding abdomen (laparotomi) dan dinding uterus (histerektomi) (Cunningham, *et al*, 2005). Sehingga penulis dapat menyimpulkan bahwa sectio caesarea adalah suatu tindakan operasi yang bertujuan untuk melahirkan bayi dengan jalan pembukaan dinding perut.

2. Keuntungan dan Kerugian Sectio Caesarea

Tindakan sectio caesarea memang memiliki keuntungan dan kerugian. Keuntungannya antara lain adalah proses melahirkan memakan waktu yang lebih singkat, rasa sakit minimal, dan tidak mengganggu atau melukai jalan lahir. Sedangkan kerugian tindakan ini dapat menimpa baik ibu maupun bayi yang di kandungnya (Sunaryo, 2008).

Menurut Sunaryo (2008) Kerugian yang dapat menimpa ibu antara lain :

- a. Resiko kematian empat kali lebih besar dibanding persalinan normal.
- b. Darah yang dikeluarkan dua kali lipat dibanding persalinan normal.
- c. Rasa nyeri dan penyembuhan luka pasca operasi lebih lama dibandingkan persalinan normal.
- d. Jahitan bekas operasi berisiko terkena infeksi sebab jahitan itu berlapis-lapis dan proses keringnya bisa tidak merata.
- e. Perlekatan organ bagian dalam karena noda darah yang tidak bersih
- f. Kehamilan dibatasi dua tahun setelah operasi.
- g. Pembuluh darah dan kandung kemih bisa tersayat pisau bedah.
- h. Air ketuban masuk pembuluh darah yang bisa mengakibatkan kematian mendadak saat mencapai paru-paru dan jantung.

Menurut Widjarnako (2008) kerugian yang dapat menimpa bayi antara lain :

- a. Resiko kematian 2-3 kali lebih besar dibandingkan dengan bayi yang lahir melalui proses persalinan biasa.
- b. Cenderung mengalami sesak nafas karena cairan dalam paru-parunya tidak keluar. Pada bayi yang lahir normal, cairan itu keluar saat terjadi tekanan.
- c. Sering mengantung karena obat penangkal nyeri yang diberikan kepada seorang ibu juga mengenai bayinya.

3. Indikasi Sectio caesarea

Para ahli kandungan atau para penyaji perawatan yang lain menganjurkan sectio caesarea apabila kelahiran melalui vagina mungkin membawa resiko pada ibu dan janin. Indikasi untuk sectio caesarea antara lain meliputi: (Annisa, 2010).

a. Indikasi Medis

Menurut Annisa (2010) Ada 3 faktor penentu dalam proses persalinan yaitu :

1) *Power*

Yang memungkinkan dilakukan Sectio caesarea, misalnya daya mengejan lemah, ibu berpenyakit jantung atau penyakit menahun lain yang mempengaruhi tenaga.

2) *Passanger*

Diantaranya, anak terlalu besar, anak “mahal” dengan kelainan letak lintang, primigravida diatas 35 tahun dengan letak sungsang, anak tertekan terlalu lama pada pintu atas panggul, dan anak menderita *fetal distress syndrome* (denyut jantung janin kacau dan melemah).

3) *Passage*

Kelainan ini merupakan panggul sempit, trauma persalinan serius pada jalan lahir atau pada anak, adanya infeksi pada jalan lahir yang diduga bisa menular ke anak, umpamanya herpes kelamin (herpes genitalis), *condyloma lata* (kondiloma sifilitik yang lebar dan pipih), *condyloma acuminata* (penyakit infeksi yang menimbulkan massa mirip kembang kol di kulit luar kelamin wanita), hepatitis B dan hepatitis C.

b. Indikasi Ibu

1) Riwayat Sectio caesarea

Selama bertahun-tahun, uterus yang mengalami jaringan parut dianggap merupakan kontra indikasi untuk persalinan karena ketakutan akan kemungkinan ruptur uterus. Pada tahun 1996, 28% wanita riwayat sectio caesarea melahirkan VBAC. Pada tahun 1999, *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) menganjurkan VBAC di coba hanya di institusi yang dilengkapi untuk melakukan perawatan darurat (Cunningham, *et al*, 2005).

Tabel 2.1. Rekomendasi ACOG (1999) untuk Pemilihan Kandidat untuk VBAC.

No.	Kriteria seleksi
1.	Riwayat satu atau dua kali sectio caesarea transversal rendah
2.	Panggul adekuat secara klinis
3.	Tidak ada jaringan parut atau riwayat ruptur uteri lain.
4.	Sepanjang persalinan aktif selalu tersedia dokter yang mampu memantau persalinan dan melakukan sectio caesarea darurat.
5.	Ketersediaan anestesi dan petugas untuk sectio caesarea darurat.

Sumber: *American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG): Vaginal Birth After Previous Cesarean Delivery No. 5, Juli 1999*

2) Usia

Ibu yang melahirkan untuk pertama kali pada usia sekitar 35 tahun, memiliki resiko melahirkan dengan operasi. Apalagi pada wanita dengan usia 40 tahun ke atas. Pada usia ini, biasanya seseorang memiliki penyakit yang beresiko, misalnya tekanan darah tinggi, penyakit jantung, kencing manis, dan preeklampsia. Eklampsia (keracunan kehamilan) dapat menyebabkan ibu kejang sehingga dokter memutuskan persalinan dengan sectio caesarea (Kasdu, 2003).

3) Tulang Panggul

Cephalopelvic disproportion (CPD) adalah ukuran lingkaran panggul ibu tidak sesuai dengan ukuran lingkaran kepala janin yang dapat

menyebabkan ibu tidak melahirkan secara alami. Tulang panggul sangat menentukan mulus tidaknya proses persalinan.

4) Persalinan Sebelumnya dengan sectio caesarea

Sebenarnya, persalinan melalui bedah caesarea tidak mempengaruhi persalinan selanjutnya harus berlangsung secara operasi atau tidak. Apabila memang ada indikasi yang mengharuskan dilakukannya tindakan pembedahan, seperti bayi terlalu besar, panggul terlalu sempit, atau jalan lahir yang tidak mau membuka, operasi bisa saja dilakukan.

5) Faktor Hambatan Jalan Lahir

Adanya gangguan pada jalan lahir, misalnya jalan lahir yang kaku sehingga tidak memungkinkan adanya pembukaan, adanya tumor dan kelainan bawaan pada jalan lahir, tali pusat pendek, dan ibu sulit bernafas.

6) Kelainan Kontraksi Rahim

Jika kontraksi rahim lemah dan tidak terkoordinasi (*inkordinate uterine action*) atau tidak elastisnya leher rahim sehingga tidak dapat melebar pada proses persalinan, menyebabkan kepala bayi tidak terdorong, tidak dapat melewati jalan lahir dengan lancar.

7) Ketuban Pecah Dini

Robeknya kantung ketuban sebelum waktunya kantung ketuban dapat menyebabkan bayi harus segera dilahirkan. Kondisi ini membuat air ketuban merembes ke luar sehingga tinggal sedikit atau habis. Air ketuban (*amnion*) adalah cairan yang mengelilingi janin dalam rahim.

8) Rasa Takut Kesakitan

Umumnya, seorang wanita yang melahirkan secara alami akan mengalami proses rasa sakit, yaitu berupa rasa mulas disertai rasa sakit di pinggang dan

pangkal paha yang semakin kuat dan “menggigit”. Kondisi tersebut karena keadaan yang pernah atau baru melahirkan merasa ketakutan, khawatir, dan cemas menjalaninya. Hal ini bisa karena alasan secara psikologis tidak tahan melahirkan dengan sakit. Kecemasan yang berlebihan juga akan mengambat proses persalinan alami yang berlangsung (Kasdu, 2003).

c. Indikasi Janin

1) Distres Janin

Penatalaksanaan yang didasarkan pada pemantauan elektronik denyut jantung janin (*electronic fetal monitoring*) menyebabkan meningkatnya angka sectio caesarea atas indikasi denyut jantung janin yang tidak meyakinkan, yang secara kurang tepat disebut “distres janin”. Keadaan ini mungkin lebih tepat disebut “*doctor distress*” karena bisa terjadi kesalahan dokter dalam mendiagnosis dengan EFM ini. (Cunningham, *et al*, 2005).

2) Bayi Besar (makrosomia) (Benson, *et al*, 2008).

3) Kelainan letak bayi seperti letak lintang dan sungsang

4) Janin abnormal.

Janin sakit atau abnormal, misalnya gangguan Rh, kerusakan genetik, dan hidrocephalus (kepala besar karena otak berisi cairan), sehingga menyebabkan dokter memutuskan untuk melakukan operasi (Kasdu, 2003).

d. Faktor Plasenta

Menurut Kasdu (2003) ada beberapa faktor plasenta antara lain :

1) Plasenta previa

Posisi plasenta terletak dibawah rahim dan menutupi sebagian atau seluruh jalan lahir.

2) Plasenta lepas (Solutio placenta)

Kondisi ini merupakan keadaan plasenta yang lepas lebih cepat dari dinding rahim sebelum waktunya. Persalinan dengan operasi dilakukan untuk menolong janin segera lahir sebelum ia mengalami kekurangan oksigen atau keracunan air ketuban.

3) Plasenta accreta

Merupakan keadaan menempelnya plasenta di otot rahim. Pada umumnya dialami ibu yang mengalami persalinan yang berulang kali, ibu berusia

rawan untuk hamil diatas 35 tahun, dan ibu yang pernah operasi (operasinya meninggalkan bekas yang menyebabkan menempelnya plasenta).

e. Kelainan Tali Pusat

Menurut Kasdu (2003) ada beberapa kelainan tali pusat antara lain :

1) Prolapsus tali pusat (tali pusat menumbung)

Keadaan penyumbatan sebagian atau seluruh tali pusat. Pada keadaan ini, tali pusat berada di depan atau di samping atau tali pusat sudah berada di jalan lahir sebelum bayi.

2) Terlilit tali pusat

Lilitan tali pusat ke tubuh janin tidak selalu berbahaya. Selama tali pusat tidak terjepit atau terpelintir maka aliran oksigen dan nutrisi dari plasenta ke tubuh janin tetap aman.

4. Teknik Sectio caesarea

Menurut Cunningham (2005) teknik Sectio Caesarea ada 3 macam, yaitu:

a. Insisi Abdomen

1) Insisi Vertikal

Pembedahan ini dilakukan dengan insisi vertikal garis tengah infraumbilikus. Panjang insisi harus sesuai dengan taksiran ukuran janin.

2) Insisi Transversal/Lintang

Dengan insisi Pfannenstiel modifikasi, kulit dan jaringan subkutan disayat dengan menggunakan insisi transversal rendah sedikit melengkung. Insisi dibuat setinggi garis rambut pubis dan diperluas sedikit melebihi batas lateral otot rektus. Insisi transversal ini jelas memiliki keunggulan kosmetik. Sebagian orang beranggapan bahwa insisi tersebut lebih kuat dan kecil kemungkinannya terlepas. Kerugian dari teknik ini adalah apabila diperlukan ruang lebih

banyak, insisi vertikal dapat dengan cepat di perluas melingkari dan ke atas pusar, sedangkan insisi Pfannenstiel tidak dapat. Apabila wanita yang bersangkutan obesitas, lapangan operasi mungkin lebih terbatas lagi.

b. Insisi Uterus

1) Insisi Klasik

Pembedahan ini dilakukan dengan insisi vertikal ke dalam korpus uterus dan mencapai fundus uterus. Keunggulan tindakan ini adalah mengeluarkan janin lebih cepat, tidak mengakibatkan komplikasi kandung kemih tertarik dan sayatan bisa di perpanjang proksimal dan distal. Kerugian yang dapat muncul adalah infeksi mudah menyebar secara intra abdominal dan lebih sering terjadi ruptur uteri spontan pada persalinan berikutnya.

2) Insisi Profunda

Dikenal juga dengan sebutan low cervical, yaitu sayatan pada segmen bawah uterus. Keuntungannya adalah penjahitan luka lebih mudah, kemungkina ruptur uteri spontan lebih kecil dibandingkan dengan sectio caesarea dengan cara klasik, sedangkan kekurangannya yaitu perdarahan yang banyak dan keluhan pada kandung kemih post operatif tinggi.

c. Insisi Ekstraperitonealis

Pada awalnya, tindakan ini dilakukan untuk menangani kehamilan dengan infeksi isi uterus. Tekniknya dengan insisi dinding dan fasia abdomen sementara peritoneum dipotong ke arah kepala untuk memaparkan segmen bawah uterus sehingga uterus dapat dibuka secara ekstraperitoneum. Antusiasme terhadap prosedur ini hanya berlangsung singkat, sebagian besar mungkin karena tersedianya berbagai obat antimikroba yang efektif.

5. Penyulit yang biasa terjadi pada tindakan operasi sectio caesarea

Menurut Winkjosastro (2007) penyulit yang biasa terjadi antara lain :

a. Pada Ibu

1) Perdarahan

Perdarahan banyak bisa timbul pada waktu pembedahan jika cabang arteri uteri ikut terbuka atau karena atonia uteri.

2) Infeksi purperalis

Adalah semua peradangan yang disebabkan oleh kuman kedalam alat-alat genital pada waktu persalinan dan nifas.

3) Komplikasi-komplikasi lain, seperti luka kandung kemih, emboli paru.

4) Suatu komplikasi yang baru kemudian nampak, ialah kurang kuatnya parut pada dinding uterus, sehingga pada kehamilan berikutnya bisa terjadi ruptur uteri, kemungkinan peristiwa ini lebih banyak ditemukan sesudah sectio caesarea klasik.

b. Pada Bayi

Nasib anak yang di lahirkan dengan sectio caesarea banyak tergantung dari keadaan yang menjadi alasan untuk melakukan sectio caesar. Menurut statistik di negara-negara dengan pengawasan antenatal dan intranatal yang baik, kematian perinatal pasca sectio caesar berkisar antara 4 dan 7% (Prawirohardjo, 2007).

C. VBAC (Vaginal Birth After Caesarea)

1. Pengertian

VBAC adalah mencoba persalinan vaginal dimana wanita tersebut pernah sectio caesarea. Percobaan VBAC dapat dilakukan pada sebagian

besar wanita dengan insisi uterus transversal rendah dan tidak ada kontraindikasi persalinan pervaginam (Syafri, 2011).

VBAC adalah proses persalinan pervaginam yang dilakukan terhadap pasien yang pernah mengalami Sectio Caesarea pada kehamilan sebelumnya atau pernah mengalami operasi pada dinding rahim (Dewi, 2011).

Menurut Syafri (2011) Kriteria seleksi pasien yang mencoba VBAC menurut ACOG, yaitu :

- a. Satu atau dua sectio caesarea dengan insisi transversal rendah.
- b. Panggul adekuat secara klinis.
- c. Tidak ada parut uterus lain atau riwayat ruptur uteri.
- d. Dokter mendampingi selama persalinan, dapat memonitor persalinan dan melakukan sectio caesarea segera (dalam waktu 30 menit).
- e. Tersedianya dokter anastesi dan personil untuk melakukan sectio caesarea segera.

Menurut Syafri (2011) ada Beberapa persyaratan antara lain :

- a. Tidak ada indikasi sectio caesarea (partus tak maju).
- b. Terdapat catatan medik yang lengkap mengenai riwayat sectio caesarea sebelumnya (operator, jenis insisi, komplikasi, lama perawatan).
- c. Segera mungkin pasien dirawat di RSUD setelah persalinan mulai.
- d. Tersedia darah untuk transfusi.
- e. Janin presentasi vertex normal.
- f. Pengawasan selama persalinan yang baik (personil, partograf, fasilitas).
- g. Adanya fasilitas dan perawatan bila dibutuhkan sectio caesarea darurat.
- h. Persetujuan tindakan medik mengenai keuntungan maupun risikonya.

Menurut Graber (2006) keuntungan VBAC antara lain :

- a. Penurunan morbiditas dan mortalitas keseluruhan jika di bandingkan dengan sectio caesarea elektif.
- b. Penurunan biaya relatif di bandingkan sectio caesarea.
- c. Meningkatkan hak pilihan ibu.

Menurut Graber (2006) Kerugian VBAC antara lain :

- a. Memerlukan pemantauan intrapartum yang lebih ketat di banding persalinan resiko rendah.
- b. Jika tidak berhasil VBAC akan memiliki morbiditas infeksi yang lebih tinggi di banding sectio caesarea elektif.

Menurut Graber (2006) kontra indikasi VBAC antara lain :

- a. Riwayat insisi uterus sebelumnya berbentuk klasik, bentuk T, atau tidak diketahui.
- b. Kehamilan multipel.
- c. Perkiraan berat lahir > 4000 gr.
- d. Bukan persentasi vertex.
- e. Fasilitas atau petugas sectio caesarea darurat tidak mencukupi.
- f. Pasien menolak.

Kemungkinan Keberhasilan dari indikasi sectio caesarea sebelumnya.

Jika sectio caesarea primer di indikasikan untuk presentasi bokong, solusio plasenta, plasenta previa, lilitan tali pusat, perdarahan antepartum, gangguan hipertensi, atau gawat janin, angka keberhasilan 74% sampai 94%. Jika sectio caesarea primer di indikasikan untuk CPD (*Cephalopelvic Disproportion*) atau kegagalan induksi, angka keberhasilannya 35% sampai 77% (Graber, *et al*, 2006).

Untuk memperkirakan keberhasilan VBAC, dibuat sistem penilaian dengan memperhatikan beberapa variabel yaitu nilai Bishop, persalinan pervaginam sebelum sectio caesarea, dan indikasi sectio caesarea sebelumnya. Weinstein dkk dan Alamia dkk telah menyusun sistem penilaian untuk memperkirakan keberhasilan VBAC. Namun, menurut ACOG tidak ada suatu cara yang memuaskan untuk memperkirakan apakah VBAC akan berhasil atau tidak. Sistem penilaian untuk memperkirakan keberhasilan VBAC dari Flamming adalah sebagai berikut :

No	Faktor	Nilai
1	Usia ibu < 40 tahun	2
2	Riwayat persalinan pervaginam :	
	Sebelum dan sesudah sectio caesarea	4
	Sesudah sectio caesarea pertama	2
	Sebelum sectio caesarea pertama	1
	Tidak pernah	0
3	Indikasi sectio caesarea sebelumnya selain partus tak maju	1
4	Pendataran servik :	
	- >75%	2
	- 25-75%	1
	- < 25 %	0
5	Dilatasi servik ≥ 4	1

Nilai 0-2 : keberhasilan VBAC 42-45 %

Nilai 3 : keberhasilan VBAC 59-60 %

Nilai 4 : keberhasilan VBAC 64-67%

Nilai 5 : keberhasilan VBAC 77-79%

Nilai 6 : keberhasilan VBAC 88-89%

Nilai 7 : keberhasilan VBAC 93%

Nilai 8-10 : keberhasilan VBAC 95-99%

Komplikasi yang paling menakutkan dan dapat mengancam hidup ibu dan janin adalah ruptur uteri. Ruptur uteri pada jaringan parut dapat dijumpai secara jelas atau tersembunyi. Secara anatomis, ruptur uteri dibagi menjadi ruptur uteri komplit (*symptomatic rupture*) dan dehisens (*asymptomatic rupture*). Pada ruptur uteri komplit, terjadi diskontinuitas dinding uterus berupa robekan hingga lapisan serosa uterus dan membran khorioamnion. Sedangkan disebut dehisens bila terjadi robekan jaringan parut uterus tanpa robekan lapisan serosa uterus, dan tidak terjadi perdarahan (Dewi, 2011).

Ketika ruptur uteri terjadi, histerektomi, transfusi darah, asfiksia neonatus, kematian ibu dan janin dapat terjadi. Tanda ruptur uteri yang paling sering terjadi adalah pola denyut jantung janin yang tidak menjamin, dengan deselerasi memanjang. Deselerasi lambat, variabel, bradikardi, atau denyut jantung hilang sama sekali juga dapat terjadi. Gejala dan tanda lain termasuk nyeri uterus atau perut, hilangnya stasion bagian terbawah janin, perdarahan pervaginam, hipotensi (Syafri, 2011).

Angka ruptur uteri pada VBAC < 1 %, pada wanita yang menjalani sectio caesarea elektif ulang tanpa persalinan masih mempunyai risiko 0,03 – 0,2 %. Dari wanita yang menjalani VBAC, angka ruptur uteri sangat bervariasi tergantung faktor risiko yang ada (Syafri, 2011).

Menurut Dewi (2011) adapun resiko ruptur uteri adalah sebagai berikut :

- a. Jenis parut uterus.
- b. Penutupan uterus satu lapis atau dua lapis.
- c. Riwayat persalinan pervaginam.
- d. Jarak kelahiran.

- e. Usia ibu.
- f. Demam pasca sectio caesarea.
- g. Ketebalan segmen bawah uterus (SBU).

Menurut Syafrida (2011) Diperlukan upaya untuk mengantisipasi terjadinya komplikasi ruptur uteri antara lain :

- a. Anamnesis yang teliti mengenai riwayat persalinan sebelumnya, jarak antara kehamilan, riwayat demam pasca Sectio caesarea serta usia ibu.
- b. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kehamilan sekarang : makrosomia, usia kehamilan, kehamilan ganda, ketebalan segmen bawah uterus, presentasi janin.
- c. Faktor yang berhubungan dengan penatalaksanaan persalinan : induksi dan augmentasi, maupun kemungkinan adanya disfungsi pada persalinan.
- d. Pemantauan penatalaksanaan VBAC terhadap tanda ancaman ruptur uteri seperti takikardi ibu, nyeri supra simpisis dan hematuria.
- e. Kemampuan mengadakan operasi dalam waktu kurang lebih 30 menit bila terjadi ancaman ruptur uteri.

Menurut syafrida (2011) pelaksanaan VBAC antara lain :

- a. Pasien dirawat pada usia kehamilan 38 minggu atau lebih dan dilakukan persiapan seperti persalinan biasa.
- b. Dilakukan pemeriksaan NST atau CST bila sudah inpartu, jika di mungkinkan malahan dilakukan *continuous electronic fetal heart monitoring*.
- c. Kemajuan persalinan dipantau dan dievaluasi seperti halnya persalinan biasanya, yakni menggunakan patograf standar.
- d. Setiap patologi persalinan atau kemajuannya, memberikan indikasi untuk segera mengakhiri persalinan itu secepatnya yakni dengan sectio caesarea kembali.

- e. Kala II persalinan sebaiknya tidak dibiarkan lebih dari 30 menit, sehingga harus diambil tindakan untuk mempercepat kala II (ekstraksi forseps atau ekstraksi vakum) jika dalam waktu tersebut bayi belum lahir.
- f. Dianjurkan untuk melakukan eksplorasi/pemeriksaan terhadap keutuhan dinding uterus setelah lahirnya plasenta, terutama pada lokasi irisan sectio caesarea terdahulu.
- g. Dilarang keras melakukan ekspresi fundus uteri (perasat Kristeller).
- h. Apabila syarat-syarat untuk persalinan pervaginam tak terpenuhi (misalnya kala II dengan kepala yang masih tinggi), dapat dilakukan sectio caesarea kembali.
- i. Apabila dilakukan sectio caesarea kembali, diusahakan secepat mungkin irisan mengikuti luka parut terdahulu, sehingga dengan begitu hanya akan terdapat 1 (satu) bekas luka/irisan.

D. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Riwayat Sectio Caesarea dengan VBAC

1. Usia

Usia dianggap penting karena ikut menentukan prognosis persalinan, karena dapat mengakibatkan kesakitan (komplikasi) baik pada ibu maupun janin. Umur reproduksi optimal bagi seorang ibu adalah antara 20-35 tahun (Annisa, 2010).

Pada usia kurang dari 20 tahun, organ-organ reproduksi tidak berfungsi dengan sempurna sehingga bila terjadi kehamilan dan persalinan akan lebih mudah mengalami komplikasi. Selain itu, kekuatan otot-otot perineum dan otot-otot perut belum bekerja secara optimal sehingga sering terjadi persalinan lama atau macet yang memerlukan tindakan, seperti sectio caesarea. Ibu hamil berumur muda juga memiliki kecenderungan perkembangan kejiwaannya belum matang sehingga belum siap menjadi ibu dan menerima kehamilannya di mana hal ini dapat berakibat terjadinya komplikasi obstetri yang dapat meningkatkan angka kematian ibu dan perinatal. Faktor risiko untuk persalinan sulit pada ibu yang belum pernah melahirkan pada kelompok umur ibu di bawah 20 tahun dan pada kelompok umur di atas 35 tahun adalah 3 kali lebih tinggi dari kelompok umur reproduksi sehat (20-35 tahun) (Annisa, 2010).

Usia yang kemungkinan tidak risiko tinggi pada saat kehamilan dan persalinan yaitu umur 20-35 tahun, karena pada usia tersebut rahim sudah siap menerima kehamilan, mental sudah matang dan sudah mampu merawat bayi dan dirinya sendiri. Sedangkan umur < 20 tahun atau > 35 tahun merupakan umur yang risiko tinggi kehamilan dan persalinan. Dengan demikian diketahui bahwa umur pada saat melahirkan turut berpengaruh terhadap morbiditas dan mortalitas ibu maupun anak yang dilahirkan (Fantina, 2001).

Usia adalah dalam usia reproduksi sehat dikenal usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20 sampai 30 tahun. Kematian meternal pada wanita hamil dan melahirkan pada usia dibawah 20 tahun ternyata 2 sampai 5 kali lebih tinggi dari pada usia 20 sampai 29 tahun. Kematian maternal meningkat kembali sesudah usia sesudah usia 30 sampai 35 tahun (Winkjosastro, 2005).

Usia adalah umur individu yang terhitung mulai saat dilahirkan sampai saat beberapa tahun. Semakin cukup umur tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja dari segi kepercayaan masyarakat yang lebih dewasa akan lebih percaya diri pada orang belum cukup tinggi kedewasaannya. Hal ini sebagai akibat dari pengalaman jiwa (Notoatmodjo, 2003).

Usia adalah lamanya seorang individu mengalami kehidupan sejak lahir sampai saat ini. penelitian usia dilakukan dengan hitungan tahun (Chaniago, 2002).

Pertambahan umur ibu diikuti oleh perubahan dan perkembangan organ-organ reproduksi. Pada usia muda atau kurang dari 20 tahun organ-organ reproduksi belum sempurna secara keseluruhan, sedangkan pada wanita usia lebih dari 35 tahun, organ-organ reproduksi sudah mengalami kemunduran (Manuaba, 2004).

Menurut Harlock (2007) teori perkembangan psikososial, tahap perkembangan manusia menurut umur (dewasa) dibagi 3 tahap yaitu :

a. *Early adult hood* (21-35 tahun).

Pada masa dewasa awal ini, hubungan sosial utama seseorang sudah terfokus pada partner dalam hubungan teman dan seks (perkawinan).

b. *Young and middle adult hood* (36-45 tahun).

Pada masa dewasa pertengahan ini, hubungan sosial seseorang terfokus pada pembagian tugas antara bekerja dengan rumah tangga dan pada masa ini emosi sudah mulai stabil.

c. *Later adult hood* (> 45 tahun)

Pada masa dewasa akhir ini, hubungan kemasyarakatan dalam kelompoknya. Pada masa ini emosi seseorang cenderung relatif stabil dengan motivasi untuk hidup dan berkarier serta membantu sesama dengan baik.

Dengan bertambahnya umur seseorang akan mengalami perubahan aspek fisik dan psikologi (mental). Secara garis besar, perubahan fisik terdiri atas empat kategori perubahan yaitu perubahan ukuran, perubahan proporsi, tingginya ciri-ciri lama dan timbulnya ciri-ciri baru. Perubahan ini terdiri karena pematangan fungsi organ pada aspek psikologis atau mental, taraf berfikir seseorang menjadi semakin matang dan dewasa (Mubarak, 2011).

2. Paritas

Paritas adalah jumlah persalinan yang pernah dialami wanita (Maimunah, 2005).

Paritas adalah jumlah anak yang telah dilahirkan seorang wanita dalam keadaan hidup atau mati (Sarwono, 2005).

Jumlah anak yang pernah dilahirkan oleh seorang wanita merupakan faktor penting dalam menentukan nasib ibu dan janin baik selama kehamilan maupun selama persalinan. Persalinan yang pertama sekali (primipara) biasanya mempunyai resiko relatif tinggi terhadap ibu dan anak, kemudian risiko ini menurun pada paritas kedua dan ketiga, dan akan meningkat lagi pada paritas

keempat dan seterusnya. Risiko terjadinya kelainan dan komplikasi yang besar pada ibu dengan primipara ini dikarenakan belum pernah memiliki pengalaman melahirkan. Sedangkan pada grande multipara (ibu yang melahirkan >5 kali), elastisitas uterusnya menurun, terjadilah peregangan berlebihan dari uterus menyebabkanya atonia uteri dan meningkatkan risiko perdarahan postpartum (Annisa, 2010).

Pengertian Paritas yang dirangkum oleh Suparyanto (2010) adalah sebagai berikut :

- a. Paritas adalah banyaknya kelahiran hidup yang dipunyai oleh seorang wanita (BKKBN, 2006).
- b. Paritas adalah jumlah kehamilan yang menghasilkan janin yang mampu hidup diluar rahim (28 minggu) (JHPIEGO, 2008).
- c. Paritas adalah wanita yang pernah melahirkan bayi aterm (Manuaba, 2008).

Paritas adalah persalinan yang di alami seorang ibu, paritas 2 sampai 3 merupakan paritas yang paling aman ditinjau dari sudut kematian maternal, paritas satu dan paritas lebih dari 3 mempunyai angka kematian maternal yang tinggi. Lebih tinggi paritas lebih tinggi kematian maternal. Resiko paritas 1 dapat di tangani dengan asuhan obstetri lebih baik, sedangkan resiko pada paritas tinggi dapat dikurangi atau dicegah dengan KB, sebagai kehamilan paritas tinggi adalah tidak direncanakan (Wiknjosastro, 2005).

Paritas adalah wanita yang sudah melahirkan bayi hidup. Paritas primipara yaitu wanita yang telah melahirkan bayi hidup sebanyak satu kali, multipara yaitu wanita yang melahirkan bayi hidup beberapa kali dimana persalinan tersebut tidak lebih dari 5 kali, dan grande multipara yaitu wanita yang telah melahirkan bayi hidup lebih dari 5 kali (Manuaba, 2002).

Menurut Depkes RI, (2004) faktor resiko pada ibu hamil yaitu bagi ibu-ibu yang telah memiliki anak lebih dari 4 orang.

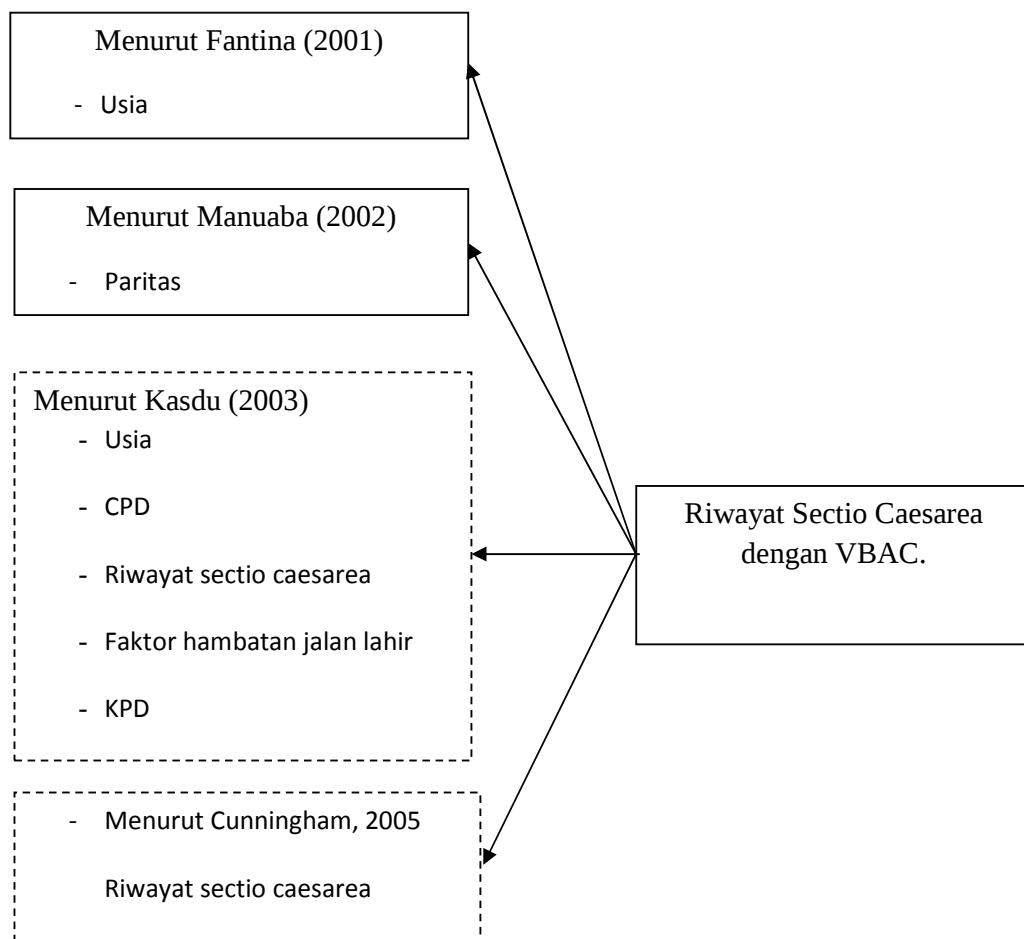
Sedangkan menurut Manuaba (2008) Paritas adalah wanita yang pernah melahirkan bayi aterm, adapun klafikasinya adalah :

- a. Primipara yaitu wanita yang telah melahirkan seorang anak, yang cukup besar untuk hidup didunia luar.
- b. Multipara yaitu wanita yang telah pernah melahirkan anak hidup beberapa kali, dimana persalinan tersebut tidak lebih dari lima kali.

- c. Grande Multipara yaitu wanita yang telah melahirkan 5 anak atau lebih dan biasanya mengalami penyulit dalam kehamilan dan persalinan.

E. Kerangka Teori

Berdasarkan teori yang telah diuraikan, maka dapat dijabarkan kerangka teori tentang Riwayat Sectio Caesarea dengan VBAC, adalah sebagai berikut :



Ket :

: Variabel yang diteliti



: Variabel yang tidak diteliti

Gambar 2.1 Kerangka Teoriti

BAB III

KERANGKA KONSEP

A. Kerangka Konsep Penelitian

Berdasarkan hasil tinjauan kepustakaan dan kerangka teori, maka dikembangkan suatu kerangka konsep penelitian ini yang terdiri dari variabel Independen dan Variabel Dependen. Dalam penelitian ini secara sistemis dapat digambarkan menurut Notoatmodjo (2010) sebagai berikut :



No	Variabel	Definisi	Cara Ukur	Alat	Hasil	Skala
----	----------	----------	-----------	------	-------	-------

No	Dependen	Operasional	Cara Ukur	Ukur	Ukur	Ukur
	Dependen					

No	Variabel Dependen	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Dependen						

1	Vaginal Birth After Caesarea (VBAC)	Pengupayaan persalinan pervaginam pada wanita yang telah menjalani sectio caesarea sebelumnya.	Check list	Buku register	Kasus	Ordinal
2	Persalinan Normal	Proses lahirnya bayi pada letak belakang kepala dengan tenaga ibu sendiri tanpa bantuan alat-alat serta tidak melukai ibu dan bayi yang umumnya berlangsung kurang dari 24 jam	Check list	Buku register	Kontrol	Ordinal
Independen						
1	Usia	Usia pada saat ibu melahirkan	Buku register kriteria : - Beresiko bila usia > 35 tahun - Tidak beresiko bila usia ibu 20-35 tahun	Check list	Beresiko Tidak beresiko	Ordinal
2	Paritas	Berapa kali jumlah ibu Melahirkan	Buku register dengan kriteria: - Multipara, bila melahirkan dua kali atau lebih - Grande multipara, bila melahirkan sudah lima kali atau lebih	Check list	Multi para Grande multipara	Ordinal

C. Hipotesis

1. Ha : Ada hubungan antara Usia Ibu Riwayat Sectio Caesarea dengan VBAC.

2. Ho : Tidak ada hubungan antara Paritas Ibu Riwayat Sectio Caesarea dengan VBAC.

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian *Case Control* penelitian ini menggunakan pendekatan *restrospektif* yang berusaha melihat kebelakang. Artinya pengumpulan data di mulai dari efek atau akibat yang telah terjadi. Kemudian dari efek tersebut di telusuri penyebabnya atau variabel-variabel yang mempengaruhi akibat tersebut untuk mengetahui Hubungan Antara Riwayat Sectio Caesarea dengan VBAC di RSUD Zaenol Abidin Kota Banda Aceh dengan menggunakan data sekunder Tahun 2012.

B. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Dalam penelitian ini yang dijadikan populasi untuk kelompok kasus adalah seluruh Ibu Riwayat sectio Caesarea dengan VBAC yang tercatat di Buku Register tahun 2012 di Ruang Bersalin RSUD Zaenol Abidin Kota Banda berjumlah 24 orang. Sedangkan populasi pada kelompok kontrol adalah 24 orang Ibu dengan persalinan normal.

2. Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah 48 orang untuk kelompok kasus (masing-masing 24 Orang untuk VBAC dan persalinan normal).

C. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat Penelitian

Tempat penelitian ini dilakukan di Ruang Bersalin RSUD Zainoel Abidin Banda Aceh.

2. Waktu Penelitian

Penelitian ini telah dilaksanakan pada tanggal 29-30 Mei 2013.

D. Cara Pengumpulan Data

Cara pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan cara melihat data Sekunder yang di peroleh dari data Buku Register RSUD Zainoel Abidin Kota Banda Aceh Tahun 2012.

E. Intrumen Penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan adalah lembaran Check List dan buku register.

F. Pengelolahan dan Analisis Data

1. Pengolahan Data

Menurut Arikunto (2006), data dalam penelitian ini di peroleh dengan cara :

- a. *Editting* (seleksi data) adalah memeriksa dan menyesuaikan dengan rencana semula seperti apa yang diinginkan.
- b. *Coding*, adalah mengklafikasikan jawaban menurut jenisnya dengan memberikan apa yang diinginkan.
- c. *Transferring*, adalah memindahkan jawaban responden dalam bentuk master tabel.

- d. *Tabulating*, adalah data yang sudah benar kemudian dimasukan dalam tabel distribusi frekuensi.

2. Analisa Data

a. Analisa Univariat

Analisa univariat dilakukan terhadap setiap variabel dari hasil penelitian. Pada umumnya analisis ini hanya menghasilkan distribusi dan persentasi dari setiap variabel (Notoatmodjo, 2005). Untuk menghitung distribusi frekuensi setiap variabel dan mencari presentase pada setiap variabel dengan menggunakan rumus :

$$P = \frac{f}{n} \times 100\%$$

Keterangan :

P = Presentase

f = Frekuensi yang diamati

n = Jumlah sampel

b. Analisa Bivariat

Analisa Bivariat merupakan analisa hasil dari variabel bebas diduga mempunyai hubungan dengan variabel terikat. Analisa yang digunakan adalah hasil tabulasi silang. Untuk menguji hipotesa dilakukan analisa statistic dengan uji *Chi - Square Tes(x)* pada tingkat kemaknaan 95% ($p < 0,05$). Sehingga dapat diketahui perbedaan tidaknya yang bermakna secara statistic, dengan menggunakan program khusus SPSS for

windows. Melalui perhitungan *Chi-Square* selanjutnya ditarik suatu kesimpulan

bila, nilai p lebih kecil dari nilai α (0,05), maka H_0 ditolak dan H_a diterima, yang menunjukkan ada hubungan bermakna antara variabel terikat dengan variabel bebas (Hartono, 2001).

Aturan yang berlaku pada uji chi-square dalam program SPSS adalah sebagai berikut (Hartono, 2001).

1. Bila pada tabel 2x2 dijumpai nilai e (harapan) kurang dari 5, maka uji yang digunakan adalah *Fisher Exact*.
2. Bila pada tabel 2x2 dan tidak ada nilai e (harapan) kurang dari 5, maka hasil uji yang digunakan adalah *Continuity Correction*.
3. Bila tabel lebih dari 2x2, misalnya 3x2 dan lain-lain, maka digunakan uji *Pearson chi square*.

Sedangkan menurut Chandra (2008), untuk mengetahui besarnya faktor resiko maka digunakan analisis Odd Ratio/OR dengan interpretasi sebagai berikut :

- a. Bila nilai $OR=1$, diperkirakan tidak ada asosiasi antara faktor resiko dan penyakit.
- b. Bila nilai $OR>1$, diperkirakan tidak ada asosiasi positif faktor resiko dan penyakit.
- c. Bila nilai $OR<1$, diperkirakan tidak ada asosiasi negatif factor resiko dan penyakit.

Rumus Odd Ratio sebagai berikut :

$$OR = \frac{ad}{bc}$$

Keterangan :

a = Jumlah kasus dengan resiko positif (+)

b = Jumlah kontrol dengan resiko positif (+)

c = Jumlah kasus dengan resiko negative (-)

d = Jumlah kontrol dengan resiko negative (-)

Odd Ratio (OR)= ad/bc dengan confidence interval (CI)=95%. Dikatakan bermakna jika nilai 1 (satu) tidak diantara batas atas bawah CI dan nilai batas bawah harus lebih dari 1 atau hubungan dikatakan bermakna apabila nilai Lower Limit dari Upper Limit tidak mencakup nilai 1 (satu).

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran lokasi penelitian

RSUD dr. Zainoel Abidin beralamat di Jl. Tgk.H. M. Daud Beureueh No. 108 Banda Aceh, memiliki luas area 196.480 m². Dengan luas bangunan 25.760 m². Rumah sakit ini berdiri pada tanggal 22 Februari 1979 yaitu atas dasar keputusan menteri kesehatan No.551/Menkes/SK/2F/1979 yang menetapkan RSUD dr. Zainoel Abidin sebagai rumah sakit kelas C. Selanjutnya dengan SK Gubernur Daerah Istimewa aceh No. 445/173/1979 tanggal 7 Mei 1979 Rumah Sakit Umum dr Zainoel Abidin ditetapkan sebagai Rumah Sakit Umum daerah. Kemudian dengan adanya fakultas kedokteran unsyiah maka SK Menkes RI No. 233/Menkes/SK/IV/1983 tanggal 11 juni 1983 RSUD dr. Zainoel Abidin ditingkatkan kelasnya menjadi rumah sakit kelas B pendidikan dan rumah sakit rujukan untuk Propinsi Daerah Istimewa Aceh.

Dalam rangka menjamin peningkatan mutu dan jangkauan pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan masyarakat serta optimalisasi fungsi rumah sakit rujukan dan juga sebagai rumah sakit pendidikan, maka dengan peraturan pemerintah Daerah Propinsi Istimewa Aceh No. 8 tahun 1997 Tanggal 17 November 1997 dilakukan Penyempurnaan Susunan Organisasi dan Tata Kerja RSUD dr. Zainoel Abidin. Selanjutnya berdasarkan SK Menkes RI No.

153/Menkes/ SK/II/1998 tentang persetujuan Rumah Sakit Daerah digunakan sebagai tempat pendidikan calon dokter dan calon spesialis, telah dikukuhkan kembali RSUD dr. Zainoel Abidin sebagai kelas B pendidikan.

Badan pelayanan RSUD dr. Zainoel Abidin Banda Aceh yang terletak di jln. Tgk. Daud Beureueh Kelurahan Bandar Baru Kecamatan Kuta Alam dengan batas-batas wilayah sebagai berikut :

1. Sebelah timur berbatasan dengan Jurusan Keperawatan Poltekes Banda Aceh Kelurahan Bandar Baru.
2. Sebelah barat berbatasan dengan Jl. Dr. T Syaref Thayeb.
3. Sebelah utara berbatasan dengan Jl. T. Daud Beureueh Kelurahan Bandar Baru.
4. Sebelah selatan berbatasan dengan Rumah Sakit Jiwa Kelurahan Beurawe.

B. Hasil Penelitian

Berdasarkan hasil penelitian yang peneliti laksanakan dari tanggal 29 sampai 30 Mei 2013 terhadap kelompok kasus adalah seluruh ibu Riwayat Sectio Caesarea dengan VBAC yang tercatat di buku register tahun 2012 di Ruang bersalin RSUD Zainoel Abidin kota banda aceh berjumlah 24 orang. Sedangkan pada kelompok kontrol adalah 24 orang ibu dengan persalinan normal. Jadi sampel dalam penelitian ini adalah 48 orang. Adapun hasil penelitian ini dilihat dari seluruh yang teliti maka di dapatkan hasil seperti pada tabel dibawah ini :

1. Analisa Univariat

a. Usia

Tabel 5.1
Distribusi Frekuensi Usia Ibu Riwayat Sectio Caesarea dengan
VBAC Di Ruang Bersalin RSUD Zainoel Abidin
Banda Aceh

No	Usia	Frekuensi	%
1	Beresiko	15	31,2
2	Tidak beresiko	33	68,8
Jumlah		48	100

Sumber data Sekunder (diolah 2013)

Berdasarkan tabel 5.1 menunjukkan bahwa dari 48 responden di dapatkan bahwa kelompok beresiko terhadap Riwayat Sectio Caesarea dengan VBAC sebanyak 15 responden (31,2%), sedangkan kelompok tidak beresiko terhadap Riwayat Sectio caesarea dengan VBAC sebanyak 33 responden (68,8%).

b. Paritas

Tabel 5.2
Distribusi Frekuensi Paritas Ibu Riwayat Sectio Caesarea
Dengan VBAC Di Ruang Bersalin RSUD Zainoel Abidin Banda Aceh

No	Paritas	Frekuensi	%
1	Multipara	37	77,1
2	Grande Multipara	11	22,9
Jumlah		48	100

Sumber data Sekunder (diolah 2013)

Berdasarkan tabel 5.2 menunjukkan bahwa dari 48 responden di dapatkan bahwa kelompok Multipara terhadap Riwayat Sectio caesarea dengan VBAC sebanyak 37 responden (77,1%), sedangkan kelompok Grande Multipara terhadap Riwayat Sectio Caesarea dengan VBAC sebanyak 11 responden (22,9%).

2. Hasil Analisis Bivariat

Untuk melihat Hubungan Riwayat Sectio Caesarea dengan VBAC pada ibu bersalin. Maka dilakukan analisis bivariat dengan uji statistik *Chi Square*.

a. Hubungan Usia Ibu Dengan VBAC

Tabel 5.3
Hubungan Kelompok Usia Dengan Riwayat Sectio Caesarea Di Ruang Bersalin RSUD Zainoel Abidin Banda Aceh

No	Kelompok Usia	VBAC dengan Persalinan normal				Jumlah		OR
		Kasus		Kontrol				
		n	%	n	%	n	%	
1	Beresiko	9	60	6	40	15	100	1,800
2	Tidak Beresiko	15	45,5	18	54,5	33	100	
Jumlah		24	50	24	50	48	100	

Sumber data Sekunder (diolah 2013)

Berdasarkan Tabel 5.3 menunjukkan dari jumlah 33 kelompok usia yang tidak beresiko terhadap Riwayat Sectio Caesarea dengan VBAC pada kelompok control sebanyak 54,5%, sedangkan pada kelompok kasus yang tidak beresiko terhadap Riwayat Sectio Caesarea dengan VBAC sebanyak 45,5%.

Hasil Odd Ratio didapatkan 1,800 dengan kepercayaan 95% (95% CI) dan ($OR > 1$) artinya ada hubungan antara usia ibu dengan Riwayat Sectio Caesarea dengan VBAC.

b. Hubungan Paritas Dengan VBAC

Tabel 5.4
Hubungan Kelompok Paritas Dengan Riwayat Sectio Caesarea
Di Ruang Bersalin RSUD Zainoel Abidin Banda Aceh

No	Kelompok Paritas	VBAC dengan Persalinan normal				Jumlah		OR
		Kasus		Kontrol				
		N	%	n	%	n	%	
1	Multipara	18	48,6	19	51,4	37	100	0,789
2	Grande Multipara	6	54,5	5	45,5	11	100	
Jumlah		24	50	24	50	48	100	

Sumber data Sekunder (diolah 2013)

Berdasarkan Tabel 5.4 menunjukkan dari jumlah 37 kelompok usia yang Multipara terhadap Riwayat Sectio Caesarea dengan VBAC pada kelompok control sebanyak 51,4%, sedangkan pada kelompok kasus Multipara terhadap Riwayat Sectio Caesarea dengan VBAC sebanyak 48,6%.

Hasil Odd Ratio didapatkan 0,789 dengan kepercayaan 95% (95% CI) dan ($OR > 1$) artinya tidak ada hubungan signifikan antara paritas ibu dengan Riwayat Sectio Caesarea dengan VBAC.

C. Pembahasan

1. Hubungan Usia ibu Riwayat Sectio Caesarea Dengan VBAC

Berdasarkan Tabel 5.3 menunjukkan dari jumlah 33 kelompok usia yang tidak beresiko terhadap Riwayat Sectio Caesarea dengan VBAC

pada kelompok control sebanyak 18 (54,5%), sedangkan pada kelompok kasus tidak beresiko terhadap Riwayat Sectio Caesarea dengan VBAC sebanyak 15 (45,5%).

Hasil Odd Ratio didapatkan 1.800 dengan kepercayaan 95% (95% CI) dan ($OR > 1$) artinya ada hubungan signifikan antara usia ibu dengan Riwayat Sectio Caesarea dengan VBAC.

Hal ini sesuai teori yang menyatakan bahwa pada usia kurang dari 20 tahun, organ-organ reproduksi tidak berfungsi dengan sempurna sehingga bila terjadi kehamilan dan persalinan akan lebih mudah mengalami komplikasi. Selain itu, kekuatan otot-otot perineum dan otot-otot perut belum bekerja secara optimal sehingga sering terjadi persalinan lama atau macet yang memerlukan tindakan, seperti sectio caesarea. Ibu hamil berumur muda juga memiliki kecenderungan perkembangan kejiwaannya belum matang sehingga belum siap menjadi ibu dan menerima kehamilannya di mana hal ini dapat berakibat terjadinya komplikasi obstetri yang dapat meningkatkan angka kematian ibu dan perinatal. Faktor risiko untuk persalinan sulit pada ibu yang belum pernah melahirkan pada kelompok usia ibu di bawah 20 tahun dan pada kelompok usia di atas 35 tahun adalah 3 kali lebih tinggi dari kelompok usia reproduksi sehat (20-35 tahun) (Annisa, 2010).

Menurut penelitian Ezra Marisi (2007) di RSUD Sidakalang yang menyatakan dari 258 persalinan, sebanyak 78,7% adalah ibu melahirkan dengan usia 20-35 tahun. Tingginya proporsi ibu melahirkan pada

kelompok usia 20-35 tahun dikarenakan merupakan kelompok usia reproduksi optimal sehingga banyak ibu hamil dan melahirkan pada usia tersebut. Selain itu, kelompok usia 20-35 tahun memiliki kecenderungan perkembangan kejiwaan yang sudah matang sehingga siap menjadi ibu dan menerima kehamilannya.

Menurut asumsi peneliti, usia yang tidak beresiko cenderung lebih berpeluang dilakukan VBAC karena dengan usia reproduksi yang optimal bagi seorang ibu adalah 20 sampai 35 tahun dimana organ reproduksi sudah berfungsi dengan sempurna dan siap menjadi ibu sehingga ibu dengan riwayat sectio caesarea tidak perlu khawatir apabila anak pertamanya sectio caesarea kemungkinan anak keduanya bisa dilakukan VBAC.

2. Hubungan Paritas Ibu Riwayat Sectio Caesarea dengan VBAC

Berdasarkan Tabel 5.4 menunjukkan dari jumlah 37 kelompok usia yang Multipara terhadap Riwayat sectio Caesarea dengan VBAC pada kelompok kontrol sebanyak 19 (51,4%), sedangkan pada kelompok kasus Grande Multipara terhadap Riwayat Sectio Caesarea dengan VBAC sebanyak 18 (48,6%).

Hasil Odd Ratio didapatkan 0,789 dengan kepercayaan 95% (95% CI) dan ($OR > 1$) artinya tidak ada hubungan signifikan antara paritas ibu dengan riwayat section Caesarea dengan VBAC.

Hasil ini sesuai dengan teori yang disampaikan oleh Annisa (2010) yang menyatakan Jumlah anak yang pernah dilahirkan oleh seorang wanita

merupakan faktor penting dalam menentukan nasib ibu dan janin baik selama kehamilan maupun selama persalinan. Persalinan yang pertama sekali (primipara) biasanya mempunyai resiko relatif tinggi terhadap ibu dan anak, kemudian risiko ini menurun pada paritas kedua dan ketiga, dan akan meningkat lagi pada paritas keempat dan seterusnya. Risiko terjadinya kelainan dan komplikasi yang besar pada ibu dengan primipara ini dikarenakan belum pernah memiliki pengalaman melahirkan. Sedangkan pada Grande Multipara (ibu yang melahirkan >5 kali), elastisitas uterusnya menurun, terjadilah peregangan berlebihan dari uterus menyebabkan atonia uteri dan meningkatkan risiko perdarahan postpartum.

Hasil ini sesuai dengan penelitian Yuli K. (2006) di RS Dr. Moewardi Surakarta mendapatkan bahwa Multipara paling banyak dijumpai baik pada kasus tindakan persalinan, termasuk sectio caesarea maupun persalinan normal. Dalam penelitian tersebut juga disimpulkan bahwa ada hubungan antara paritas multipara dan grandemultipara dengan kejadian persalinan SC (OR3,42:95% CI:1,67-6,93). Namun, hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian Aghamohammadi dan Nooritajer (2011) di Iran yang menyebutkan bahwa terdapat hubungan antara multipara dengan persalinan sectio caesarea dan komplikasi gestasional, seperti diabetes gestasional (OR 4,0:95% CI 3,0-5,0).

Menurut asumsi penelitian ini tidak terdapat hubungan yang bermakna karena pada saat peneliti melakukan penelitian, peneliti melihat sebagian ibu yang Multipara justru lebih banyak mengalami VBAC, dan

sebagian ibu yang Grande Multipara juga mengalami VBAC. Ini disebabkan karena jumlah sampel yang sedikit. Ibu dengan persalinan pertama biasanya mempunyai resiko tinggi terhadap ibu dan anak, kemudian resiko ini menurun pada paritas kedua dan ketiga, dan akan meningkat lagi pada paritas keempat dan seterusnya. upaya untuk mengatasi ibu perlu merencanakan dan mempersiapkan kehamilannya. Pemeriksaan antenatal rutin dan dan sedini mungkin dengan kualitas yang perlu didapatkan oleh ibu, selain itu ibu juga perlu mengikuti program Keluarga Berencana sehingga dapat membatasi jumlah kelahiran yaitu cukup 2 anak saja agar tidak mengalami penyulit dalam kehamilan dan persalinan.

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan dari hasil penelitian dan pembahasan tentang Hubungan Riwayat Sectio Caesarea Dengan VBAC Di RSUD Zainoel Abidin Banda Aceh, dapat diambil kesimpulan bahwa :

1. Ada hubungan yang bermakna antara usia dengan VBAC di RSUD. Zainoel Abidin Banda Aceh. Dimana Ibu yang beresiko pada kelompok control mempunyai 75% Sedangkan pada kelompok kasus sebanyak 62,5%, nilai Odd Ratio 1,800 sehingga dapat disimpulkan terdapat hubungan bermakna antara usia dengan VBAC.
2. Tidak Ada hubungan yang bermakna antara paritas dengan VBAC di RSUD. Zainoel Abidin Banda Aceh. Dimana Ibu yang paritasnya

Multipara/Grandmultipara pada kelompok control mempunyai 79,2% Sedangkan pada kelompok kasus sebanyak 75%, nilai Odd Ratio 0,789 sehingga dapat disimpulkan tidak terdapat hubungan bermakna antara paritas dengan VBAC.

B. Saran

1. Bagi Ibu Hamil

Diharapkan kepada ibu dengan riwayat sectio caesarea tidak perlu khawatir apabila persalinan pertama dilakukan dengan sectio caesarea karena pada kehamilan selanjutnya dapat melahirkan normal sesuai ketentuan dan persyaratan tenaga medis berikan. VBAC dapat menurunkan angka kesakitan dan kematian jika dibandingkan dengan sectio caesarea.

2. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan agar melakukan pencatatan data rekam medis pasien dengan lengkap.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Semoga hasil penelitian ini bisa menjadi pedoman bagi mahasiswa lain dalam melakukan penelitian selanjutnya.

4. Bagi Peneliti

Untuk peneliti mendapatkan tambahan wawasan dan untuk penelitian selanjutnya agar dapat menambah lebih banyak lagi variabel penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

- Annisa, (2010).*Faktor-Faktor Risiko Persalinan Sectio Caesarea*. Diakses tanggal 30 Desember 2012.http://perpus.Fkik.uinjkt.ac.id/file_digital/silvia%20Aulia%20Annisa.pdf
- Arikunto, (2006).*Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta. Renika Cipta.
- Benson, R. *et al.* (2008).*Buku saku Obstetri dan ginekologi*, Edisi ke 9. Jakarta. EGC.
- Chandra B, (2008). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta. EGC
- Chaniago AYS, (2002).*Kamus Lengkap Bahasa Indonesia*. Jakarta.
- Cunningham, G. *et al.*, (2005).*Obstetri William*. Edisi 21. Jakarta. EGC.
- Depkes RI, (2004).*Buku Pedoman Pengendalian Tanda Bahaya Pada Nifas Kehamilan, Persalinan Dan Nifas*. Jakarta. EGC.
- Dewi, (2011).*Vaginal Birth After Caesarea*, Diakses tanggal 7 Februari 2013. <http://xa-dewie.blogspot.com/2011/09/vaginal-birth-after-c-section-vbac.html>.
- Fantina, (2001). *Perawatan Ibu Selama Kehamilan*. Yogyakarta. Pustaka Pelajar.

- Graber, M. et al., (2006). *Buku Saku Dokter Keluarga*. Jakarta. EGC.
- Harlock, (2007). *Psikologi Perkembangan*. Jakarta. Arcan.
- Hartono, (2001). *Analisis Data*. Jakarta. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas, Indonesia.
- Juditha, (2006). *Tip Praktis Bagi Wanita Hamil*. Jakarta. Forum Kita.
- Kasdu, (2003). *Operasi Sesar: Masalah dan Solusi*. Jakarta. Puspa Swara.
- Kementerian Kesehatan RI, (2010). *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial*. Jakarta. Kemenkes RI.
- Leveno et al., (2009). *Panduan Ringkas Obstetri Williams*, Edisi ke 21. Jakarta. EGC.
- Maimunah S, (2005). *Kamus Istilah Kebidanan*, Jakarta. EGC.
- Manuaba l B, (2004). *Ilmu Kebidanan Dan Keluarga Berencana*. Jakarta. EGC
- _____, (2002). *Memahami Kesehatan Reproduksi Wanita*. Jakarta. Arcan.
- Mubarak W I, (2011). *Promosi Kesehatan Untuk Kebidanan*. Jakarta. Salemba Medika
- Notoatmodjo, (2010). *Meteorologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta. Rineka Cipta.
- _____, (2003). *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta. Rineka Cipta
- Oxon, H. et al., (2010), *Ilmu Kebidanan ; Patologi & Fisiologi Persalinan*. Yogyakarta. Yayasan Essentia Medica.
- Prawirohardjo, S, (2008). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta. YBPSP.
- _____, (2007). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta. YBPSP
- Rabiani, (2012), *Pedoman Penulisan Proposal dan Karya Tulis Ilmiah*, Banda Aceh, U'budiyah.
- Rohman, (2011), *Seccio Caesarea*. Diakses tanggal 27 Desember 2012. <http://ns-rohman.blogspot.com/2011/11/askep-caesarean-section-bedah-ceasar.html>.
- Sarwono, *Ilmu Kebidanan*. Jakarta. YBPSP.

- Simkin *et al.*, 2008. ***Panduan Lengkap Kehamilan, Melahirkan, dan Bayi***. Jakarta. Arcan.
- Sunaryo, Rustam, 2008, ***Ilmu Kebidanan Operatif***, Jakarta. EGC,
- Suparyanto, 2010. Sectio Caesarea. Dikutip tanggal 23 januari 2013. <http://dr-suparyanto.blogspot.com/2012/03/sectio-cesaria.html>.
- Syafrida, 2011, ***Vaginal Birth After Caesarea***, Diakses tanggal 7 februari 2013. <http://hefideslianikebidanan.blogspot.com/2011/04/vbac.html>.
- Widjarnako, hendra, 2008, ***Mengenal Indikasi, Keuntungan Dan Kerugian Sc***, diakses tanggal 3 Januari 2013. <http://sagalarupa.co.cc/p/study-kasus-kebidanan.html>.
- Winkjosastro, 2007, ***Ilmu Kandungan***. Jakarta. YBPSP.
- _____, 2005. ***Ilmu Kebidanan***, Jakarta. YBPSP.