

FAKTOR–FAKTOR YANG MEMPENGARUHI TERJADINYA SEKSIO SESAREA PADA IBU BERSALIN DI RSUD MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA TAHUN 2009

Devi Setyowati¹, Evi Nurhidayati²

Abstract: This research was aimed to identify the factors influencing the occurrence of caesarean section at PKU Muhammadiyah General Hospital Yogyakarta in 2009. The research design is descriptive with retrospective. Sample used in this study was total sampling, there were 281 respondent. The results of this research shows factors influencing the occurrence of caesarean section were 66,5% maternal factor and 33,5% fetal factor. Conclusion, the highest of maternal factors was labor induction failed (20,9%) and the highest of fetal factor was breech presentation (44,7%). For the next researcher to explain the correlation caesarean section and the factors.

Kata Kunci : seksio sesarea, faktor ibu, faktor janin

PENDAHULUAN

Salah satu dari empat pilar upaya *Safe Motherhood* adalah penyediaan pelayanan obstetrik esensial bagi ibu yang mengalami kehamilan risiko tinggi atau komplikasi. Pelayanan obstetrik esensial meliputi kemampuan fasilitas kesehatan untuk melakukan tindakan dalam mengatasi risiko tinggi dan komplikasi kehamilan atau persalinan. Salah satu tindakan yang mungkin tidak dapat dihindari oleh pelayan obstetrik esensial maupun ibu yang bersalin adalah tindakan persalinan dengan operasi seksio sesarea (Andree, 2006).

Dewasa ini operasi seksio sesarea jauh lebih aman daripada dahulu, ini berhubungan dengan kemajuan teknologi kedokteran, obat–obatan, teknik operasi dan anestesi serta tersedianya transfusi darah (Prawirohardjo, 2007). Faktor–faktor yang menyebabkan terjadinya seksio sesarea menurut Hacker (2001) dan Kasdu (2003) dibedakan menurut faktor ibu

antara lain penyakit pada ibu, pembedahan rahim sebelumnya, sumbatan pada jalan lahir, perdarahan antepartum, permintaan pasien, usia, distosia kelainan panggul, induksi gagal dan dari faktor janin antara lain gawat janin, kelainan tali pusat, distosia karena kelainan letak janin, kehamilan kembar, janin besar, janin abnormal.

Berdasarkan penelitian di RS Pirngadi Medan, Sumut selama tahun 1991-1992 didapatkan indikasi seksio sesarea berupa 26,2% plasenta previa, 15,8% partus lama, 10,3% disproporsi sefalopelvik, 9,9% partus gagal, 8,1% eklampsia/pre-eklampsia, 5,7% sungsang, 4,0% solusio plasenta dan 5,9% lain–lain (Tjipta, dkk, 2003).

Akhir-akhir ini seksio sesarea juga sudah dilakukan atas permintaan ibu/keluarga tanpa indikasi obstetrik yang jelas. Persentase melahirkan seksio sesarea di rumah sakit swasta pada tahun 2004 rata–rata 20% dan persalinan normal 80%.

¹Mahasiswa Progam DIII Kebidanan STIKES ‘Aisyiyah Yogyakarta

²Dosen Program Studi Kebidanan STIKES ‘Aisviah Yogyakarta

Sementara di tahun 2005 naik menjadi 26,3% untuk persalinan seksio sesarea dan di tahun 2006 meningkat 27,5% (Indiarti, 2007).

Menurut Harper dkk., risiko kematian ibu pada kelompok seksio sesarea dapat mencapai empat kali lipat dibanding (Sibuea, 2007). Selain itu, risiko ibu yang disebabkan karena operasi seksio sesarea harus dianggap lebih serius karena mereka berhubungan langsung dengan tindakan operasi (Andree, 2006).

Masih tingginya angka kejadian seksio sesarea dari tahun ke tahun di beberapa rumah sakit di Indonesia membuat Pengurus Besar IDI bersama Pemerintah mengeluarkan Surat Edaran Dirjen Yanmedik DepKes RI tanggal 12 September 2000 yang menyatakan bahwa angka seksio sesarea untuk rumah sakit pendidikan atau rujukan sebesar 20% dan rumah sakit swasta 15% (Kasdu, 2003).

Berdasarkan studi pendahuluan yang telah dilakukan peneliti pada tanggal 12 Februari 2010, tahun 2008 terdapat 214 (20,74%) kasus seksio sesarea dari 1032 persalinan. Sedangkan tahun 2009 pada bulan Januari–Oktober terdapat 229 (27,04%) kasus seksio sesarea dari 847 persalinan.

Atas dasar uraian tersebut, penulis melakukan penelitian tentang faktor–faktor yang mempengaruhi kejadian seksio sesarea di RSUD Muhammadiyah Yogyakarta tahun 2009 karena angka kejadian seksio sesarea pada rumah sakit tersebut masih tinggi melebihi ketetapan Dirjen Yanmedik yang seharusnya hanya 15% sebagai rumah sakit swasta.

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk diketahuinya faktor–faktor yang mempengaruhi terjadinya seksio sesarea di RSUD Muhammadiyah Yogyakarta tahun 2009 dan angka kejadiannya. Tujuan khususnya untuk diketahuinya faktor ibu dan faktor janin yang mempengaruhi terjadinya seksio sesarea di RSUD Muhammadiyah Yogyakarta tahun 2009 dan angka kejadiannya.

METODA PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah deskriptif dengan pendekatan waktu secara retrospektif yaitu pengumpulan data yang dimulai dari akibat kemudian diidentifikasi terjadinya faktor resiko pada waktu yang lalu (Notoatmodjo, 2002). Populasi dari penelitian ini adalah seluruh ibu yang bersalin di RSUD Muhammadiyah Yogyakarta tahun 2009 secara seksio sesarea. Sampel dalam penelitian ini merupakan *total sampling* atau sampel jenuh yaitu teknik penentuan sampel bila semua anggota populasi digunakan sebagai sampel (Sugiyono : 2007).

Total jumlah sampel yang diambil oleh peneliti adalah 281 responden. Alat yang digunakan untuk mengumpulkan data adalah pedoman dokumentasi, berupa kolom–kolom yang memuat kategori–kategori yang dicari datanya (Arikunto, 2002). Data yang diperlukan dalam penelitian ini diperoleh dari data primer yaitu catatan rekam medis pasien yang menjadi sampel penelitian. Dalam penelitian ini penulis menggunakan analisis deskriptif yang disajikan dalam bentuk tabel berdasarkan frekuensi dan variabel yang diteliti sehingga memperoleh gambaran tentang obyek penelitian dalam bentuk persentase dan data diolah secara komputerisasi

HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 4.1 Karakteristik ibu bersalin secara seksio sesarea berdasarkan umur

Umur Ibu	Jumlah	Persentase
<20 tahun	8	2,8
20-30 tahun	145	51,6
>30 tahun	128	45,6
Jumlah	281	100

Pada tabel 4.1 dapat dilihat bahwa jumlah kelompok umur ibu 20-30 tahun sebanyak 145 kasus (51,6%).

Tabel 4.2 Karakteristik ibu bersalin secara seksio sesarea berdasarkan paritas

Paritas	Jumlah	Persentase
Paritas 0	148	52,7
Primipara	78	27,8
Multipara	52	18,5
Grande Multipara	3	1,1
Jumlah	281	100

Pada tabel 4.2 didapatkan hasil bahwa kelompok paritas 0 sebesar 148 kasus (52,7%).

Tabel 4.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Terjadinya Seksio Sesarea

Faktor Seksio Sesarea	Jumlah	Persentase
Faktor Ibu	187	66,5
Faktor Janin	94	33,5
Jumlah	281	100

Pada tabel 4.3 dapat diketahui bahwa faktor ibu sebesar 187 kejadian (66,5%), sedangkan faktor janin sebesar 94 kejadian (33,5%).

Tabel 4.4 Faktor Ibu yang Mempengaruhi Terjadinya Seksio Sesarea

Faktor Ibu	Jumlah	Persentase
Induksi gagal	39	20,9
Re-seksio sesar Atas permintaan pasien	31	16,6
plasenta previa	23	12,3
totalis	21	11,2
DKP	15	8,0
PEB	15	8,0
Vakum ekstraksi gagal	8	4,3
Kala II tak maju	7	3,7
oligohidramnion	6	3,2
Eklampsia	5	2,7
KPD	5	2,7
Plasenta letak rendah	5	2,7
Postterm	2	1,1
myoma uteri	1	0,5
myopia tinggi	1	0,5

Riwayat epilepsi	1	0,5
Solusio plasenta	1	0,5
VBAC gagal	1	0,5
Jumlah	187	100

Berdasarkan tabel 4.4 dapat dilihat bahwa faktor induksi gagal yaitu sebanyak 39 kejadian (20,9%).

Tabel 4.5 Faktor Janin yang Mempengaruhi Terjadinya Seksio Sesarea

Faktor Janin	Jumlah	Persentase
Presentasi bokong	42	44,7
Gawat janin	18	19,1
Letak lintang	14	14,9
IUGR	6	6,4
Gemelli	5	5,3
Janin besar	5	5,3
Presentasi muka	2	2,1
Tali Pusat menumbung	2	2,1
Jumlah	94	100

Berdasarkan hasil dari tabel 4.5 didapatkan bahwa faktor janin yang mempengaruhi terjadinya seksio sesarea yang paling tinggi adalah faktor presentasi bokong sebanyak 42 kejadian (44,7%).

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan dapat dilihat pada tabel 4.3 bahwa faktor ibu cenderung lebih banyak dibanding dengan faktor janin karena ibu adalah bagian yang berhubungan langsung dengan komponen "status reproduksi" seperti umur ibu, dan jumlah paritas atau jumlah persalinan. Menurut Chi, dkk., pada kelompok ibu berumur 20–30 tahun, angka kematian ibu rendah dibanding dengan kelompok ibu berumur kurang 20 tahun, dan dibanding dengan kelompok ibu berumur 35 tahun atau lebih (Sibuea, 2007).

Kelompok seksio sesarea dalam penelitian ini, ditemui kelompok umur ibu 20-30 tahun sebanyak 145 kasus (51,6%), kelompok umur <20 tahun sebanyak 8 kasus (2,8%), sedangkan untuk kelompok umur >30 tahun sebanyak 128 kasus

(45,6%). Untuk kelompok paritas pada kelompok paritas 0 sebesar 148 kasus (52,7%), kelompok grande multipara sebesar 3 kasus (1,1%), sedangkan untuk primipara sebesar 78 kasus (27,8%) dan multipara sebesar 52 kasus (18,5%). Dapat dikatakan bahwa dalam penelitian ini kelompok ibu yang banyak dilakukan seksio sesarea adalah kelompok ibu usia 20-30 tahun sebesar 51,6% dengan ibu kelompok paritas 0 sebesar 52,7%. Menurut Sibuea bahwa frekuensi seksio sesarea tinggi pada kelompok ibu paritas 0, sebab paritas 0 berisiko tinggi terhadap partus tak maju, dan hipertensi dalam kehamilan (Sibuea, 2007).

Beberapa faktor ibu yang mempengaruhi terjadinya seksio sesarea dapat dilihat dalam tabel 4.4. Faktor induksi persalinan gagal merupakan faktor ibu yang paling besar terjadi dalam seksio sesarea yaitu sebesar 20,9%. Hal sama juga pernah diungkapkan oleh Rasjidi (2009) bahwa kejadian seksio sesarea kebanyakan karena kegagalan induksi persalinan.

Untuk dapat melakukan induksi persalinan perlu dipenuhi beberapa kondisi, seperti serviks uteri sudah "matang", tidak ada disproporsi sefalopelvik atau kelainan letak janin yang tidak dapat dibetulkan dan sebaiknya kepala janin sudah mulai turun ke dalam rongga panggul. Apabila kondisi tersebut tidak terpenuhi, maka induksi persalinan mungkin tidak memberi hasil yang diharapkan. Kemungkinan bahwa induksi persalinan gagal, perlu diperhitungkan untuk dilakukannya seksio sesarea. (Prwirohardjo, 2007)

Faktor terbanyak kedua dari ibu dalam terjadinya seksio sesarea adalah reseksio sesarea atau seksio sesarea berulang sebesar 16,6%. Hasil penelitian ini tidak sebanyak dengan hasil penelitian di RS Sanglah Denpasar yang menunjukkan 9,3% seksio sesarea berulang dari 1183 seksio sesarea tahun 2006 (Prawirohardjo, 2008). Menurut Wirakusumah bahwa seksio sesarea elektif dilakukan pada

wanita hamil dengan parut uterus yang akan melakukan sterilisasi tubektomi. Makin sering bersalin dengan seksio sesarea makin besar bahaya terjadinya ruptura uteri. Seksio sesarea elektif dilakukan pada kehamilan cukup bulan dengan paru-paru janin yang matur dan dianjurkan pula dilakukan tubektomi partialis. (Prawirohardjo, 2008)

Faktor atas permintaan pasien dalam terjadinya seksio sesarea dalam penelitian ini sebesar 12,3%. Faktor ini merupakan indikasi sosial dimana permintaan ibu untuk melakukan seksio sesarea bukanlah suatu indikasi untuk dilakukannya seksio sesarea. Faktor yang melatar belakangi ini dapat berupa perasaan takut melahirkan berdasarkan pengalaman sebelumnya, ingin seksio sesarea elektif karena takut bayinya mengalami cedera selama persalinan atau mengurangi risiko kerusakan dasar panggul, serta takut terjadinya perubahan pada tubuhnya setelah melahirkan (Rasjidi, 2009)

Dari penelitian ini tidak dapat menggali alasan apa yang menjadi indikasi pasien untuk memilih seksio sesarea karena dalam rekam medik tidak tertulis secara jelas. Namun, dari penelitian Sarmana (2004) di RS Santa Elisabeth Medan tahun 2003 dengan sampel sebanyak 28 orang menunjukkan hasil bahwa determinan yang paling dominan mendorong ibu bersalin meminta persalinan secara seksio sesarea adalah karena rasa sakit pada persalinan sebesar 96,5 %, hal ini yang ditakutkan oleh ibu yang bersalin dan didapati ada yang tidak kuat menahan rasa sakit tersebut sehingga meminta seksio sesarea.

Plasenta previa merupakan salah satu faktor ibu yang menjadi indikasi mutlak dilakukannya seksio sesarea (Rasjidi, 2009). Dalam penelitian ini faktor plasenta tidak menempati posisi terbanyak, faktor *plasenta previa totalis* terjadi sebesar 11,2% dan plasenta letak rendah sebesar 2,7%. Berbeda dengan penelitian di RS Pirngadi, Medan, Sumut selama tahun 1991-1992 didapatkan indikasi

seksio sesarea terbanyak berupa 26,2% plasenta previa (Tjipta, dkk, 2003)

Menurut Chalik bahwa pasien dengan semua klasifikasi plasenta previa dalam trimester ketiga yang dideteksi dengan USG transvaginal belum ada pembukaan pada serviks persalinannya dilakukan melalui seksio sesarea. Seksio sesarea juga dilakukan apabila ada perdarahan banyak yang mengkhawatirkan. (Prawirohardjo, 2008 : 495-501)

Sama halnya dengan solusio plasenta yang menjadi indikasi mutlak dilakukannya seksio sesarea. Solusio plasenta sebenarnya lebih berbahaya daripada plasenta previa bagi ibu hamil dan janinnya. Berdasarkan hasil penelitian ini didapatkan angka kejadian solusio plasenta sebesar 0,5%. Penanganan terhadap solusio plasenta bisa bervariasi sesuai keadaan kasus masing-masing tergantung berat ringannya penyakit, usia kehamilan, serta keadaan ibu dan janinnya. Bilamana janin masih hidup dan cukup bulan dan persalinan pervaginam belum ada tanda-tandanya, umumnya dipilih persalinan melalui bedah sesar darurat. (Prawirohardjo, 2008)

Faktor disproporsi kepala panggul (DKP) atau disproporsi sefalopelvik menjadi indikasi mutlak dilakukannya seksio sesarea (Rasjidi, 2009). Dalam penelitian ini faktor DKP sebesar 8% terhadap terjadinya seksio sesarea. Terdapat 2 cara dalam menangani DKP yaitu seksio sesarea dan persalinan percobaan. Seksio sesarea primer direncanakan lebih dahulu dan dilakukan pada kehamilan cukup bulan karena kesempitan panggul yang cukup berat. Seksio sesarea diselenggarakan pada kesempitan ringan apabila ada faktor-faktor lain yang merupakan komplikasi seperti primigravida tua, kelainan letak janin yang tidak dapat diperbaiki, kehamilan pada wanita yang mengalami masa infertilitas lama, penyakit jantung dan lain - lain. Seksio sesarea sekunder dilakukan karena persalinan percobaan dianggap gagal atau karena timbul indikasi

untuk menyelesaikan persalinan secepat mungkin. (Prawirohardjo, 2007)

Menurut Rasjidi (2009) preeklampsia berat (PEB) merupakan suatu indikasi relatif dalam terjadinya seksio sesarea. Dalam penelitian ini terjadinya seksio sesarea karena faktor PEB sebesar 8% dan eklampsia 2,7%. Umumnya pada PEB sesudah bahaya akut berakhir setelah pemberian pengobatan maka sebaiknya dipertimbangkan untuk menghentikan kehamilan oleh karena dalam keadaan demikian harapan bahwa janin hidup terus tidak besar dan adanya janin dalam uterus menghambat sembuhnya penderita dari penyakitnya.

Pada eklampsia setelah kejang dapat diatasi dan keadaan umum penderita diperbaiki maka direncanakan untuk mengakhiri kehamilan dengan cara yang aman. Apakah pengakhiran kehamilan dilakukan dengan seksio sesarea atau pervaginam tergantung dari faktor seperti keadaan serviks, komplikasi obstetrik, paritas, adanya ahli anestesi. Apabila serviks masih lancip dan tertutup terutama pada primigravida, kepala janin masih tinggi atau ada persangkaan disproporsi sefalopelvik sebaiknya dilakukan seksio sesarea (Prawirohardjo, 2007). Menurut Karkata (2007) sebenarnya tidak ada kontroversi bahwa induksi persalinan menjadi pilihan pertama. Bila induksi persalinan gagal atau terjadi gawat bayi barulah dilakukan seksio sesarea.

Faktor vakum ekstraksi (VE) gagal menyebabkan terjadinya seksio sesarea sebesar 4,3%. VE hanya digunakan pada presentasi belakang kepala. Dengan dipenuhinya syarat-syarat seperti pembukaan sudah lengkap atau hampir lengkap, kepala janin sudah sampai Hodge III dengan tidak adanya disproporsi sefalopelvik, janin dalam presentasi belakang kepala dan kepala janin tidak lembek seperti pada maserasi atau prematuritas, bahaya kegagalan atau timbulnya komplikasi tidak besar. (Prawirohardjo, 2007)

Oligohidramnion mempengaruhi terjadinya seksio sesarea sebesar 3,2%. Jumlah cairan amnion yang normal merupakan indikasi fungsi sirkulasi janin relatif baik. Bila terdapat oligohidramnion patut dicurigai perburukan fungsi janin. Namun, tidak semuanya oligohidramnion harus bersalin secara seksio sesarea. Bila didapatkan oligohidramnion disertai gawat janin harus dipertimbangkan untuk seksio sesarea. (Prawirohardjo, 2008)

Kejadian seksio sesarea karena faktor Ketuban Pecah Dini (KPD) sebesar 2,7%. Dipilihnya seksio sesarea bila dalam penanganan aktif untuk KPD dimana kehamilan >37 minggu dengan skor pelvik <5 melakukan pematangan serviks kemudian gagal induksi persalinan. Selain itu KPD meningkatkan terjadinya oligohidramnion yang menekan tali pusat hingga dapat terjadi hipoksia janin. Semakin banyak air ketuban yang keluar dan belum masuk dalam tanda-tanda persalinan maka janin semakin gawat (Prawirohardjo, 2008). Faktor mioma uteri juga dapat mempengaruhi terjadinya seksio sesarea. Angka kejadian dari penelitian ini sebesar 0,5%. Menurut Pangemanan bahwa bila mioma uteri menghalangi lahirnya janin secara pervaginam maka harus dilakukan seksio sesarea. (Prawirohardjo, 2008)

Kehamilan umumnya berlangsung 40 minggu. Dalam menangani kehamilan postterm adalah menentukan keadaan janin karena setiap keterlambatan akan menimbulkan risiko kegawatan. Bial dalam hasil tes tekanan positif menunjukkan penurunan fungsi plasenta maka segera melakukan seksio sesarea. Sebaiknya seksio sesarea dilakukan bila terdapat deselerasi lambat berulang, variabilitas yang abnormal, pewarnaan mekonium dan gerakan janin abnormal (Prawirohardjo, 2007). Dalam penelitian ini terjadinya seksio sesarea karena faktor postterm sebesar 1,1%.

Persalinan pervaginam dengan parut uterus harus dilakukan di rumah sakit dengan peralatan memadai. Dianjurkan

bahwa VBAC hanya dilakukan pada uterus dengan luka parut sayatan transversal segmen bawah rahim (Prawirohardjo, 2008). Dalam penelitian ini faktor gagalnya VBAC sebesar 0,5%.

Faktor riwayat epilepsi sebesar 0,5% dalam hasil penelitian ini. Pengaruh kehamilan pada epilepsi tidak dapat diramalkan, penyakit bisa menjadi lebih buruk, lebih baik atau tetap sama. Asal pengobatan diteruskan, ibu dengan epilepsi dapat melanjutkan kehamilannya dan melahirkan dibawah pengawasan. Apabila keadaan tidak dapat dikuasai maka penghentian kehamilan dapat dipertimbangkan (Prawirohardjo, 2007)

Terjadinya seksio sesarea karena kala II tak maju atau partus tak maju sebesar 3,7% dalam penelitian ini. Dalam kala II persalinan melibatkan banyak gerakan pokok yang penting agar janin dapat melewati jalan lahir. Kombinasi gaya yang ditimbulkan oleh kontraksi uterus dan otot abdomen akan mendorong janin ke bawah. Pada beberapa kasus, keinginan alami untuk mengejan dikalahkan oleh menghebatnya nyeri yang timbul akibat mengejan sehingga kurang adekuatnya gaya ekspulsif. Pilihan lain seksio sesarea sebagai pilihan yang kurang memuaskan apabila tidak terdapat tanda-tanda gawat janin. (Prawirohardjo, 2008 : 575)

Myopia menyebabkan titik fokus jatuh di depan retina. Berdasarkan kekuatan lensa memfokuskan objek, miopia dibedakan menjadi miopia derajat ringan (hingga 3.0 Dioptri), miopia derajat sedang (3.0-6.0 Dioptri), dan miopia derajat berat (6.0 Dioptri atau lebih). Pada miopia derajat berat atau tinggi, retina umumnya lebih tipis akibat perubahan degeneratif pada bagian belakang mata. Proses persalinan normal dapat menyebabkan retina yang tipis tersebut terlepas dan berakhir dengan kebutaan (Adenin, 2007). Dalam penelitian terjadinya seksio sesarea karena faktor myopia tinggi sebesar 0,5%.

Presentasi bokong merupakan faktor terbanyak dalam terjadinya seksio sesarea sebesar 44,7%. Manajemen presentasi

bokong mengalami perubahan yang mengarah kepada semakin dipilihnya cara persalinan bedah sesar dibandingkan vaginal. Percobaan persalinan vaginal tidak dilakukan apabila didapatkan kontra indikasi persalinan vaginal bagi ibu dan janin, presentasi kaki (dan variannya), hiperekstensi kepala janin, berat bayi >3600 gram, tidak adanya *informed consent*, dan tidak adanya petugas yang berpengalaman melakukan pertolongan. (Prawirohardjo, 2008)

Gawat janin menjadi faktor yang mempengaruhi terjadinya seksio sesarea sebesar 19,1%. Lagrew, dkk. melaporkan dari satu rumah sakit di California Amerika Serikat tahun 1998–2004, bahwa ada dua indikasi untuk “seksio sesarea emergensi darurat atau crash cesarean delivery” yang sering dijumpai dirumah sakit tersebut, yaitu gawat janin sebesar 78,5% yang didiagnosa pada saat tanda-tanda persalinan belum timbul, dan pada saat persalinan (intrapartum); indikasi kedua adalah talipusat menumbung sebesar 7,9% (Sibuea, 2007). Jika denyut jantung janin tetap abnormal atau terdapat tanda-tanda lain gawat janin seperti mekonium kental pada cairan amnion, serviks tidak berdilatasi penuh dan kepala janin berada lebih dari 1/5 di atas simfisis pubis maka lakukan persalinan dengan seksio sesarea (Prawirohardjo, 2002)

Faktor presentasi muka dalam penelitian ini sebesar 2,1% yang keseluruhan didapatkan berupa presentasi muka posterior. Menurut Siswishanto bahwa bedah sesar dilakukan apabila setelah pembukaan lengkap posisi dagu masih posterior, didapatkan tanda-tanda disproporsi atau atas indikasi obstetri lainnya. (Prawirohardjo, 2008)

Prolaps tali pusat merupakan komplikasi yang jarang terjadi tetapi mengakibatkan tingginya kematian janin. Angka kejadian tali pusat menumbung sebesar 2,1%. Menurut Wijayanegara bahwa ditemukannya prolaps tali pusat diperlukan tindakan yang cepat. Terapi definitif adalah melahirkan janin dengan

segera. Persalinan pervaginam segera hanya mungkin bila pembukaan lengkap, bagian terendah janin telah masuk panggul dan tidak ada CPD. Jadi jenis apa pun dari prolaps tali pusat bila syarat – syarat untuk melakukan persalinan pervaginam belum terpenuhi sebaiknya dilakukan seksio sesarea. (Prawirohardjo, 2008)

Dewasa ini, IUGR dikenal dengan pertumbuhan janin terhambat (PJT). Terjadinya seksio sesarea karena faktor PJT dalam penelitian ini sebesar 6,4%. Pada penggunaan stimulasi akustik jika dicurigai adanya asidosis sebaiknya dipilih melahirkan dengan seksio sesarea dan bila terjadi kompresi tali pusat atau sudah terjadi insufisiensi plasenta (deselerasi lambat) sehingga dapat membahayakan janin yang mengalami asidosis maka dipertimbangkan seksio sesarea (Prawirohardjo, 2008)

Faktor gemelli menyumbangkan 5,3% kasus terhadap terjadinya seksio sesarea dalam penelitian ini. Seksio sesarea pada kehamilan kembar dilakukan atas indikasi janin pertama dalam letak lintang, prolapsus funikuli dan plasenta previa. Kesulitan lain yang mungkin terjadi ialah interlocking. Bila keadaan ini tidak dapat dilepaskan, dilakukan seksio sesarea. (Prawirohardjo, 2007)

Faktor letak lintang dalam penelitian ini sebesar 14,9%. Pada janin letak lintang diusahakan mengubah menjadi presentasi kepala dengan versi luar. Bila versi luar tidak berhasil, sebaiknya segera dilakukan seksio sesarea (Prawirohardjo, 2007). Janin besar merupakan salah satu faktor janin dalam terjadinya seksio sesarea. Kadang – kadang baru diketahui adanya janin besar setelah tidak adanya kemajuan persalinan pada panggul normal dan his kuat. Pada disproporsi sefalopelvik karena janin besar, seksio sesarea perlu dipertimbangkan. Dalam penelitian ini angka kejadian seksio sesarea karena faktor janin besar sebanyak 5,3%.

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan dari hasil penelitian dapat diambil kesimpulan bahwa, (1) Faktor yang mempengaruhi terjadinya seksio sesarea faktor ibu yaitu sebesar 66,5% dan faktor dari janin hanya sebesar 33,5%. (2) Faktor ibu yang paling banyak mempengaruhi terjadinya seksio sesarea adalah faktor induksi persalinan yang gagal sebesar 20,9%. (3) Faktor janin yang paling banyak mempengaruhi terjadinya seksio sesarea adalah faktor presentasi bokong sebesar 44,7%.

Berdasarkan dari pembahasan terdapat beberapa hal yang dapat disarankan bagi (1) peneliti selanjutnya yaitu untuk meneliti secara lebih mendalam mengenai karakteristik ibu bersalin secara seksio sesarea, tidak hanya menurut umur dan paritas tetapi juga tingkat pendidikan pasien, status ekonomi dan kadar Hb menjelang persalinan. Selain itu, diharapkan peneliti selanjutnya dapat membahas hubungan masing-masing faktor terhadap terjadinya seksio sesarea, misalnya hubungan faktor atas permintaan pasien terhadap terjadinya seksio sesarea. (2) Petugas kesehatan, baik bidan atau dokter diharapkan dalam pengisian data rekam medik pasien dan buku register partus tahunan dilakukan pengisian secara lengkap baik dari pemeriksaan fisik dan psikologis karena masih didapatkan rekam medik yang kurang lengkap dan terutama buku register partus yang kurang maksimal pengisiannya.

DAFTAR PUSTAKA

Andree, Anna. 2006. *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Persalinan Melalui Operasi Seksio sesarea Tahun 1997-2003 (SDKI 2002-2003)*, Universitas Indonesia, (Online), (<http://www.digilib.ui.ac.id>), diakses 23 Januari 2010.

Arikunto, S. 2002. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Rineka Cipta: Jakarta.

Birza. *Gambaran seksio sesarea di RSUP H. Adam Malik dan RSUD dr.*

Pirngadi Medan 1 Januari 1999-31 Desember 2003. Dibacakan pada PIT POGI XV Batam; Medan. Bagian Obstetri dan Ginekologi FK Universitas Sumatera Utara-RSUD dr. Pirngadi, Juli 2005, (online), (<http://www.usu.ac.id>), diakses 11 Februari 2010

Cunningham FG, MacDonald, gant NF. 2006. *Williams Obstetrics. 22rd Edition*, Appleton & Lange, New York, alih bahasa oleh EGC: Jakarta

Cunningham FG, MacDonald, gant NF. 2006. *Williams Obstetrics. 21rd Edition*, Appleton & Lange, New York, alih bahasa oleh EGC: Jakarta

Chanrachakul dan Herabutya, dkk. 2000. *Obstetrics Gynaecology Research* no.26 vol 5, Oktober.

Danforth. 2002. *Buku Saku Obstetri dan Ginekologi*. Alih Bahasa: TMA Chalik., Widya Medika: Jakarta

Depkes RI. 2002. *Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar*. Depkes RI: Jakarta.

Depkes. 2007. *Apa Itu Operasi Caesar*. <http://www.litbang.depkes.go.id>, diakses 11 November 2009

Derek, Llewellyn-Jones. 2001. *Dasar Dasar Obstetri dan Ginekologi*. Edisi 6, Alih Bahasa: Hadyanto, Hipokrates: Jakarta

Hacker, Neville F. 2001. *Essensial Obstetri dan Ginekologi*. Alih bahasa: Edi Nugroho. Ed. II, Hipokrates: Jakarta

Heller, Luz. 1997. *Gawat Darurat Ginekologi dan Obdtetri*. Alih Bahasa: H. Mochamad Martoprawiro, EGC: Jakarta

Indiarti. 2007. *Cesar Kenapa Tidak?* elMatera: Yogyakarta

Karkata, Made. 2007. Pro-kontra Penanganan Aktif Eklampsia dengan Seksio Sesarea. (online), (<http://www.usu.ac.id>), diakses 11 Februari 2010

- Kasdu, Dini. 2003. *Operasi Caesar Masalah dan Solusinya*. Puspa Swara: Jakarta
- Machfoedz, Ircham. 2008. *Statistika Nonparametrik Bidang Kesehatan Keperawatan Kebidanan Kedokteran*, Fitramaya: Yogyakarta
- Manuaba IBG. 1999. *Operasi Kebidanan Kandungan dalam Keluarga Berencana*, EGC: Jakarta
- Manuaba IBG. 2001. *Kapita Selekta Penatalaksanaan Rutin Obstetri Ginekologi dan KB*. EGC: Jakarta
- Manuaba IBG. 2003. *Penuntun Kepaniteraan Klinik Obstetri dan Ginekologi*. Edisi kedua, EGC: Jakarta
- Martius, Gerhard. 1997. *Bedah Kebidanan Martius*. Edisi 12, Editor Friedman, EGC: Jakarta
- Mochtar, Rustam. 1998. *Sinopsis Obstetri, Obstetri Operatif, Obstetri Sosial*, EGC: Jakarta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2002. *Metodologi Penelitian Kesehatan (Edisi Revisi)*, Rineka Cipta: Jakarta
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2003. *Pengantar Pendidikan Kesehatan Edisi Revisi*, Rineka Cipta: Jakarta
- Novita, Liza. 2007. *Tinjauan Lama Perawatan Pasca Seksio Seksio sesarea di Instalasi Rawat Inap Obstetri dan Ginekologi RSUD Arifin Achmad Pekanbaru Periode 1 Januari–31 Desember 2006*. Universitas Riau Pekanbaru
- Oxorn, Harry. 1996. *Ilmu Kebidanan Patologi dan Fisiologi Persalinan Human Labor and Birth*. Editor ahli : Hakimi, Yayasan Essentia Medica. Jakarta (634-648)
- Prastiwi, Ria. 2008. *Hubungan Umur Paritas dan Penyebab Ibu yang Bersalin Melalui Seksio Seksio sesarea dengan Kejadian Asfiksia pada Bayi Baru Lahir di RSUD Wates Kulon Progo Yogyakarta Tahun 2006*, STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta
- Prawirohardjo. 2000. *Ilmu Bedah Kebidanan*. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo: Jakarta
- _____. 2008, *Ilmu Kebidanan*, P.T. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo: Jakarta
- _____. 2007. *Ilmu Kebidanan*, Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo: Jakarta
- _____, 2002, *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo: Jakarta
- _____, 2006, *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*, Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo: Jakarta
- _____, 2002, *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*, Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo: Jakarta
- Rabe, Thomas. 2002. *Buku Saku Ilmu Kebidanan*. Alih Bahasa: Manuaba IBG, dkk, Hipokrates: Jakarta
- Rasjidi, Imam. 2009. *Manual Seksio Sesarea dan Laparotomi Kelainan Adneksa*, CV Sagung Seto, Jakarta
- Rayburn, William F., 2001, *Obstetri dan Ginekologi*. Alih Bahasa: H. TMA Chalik., Widya Madika: Jakarta
- Sibuea, Daulat Hasihola. 2007, *Manajemen Seksio Seksio sesareaa Emergensi : Masalah dan Tantangan*. (online), (<http://www.usu.ac.id>), diakses 11 Februari 2010
- Sugiyono. 2007. *Statistika untuk Penelitian*. CV Alfabeta: Bandung
- Sarmana, 2004, *Determinan Non Medis Dalam Permintaan Persalinan Sectio Caesarea di Rs St Elisabeth Medan Tahun 2004*, (online), (<http://library.usu.ac.id>), diakses 11 November 2009
- Sudrajat, F.J. Anggraeni, Maria. 2006. *Keluarga Berencana Kesehatan Reproduksi Gender dan*

Pembangunan Kependudukan,
BKKBN: Jakarta

Taber, Ben-Zion. 2004. *Kapita Selekta Kedaruratan Obstetri dan Ginekologi.* Alih Bahasa: Teddy Supriyadi, Johannes Gunawan, Edisi kedua, EGC: Jakarta

Tjipta, GD., Nasution, R.I., Aldy, Dachrul., Siregar, Z. 2003. *Pattern of Newborn Babies Delivered by Cesarean Section,* Volume 43, No. 1-2, Januari–February 2003, Paeditrica Indonesiana



STIKES
Aisyiyah
YOGYAKARTA