



PERSALINAN PASIEN PASCA BEDAH CAESAR

Syarief Thaufik Hidayat

TESIS

Untuk memenuhi salah satu syarat,
memperoleh gelar Dokter Spesialis Obstetri Ginekologi

PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER SPESIALIS - I
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG

UNIVERSITAS
DIPONEGORO

Penelitian ini dilakukan di Bagian Obstetri Ginekologi
Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro
Sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Dokter Spesialis Obstetri Ginekologi

Hasil penelitian ini merupakan milik

Bagian / SMF Obstetri Ginekologi
Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro
Rumah Sakit Umum Pusat Dr . Kariadi
Semarang

Telah diajukan dan disetujui
Semarang , Juni 1998

Ketua Bagian / SMF
Obstetri Ginekologi
FK UNDIP/RSUP Dr.Kariadi



Dr . Noor Pramono MMed.Sc , SpOG
NIP : 130 345 800



KPS PPDS – I
Obstetri Ginekologi
FK UNDIP/RSUP Dr.Kariadi



Dr . Soeharsono , SpOG
NIP : 130 354 875

KATA PENGANTAR

Bismillahirrohmanirrohim ,

Pertama –tama saya memanjatkan puji syukur ke hadirat Allah swt , atas rahmat dan karuniaNya , sehingga saya dapat menyelesaikan tesis ini sebagai syarat untuk menempuh ujian akhir dalam mengikuti Program Pendidikan Dokter Spesialis bidang Obstetri dan Ginekologi di Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro / Rumah Sakit Umum Pusat Dokter Kariadi Semarang.

Saya sadari meskipun dengan segala kemampuan dan upaya yang telah dilakukan , tesis ini masih jauh dari sempurna , untuk itu saya membuka diri terhadap saran dan kritik yang akan sangat berarti bagi penambahan wawasan dan keilmuan saya.

Pada kesempatan ini saya sampaikan dengan tulus rasa hormat , penghargaan , terima kasih sebesar – besarnya kepada semua pihak yang telah membantu selama proses pendidikan dan penyelesaian tesis ini kepada ,

- Dr . H . Noor Pramono MMed Sc , SpOG selaku Ketua Bagian / S M F Obstetri dan Ginekologi / RSUP Dr . Kariadi Semarang atas segala bimbingan dan ilmu yang telah diberikan selama pendidikan serta bimbingan yang tiada henti dalam penyelesaian tesis ini .
- Dr . Suharsono , SpOG selaku Ketua PPDS I bidang Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran UNDIP atas bimbingannya selama ini .
- Dr . Siti Mutmainnah Prihadi , SpOG yang telah bersedia membimbing dalam penyusunan tesis ini .
- Semua guru yang telah memberikan bimbingan ilmu dan ketrampilan serta penanaman jiwa disiplin , tanggung jawab dan sifat arif bijaksana serta santun dalam memberikan pelayanan.
- Semua penderita yang secara sukarela , tanpa mereka sadari ikut memberikan sumbangan pengetahuan dan ketrampilan saya.
- Orang tua saya serta kedua mertua saya yang telah memberikan dorongan , bantuan , semangat serta doa restu selama pendidikan .
- Istri saya tercinta Dr . Mintarti dan putra saya Rizky Syahriar Syoufana yang telah dengan sabar dan penuh pengertian mendampingi saya selama mengikuti pendidikan .

Akhirnya saya berharap semoga tulisan ini bermanfaat bagi dunia kedokteran , khususnya bidang Obstetri dan Ginekologi . Amin

Semarang , Juni 1998

Syarief Thaufik Hidayat

ABSTRAK

Persalinan dengan bedah Caesar menunjukkan kecenderungan yang makin meningkat dari tahun ke tahun dan ini menimbulkan masalah pada kehamilan serta persalinannya yang akan datang. Persalinan pasien hamil pasca bedah Caesar merupakan persalinan risiko tinggi yang memerlukan pengawasan ketat serta kerjasama yang baik antara pasien sendiri dan penolong persalinan. Untuk itu telah diupayakan kebijakan rawat inap bagi kemudahan observasi terhadap pasien sehingga diharapkan persalinan yang aman. Maka dilakukan penelitian Persalinan Pasien Pasca Bedah Caesar untuk menilai pengaruh rawat inap terhadap morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi yang dilahirkan.

Penelitian ini bertujuan untuk melihat pengaruh kebijakan rawat inap pra persalinan terhadap hasil akhir ibu dan bayi pada persalinan pasien hamil pasca bedah Caesar.

Telah dilakukan studi retrospektif, potong lintang dengan membandingkan hasil persalinan pasien hamil pasca bedah Caesar yang melakukan rawat inap di RSUP Dr. Kariadi dengan yang tidak melakukan rawat inap sebelum persalinan, selama 3 tahun periode 1 Januari 1995 – 31 Desember 1997. Populasi adalah pasien hamil pasca bedah Caesar yang bersalin di RSUP Dr. Kariadi usia 20 – 35 tahun dengan usia kehamilan 38 minggu keatas, kehamilan tunggal atau ganda yang direncanakan dikelola ekspektatif.

Angka persalinan pasien hamil pasca bedah Caesar 1.41%, yaitu 168 pasien dari 11,988 persalinan keseluruhan. Yang memenuhi syarat penerimaan sampel 120 kasus (71.43%), diantaranya 66 pasien (55%) melakukan rawat inap sebelum persalinan. Karakteristik pasien yang meliputi umur, paritas, pendidikan, asal rujukan dan asal penderita pada kelompok yang rawat inap dan yang tidak rawat inap sama. Aspek klinik perawatan ante natal, kadar hemoglobin, riwayat persalinan pervaginam, jarak kehamilan terakhir serta riwayat bedah Caesar terdahulu pada kedua kelompok sama. Pasien hamil pasca bedah Caesar yang rawat inap sebagian besar (81.8%) datang dalam keadaan belum inpartu, sedang yang tidak rawat inap umumnya datang dalam keadaan inpartu kala I (88.5%), dalam hal ini kedua kelompok berbeda. Enam puluh tiga pasien (52.5%) berhasil lahir pervaginam dan 55 pasien (45.8%) persalinannya diakhiri dengan bedah Caesar ulang. Macam persalinan kelompok yang rawat inap dan yang tidak rawat inap sama.

Didapatkan 2 kejadian ruptura uteri total (1.7%) dan 2 dehisens (1.7%). Tidak didapatkan kematian ibu. Pada bayi yang dilahirkan terdapat 2 kematian (1.6%) akibat ruptura uteri pada kelompok yang tidak rawat inap. Dan morbiditas serta mortalitas bayi yang dilahirkan pada kedua kelompok berbeda bermakna.

Rendahnya morbiditas dan mortalitas bayi pasien yang menjalani rawat inap menekankan kembali perlunya kebijakan rawat inap pra persalinan diterapkan pada pasien hamil pasca bedah Caesar

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul	
Halaman pengesahan	
Kata pengantar	i
Abstrak	ii
Daftar isi	iii
Daftar tabel	vi
Daftar gambar	viii
BAB I	
PENDAHULUAN	1
1.1. Latar belakang penelitian	1
1.2. Keaslian penelitian	3
1.3. Tujuan penelitian	3
1.4. Manfaat penelitian	3
BAB II	
TINJAUAN KEPUSTAKAAN	4
2.1. Sejarah	4
2.2. Epidemiologi	4
2.3. Kondisi parut uterus	6
2.3.1. Patofisiologi parut	6
2.3.2. Kondisi parut uterus	8
2.4. Penatalaksanaan kehamilan dan persalinan	9
2.5. Ruptura uteri pada persalinan pasca bedah Caesar	14
2.6. Implikasi maternal perinatal	17
- Kerangka Teori	19
- Kerangka Konsep	20

BAB III	HIPOTESIS	21
BAB IV	CARA PENELITIAN	22
	4.1. Rancangan penelitian	22
	4.2. Sampel	22
	4.3. Jumlah sampel	23
	4.4. Batasan operasional	24
	4.5. Alur penelitian	25
	4.6. Analisis data	26
	4.7. Etika penelitian	27
BAB V	HASIL PENELITIAN	28
	5.1. Aspek epidemiologi	28
	5.1.1. Angka kejadian	28
	5.1.2. Karakteristik pasien	29
	5.1.2.1. Umur pasien	29
	5.1.2.2. Paritas	30
	5.1.2.3. Pendidikan	30
	5.1.2.4. Asal rujukan	31
	5.1.2.5. Asal pasien	32
	5.2. Aspek klinik	34
	5.2.1. Perawatan antenatal	34
	5.2.2. Riwayat bedah Caesar	35
	5.2.3. Kadar hemoglobin	35
	5.2.4. Riwayat persalinan pervaginam	36
	5.2.5. Jarak kehamilan	38
	5.2.6. Riwayat bedah Caesar terdahulu	39
	5.2.7. Perawatan persalinan	41
	5.3. Morbiditas dan mortalitas ibu	43
	5.4. Morbiditas dan mortalitas perinatal	45

BAB VI	PEMBAHASAN	47
6.1.	Aspek epidemiologi	47
6.1.1.	Angka kejadian	47
6.1.2.	Karakteristik pasien	49
6.1.2.1.	Umur pasien	49
6.1.2.2.	Paritas	49
6.1.2.3.	Pendidikan	49
6.1.2.4.	Asal rujukan	50
6.1.2.5.	Asal pasien	50
6.2.	Aspek klinik	50
6.2.1.	Perawatan antenatal	50
6.2.2.	Riwayat bedah Caesar	51
6.2.3.	Kadar hemoglobin	52
6.2.4.	Riwayat persalinan pervaginam	52
6.2.5.	Jarak kehamilan	53
6.2.6.	Riwayat bedah Caesar terdahulu	54
6.2.7.	Perawatan persalinan	54
6.3.	Morbiditas dan mortalitas ibu	57
6.4.	Morbiditas dan mortalitas perinatal	59
BAB VII	KESIMPULAN	61
BAB VIII	SARAN	62
DAFTAR PUSTAKA		63

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1 Karakteristik pasien penelitian.....	33
Tabel 2 Sebaran frekuensi ante natal pasien hamil pasca bedah Caesar yang rawat inap dan yang tidak rawat inap.....	35
Tabel 3 Sebaran kadar Hemoglobin pasien hamil pasca bedah Caesar yang rawat inap dan yang tidak rawat inap.....	36
Tabel 4 Sebaran riwayat persalinan pervaginam antara yang rawat inap dan yang tidak rawat inap.....	37
Tabel 5 Hubungan riwayat persalinan pervaginam dengan keberhasilan pengelolaan ekspektatif.....	37
Tabel 6 Hubungan saat riwayat persalinan pervaginam dengan keberhasilan pengelolaan ekspektatif.....	38
Tabel 7 Hubungan jarak bedah Caesar terakhir dengan macam persalinan antara yang rawat inap dan yang tidak rawat inap...	39
Tabel 8 Hubungan indikasi bedah Caesar terdahulu dengan macam persalinannya saat ini.....	40
Tabel 9 Hubungan indikasi bedah Caesar terdahulu antara yang rawat inap dan yang tidak rawat inap.....	40
Tabel 10 Hubungan saat pasien hamil pasca bedah Caesar datang antara yang rawat inap dan yang tidak rawat inap.....	41

Tabel 11	Hubungan macam persalinan antara yang rawat inap dan yang tidak rawat inap.....	42
Tabel 12	Sebaran indikasi bedah Caesar ulang pasien penelitian antara yang rawat inap dan yang tidak rawat inap.....	43
Tabel 13	Hubungan keadaan ibu pasca persalinan dengan rawat inap pra persalinan.....	44
Tabel 14	Kejadian ruptura uteri pada pasien hamil pasca bedah Caesar yang dicoba partus pervaginam.....	45
Tabel 15	Hubungan keadaan anak yang dilahirkan dan cara persalinan.....	45
Tabel 16	Sebaran kasus menurut berat badan bayi dan cara persalinan...	46
Tabel 17	Hubungan keadaan anak yang dilahirkan dengan rawat inap pra persalinan.....	46
Tabel 18	Perbandingan angka persalinan pasien hamil pasca bedah Caesar yang menjalani pengelolaan ekspektatif.....	48
Tabel 19	Kejadian ruptura uteri pada persalinan pasien hamil pasca bedah Caesar yang dicoba partus pervaginam.....	58

DAFTAR GAMBAR

		Halaman
Gambar 1	Sebaran pasien hamil pasca bedah Caesar yang melakukan rawat inap dan yang tidak rawat inap.....	28
Gambar 2	Sebaran macam persalinan pasien hamil pasca bedah Caesar.	29
Gambar 3	Sebaran umur pasien hamil pasca bedah Caesar.....	30
Gambar 4	Sebaran paritas pasien hamil pasca bedah Caesar.....	30
Gambar 5	Sebaran lama pendidikan pasien hamil pasca bedah Caesar...	31
Gambar 6	Sebaran asal rujukan pasien hamil pasca bedah Caesar.....	31
Gambar 7	Sebaran asal penderita pasien hamil pasca bedah Caesar.....	32
Gambar 8	Sebaran perawatan ante natal pasien hamil pasca bedah Caesar.....	34
Gambar 9	Sebaran kadar hemoglobin pasien hamil pasca bedah Caesar.	35
Gambar 10	Sebaran riwayat persalinan pervaginam pasien hamil pasca bedah Caesar.....	36
Gambar 11	Sebaran jarak kehamilan pasien hamil pasca bedah Caesar....	38
Gambar 12	Sebaran indikasi bedah Caesar terdahulu.....	39
Gambar 13	Sebaran macam persalinan.....	42

BAB I

PENDAHULUAN

1. Latar Belakang

Dengan makin majunya teknologi Kebidanan maka sering kali kita harus segera mengakhiri persalinan dengan bedah Caesar. Ditambah dengan fasilitas yang memadai di bidang anestesi, ketrampilan operator yang meningkat, penyediaan darah dan antibiotika yang mencukupi maka keputusan untuk melakukan bedah Caesar lebih mudah dikerjakan. Hal tersebut akan menimbulkan masalah bagi ibu-ibu yang masih ingin anak lagi pada persalinannya yang akan datang. Lebih rumit lagi masalah ini, oleh karena ibu-ibu yang pasca bedah Caesar banyak yang berasal dari luar kota dan tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan^{1,2,3}.

Penatalaksanaan kehamilan dan persalinan pada pasien pasca bedah Caesar (BC) di Bagian Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro (FK UNDIP) / RSUP Dr. Kariadi Semarang selama ini masih menganut kebijakan pemeriksaan ante natal yang lebih sering serta rawat inap 2 minggu sebelum taksiran persalinan pada pasien-pasien yang direncanakan partus pervaginam maupun yang direncanakan bedah Caesar ulang⁴.

Rawat inap terhadap pasien hamil pasca bedah Caesar masih menimbulkan beberapa perbedaan pendapat di kalangan para ahli, khususnya terhadap pasien yang direncanakan partus pervaginam. Kekhawatiran akan terjadinya ruptura uteri mendukung pendapat yang mengharuskan pasien dirawat sebelum taksiran persalinannya. Sedangkan pendapat lain tidak memerlukan rawat inap pada pasien hamil pasca bedah Caesar, asalkan didukung dengan pendidikan pasien serta jarak rumah ke rumah sakit yang mudah didatangi apabila sewaktu-waktu ada tanda akan melahirkan^{5,6}.

Phelan JP (1990), menyatakan bahwa kejadian ruptura uteri pada pasien hamil pasca bedah Caesar adalah 8 kali lebih besar daripada yang tak punya parut pada uterus.

Dengan kejadian rata-rata ruptura uteri pada pasien hamil pasca bedah Caesar berkisar antara 21% - 79%⁶

Di RSUP Dr. Kariadi , Pratomo P (tahun 1988) mendapatkan 140 persalinan pada pasien pasca bedah Caesar selama periode 1984-1986. Didapatkan 4 kasus ruptura uteri dengan 3 diantaranya datang sudah dengan ruptur. 27 pasien (38.7%) tidak mengalami rawat inap ,karena datang ke rumah sakit dalam keadaan inpartu. Sedangkan lama perawatan sebelum persalinan 5.4 ± 3.3 hari , sehingga bila semua pasien pasca bedah Caesar harus dirawat menjelang persalinannya maka memerlukan tidak sedikit pengeluaran baik dana dan waktu⁵.

Kemungkinan kejadian ruptura uteri dengan irisan klasik adalah 10 kali dibanding irisan transversal rendah . Dengan sepertiga dari ruptura parut sayatan klasik terjadi waktu kehamilan, sedang pada irisan transversal rendah umumnya terjadi saat persalinan⁷.

Ruptura uteri pada pasien hamil pasca bedah Caesar dengan jenis irisan uterus transversal jarang terjadi sebelum persalinan. Dan memang terjadinya ruptura uteri pada pasien hamil pasca bedah Caesar dipengaruhi antara lain oleh jenis irisan uterus terdahulu dan penyembuhan lukanya. Banyak peneliti mengemukakan kemungkinan kajadian ruptura uteri pada pasien yang dilakukan bedah Caesar transversal rendah adalah kecil. Horowitz dkk., seperti yang dikutip Sunarto A (1995) menunjukkan bahwa kejadian ruptura uteri simtomatik pada pasien hamil pasca bedah Caesar yang diperbolehkan partus pervaginam bervariasi dari 0 - 7% , cenderung meningkat di negara-negara Asia dan terutama Afrika⁶.

Mengingat makin meningkatnya angka kejadian persalinan pada pasien pasca bedah Caesar serta kekhawatiran akan terjadinya ruptura uteri jaringan parut , apakah kebijakan rawat inap sebelum persalinan pada pasien pasca bedah Caesar akan bisa menurunkan kejadian bedah Caesar ulang dan bisa menurunkan morbiditas serta mortalitas pada ibu maupun bayinya dibanding yang tidak rawat inap ?

2. Keaslian Penelitian

Penelitian mengenai kehamilan dan persalinan pada pasien pasca bedah Caesar sudah banyak dilakukan di dalam maupun di luar negeri. Pratomo P (1988) di RSUP Dr. Kariadi meneliti tentang pemantauan proses persalinan pasien pasca bedah Caesar serta hasil akhir ibu dan bayi. Sunarto A (1995) di RSUPN Cipto Mangunkusumo menelaah beberapa aspek yang berkaitan dengan terjadinya ruptura uteri pada pasien pasca bedah Caesar yang direncanakan partus pervaginam.. Penelitian disini ditekankan mengenai aspek pengelolaan kehamilan menjelang persalinan pada pasien pasca bedah Caesar yang rawat inap dan yang tanpa rawat inap , dengan melihat proses persalinan serta hasil akhir ibu dan bayi.

3. Tujuan penelitian

a. Tujuan Umum

Penelitian ini akan membahas aspek klinik kehamilan serta persalinan pada pasien hamil pasca bedah Caesar

b. Tujuan Khusus

- Membandingkan pasien hamil pasca bedah Caesar yang rawat inap dengan yang tidak rawat inap dalam hal morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi
- Memperoleh data morbiditas serta mortalitas ibu dan bayi pada kasus ruptura uteri pasien hamil pasca bedah Caesar
- Mengetahui pengelolaan kehamilan menjelang persalinan sampai proses persalinannya.
- Mengetahui gambaran epidemiologi pasien hamil pasca bedah Caesar

4. Manfaat penelitian

Dengan dilakukannya penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran aspek klinik dan epidemiologik persalinan pada pasien hamil pasca bedah Caesar , sehingga dapat memberikan asupan untuk kebijakan pengelolaan .

BAB II

TINJAUAN KEPUSTAKAAN

2.1. SEJARAH

Persalinan bedah Caesar adalah prosedur operasi yang paling sering dilakukan di negara maju dan akhir-akhir ini di negara berkembang⁷⁻¹⁰.

Cragin pada New York Medical Journal tahun 1916 menyatakan "once a Cesarean, always a Cesarean", hal ini dapat dimengerti karena saat itu ahli-ahli obstetri melakukan irisan klasik pada bedah Caesar. Sehingga pengertiannya adalah sekali bedah Caesar klasik selalu bedah Caesar, dan ini masih diikuti sampai sekarang. Keadaan berubah setelah Kerr dan Holland semenjak 1921 memperkenalkan irisan transversal rendah pada rahim⁹⁻¹³.

Sejak awal 1980 an mulai banyak dilaksanakan pengelolaan persalinan pervaginam pasca bedah Caesar (vaginal birth after caesarean / VBAC).

National Institute of Health (NIH) dan American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) menggalakkannya sebagai upaya mencegah kecenderungan meningkatnya bedah Caesar¹³.

2.2. EPIDEMIOLOGI

Kejadian persalinan pada pasien pasca bedah Caesar dikemukakan oleh beberapa penulis berbeda-beda. Di Amerika makin lama angka persalinan bedah Caesar bertambah yakni dari 1 dalam 20 kelahiran hidup di tahun 1970 , menjadi 1 dalam 4 kelahiran hidup sejak tahun 1986¹²⁻¹⁵.

Di Asia sangat bervariasi , berkisar antara 4.8% di India dan 26.6% di daratan Cina. Di Indonesia , seperti yang dilaporkan Wirakusumah F (1994), angka persalinan bedah Caesar di 12 rumah sakit pendidikan berkisar antara 2.1% - 11.8%¹⁵⁻¹⁷.

Analisis dari statistik nasional menunjukkan peningkatan 48% tingkat persalinan bedah Caesar dari tahun 1980 sampai tahun 1985 yang berhubungan dengan persalinan bedah Caesar sebelumnya. Sebagian besar indikasi yang umum dikerjakan berturut-turut adalah distosia, bekas bedah Caesar, presentasi sungsang, dan gawat janin¹⁸⁻²¹. Pada tahun 1991 sekitar 23.5% dari 4,111,000 kelahiran hidup di Amerika adalah liwat bedah Caesar dan 35% dari angka ini adalah prosedur ulang. Data dari hampir semua negara menunjukkan prosedur bedah Caesar ulang berkisar 15%- 45%^{13,15}. Jadi pengurangan dalam jumlah persalinan bedah Caesar ulang dapat diharapkan menurunkan angka persalinan bedah Caesar keseluruhan secara bermakna¹³. Telah diperkirakan jika 80% dari pasien dengan bedah Caesar sebelumnya diberi kesempatan partus pervaginam, keberhasilan 75% akan menghasilkan 21% penurunan tingkat persalinan bedah Caesar secara nasional¹⁹.

Sehubungan dengan makin meningkatnya bedah Caesar primer dan bedah Caesar ulang di Amerika semenjak 1970-an, National Institutes of Health merekomendasikan bahwa bila tak terdapat komplikasi maka wanita hamil dengan pasca bedah Caesar transversal rendah mendapat kesempatan persalinan pervaginam⁸.

Pada tahun 1988, "ACOG Committe on Obtsetrics" menyatakan konsep rutin persalinan bedah Caesar ulang dilakukan atas indikasi yang rasional dan wanita dengan riwayat 2 kali atau lebih bedah Caesar sebelumnya dengan insisi tranversal rendah bisa mendapatkan kesempatan persalinan pervaginam asal tidak ada kontra indikasi¹⁴.

Banyak upaya ahli obstetri lain yang berusaha menurunkan kejadian bedah Caesar. O'Driscoll dkk (1988) membuat pedoman pengelolaan aktif persalinan ("active management labor" / AML) bagi keberhasilan persalinan pervaginam pada wanita hamil dengan janin tunggal, letak kepala, usia cukup bulan yang dicurigai distosia^{19,22}. Robson dkk (1996) melakukan audit terhadap tingginya kejadian bedah Caesar dan berhasil menurunkan kejadian bedah Caesar primer pada primipara dengan janin tunggal, letak kepala, usia cukup bulan dan kejadian bedah Caesar ulang pada multipara dengan janin tunggal, letak kepala, usia cukup bulan²³.

Tapi beberapa ahli pada umumnya melakukan bedah Caesar elektif pada kehamilan berikutnya pasien dengan pernah bedah Caesar 2 kali atau lebih²⁴.

Akhir-akhir ini pasien dengan riwayat bedah Caesar 2 atau lebih menurun, dikarenakan adanya program keluarga kecil, sebaliknya kecenderungan bedah Caesar pada kehamilan yang pertama akan naik.

2.3. KONDISI PARUT PADA UTERUS

2.3.1. Patofisiologi parut

Memberi kesempatan persalinan pervaginam pada pasien hamil pasca bedah Caesar telah banyak dianut, dan ini membawa konsekuensi pada keadaan dinding perut dan rahim akibat pembedahan bedah Caesar dahulu²⁵.

Problema utama suatu hasil pembedahan adalah mengenai penyembuhan luka. Sehingga harus pula kita perhatikan berbagai faktor yang mempengaruhi proses penyembuhan luka. Tingkat fertilitas maupun nyeri perut bagian bawah bisa merupakan indikator tak langsung dari adanya perlekatan akibat pembedahan²⁶.

Pitkin (1991) menyatakan bahwa seorang wanita dengan jaringan parut di uterus harus dianggap sesuatu yang tidak normal, sehingga ia memerlukan perhatian yang khusus dan pertimbangan yang matang untuk merencanakan penanganannya⁸.

Beberapa peneliti, seperti Williams (1921) menyatakan bahwa uterus sembuh dengan regenerasi serabut-serabut otot, tidak dengan pembentukan jaringan parut. Pendapat ini didasarkan hasil pemeriksaan histologik pada tempat insisi dan 2 pengamatan penting. Pertama, bahwa pada pemeriksaan pandang sebelum uterus dibuka pada saat bedah Caesar ulang, biasanya tidak ditemukan bekas irisan pertama, atau paling banyak hanya dijumpai suatu parut berbentuk garis yang hampir tak terlihat. Kedua, bila uterus diangkat setelah dilakukan fiksasi, seringkali tak ditemukan parut atau hanya terlihat suatu cekungan dangkal vertikal pada permukaan dalam dan luar dinding depan uterus, tanpa adanya jaringan parut diantaranya. Tapi Schwarz dkk (1938) menyatakan bahwa penyembuhan luka pada uterus hamil terjadi dengan cara pembentukan jaringan ikat. Proses ini berjalan sebagai berikut yaitu setelah dilakukan sayatan maka antara kedua sisi luka timbul eksudat, pembentukan dan deposit fibrin, proliferasi dan infiltrasi fibroblast, kemudian terbentuklah jaringan parut. Jaringan parut kemudian menarik kedua sisi otot sehingga hampir tidak tampak lagi jaringan parutnya^{5,20}.

Penyembuhan luka pada uterus adalah unik. Sayatan yang dilakukan adalah sayatan pada suatu dinding organ yang terdiri dari otot halus. Atau ada pula sayatan pada tempat yang sebagian besar terdiri atas jaringan ikat. Disini ada faktor mekanik berupa kontraksi dan retraksi yang dapat mempengaruhi proses penyembuhan. Badan uterus akan mengecil sampai $1/4 - 1/5$ dari ukuran semula. Suatu sayatan longitudinal sepanjang 10 cm akan cepat mengecil membentuk parut sepanjang 2 cm. Sayatan pada segmen bawah rahim mengecil lebih lambat. Pada kehamilan berikutnya serabut-serabut otot mengalami pemanjangan dan perubahan konsistensi. Daerah jaringan parut relatif statis, konsistensi jaringan parut mengalami perubahan ringan menjadi lebih lunak mirip perubahan yang dialami jaringan fibromuskuler serviks dikala awal persalinan. Perubahan tampak nyata pada bagian miometrium tidak pada jaringan fibrous parut⁵.

Yang perlu kita perhatikan juga adalah risiko terjadinya perlengketan. Ini tampak lebih nyata pada mereka yang dilakukan pengirisan dinding perut secara membujur daripada yang melintang (Pfanestiel). Irlon (1996) dari penelitiannya menyatakan bahwa tidak ada perbedaan bermakna terjadinya perlengketan ,lama penyembuhan serta risiko ileus pasca bedah antara yang dilakukan penutupan peritoneum viserale-parietale dengan yang tidak²⁶.

Sedang Stark (1994) mendapatkan risiko perlengketan yang bermakna pada yang dilakukan penutupan peritoneum viscerale-parietale dibanding yang tidak . Dan umumnya dianjurkan untuk meletakkan omentum di dinding depan uterus untuk mengurangi risiko perlekatan dengan dinding perut²⁷.

Beberapa faktor lokal yang mempengaruhi penyembuhan luka adalah kebutuhan oksigen jaringan , suhu , adanya proses infeksi , kerusakan jaringan , antiseptik dan germisida , sirkulasi darah dan limfe , tempat yang bergerak⁶.

Masalah infeksi sering dijumpai oleh seorang Ahli Bedah. Dan tindakan aseptik bukanlah jaminan untuk mencegah timbulnya infeksi, tetapi lebih dari itu persiapan tindakan bedah yang baik , keadaan umum dan imunitas penderita , pencegahan perdarahan dan syok, serta seleksi penderita yang memadai turut mempengaruhi keberhasilan.

Beberapa kondisi pasien yang menjadi predisposisi timbulnya infeksi adalah ⁶

- 1. Kerusakan jaringan atau sel
- 2. Sirkulasi dan nutrisi jaringan yang buruk
- 3. Faktor sistemik :
 - Asidosis , ketosis
 - Kekurangan protein dan vitamin
 - Gangguan hormonal (misalnya karena terapi kortikosteroid)
 - Pansitopenia atau depresi sumsum tulang
 - Superinfeksi karena gangguan keseimbangan flora normal

2.3.2. Usaha untuk mengetahui kondisi parut uterus ^{6,8,14}.

Secara klinis , kondisi parut uterus dapat dilihat secara langsung pada saat dilakukan bedah Caesar ulang. Saat persalinan , adanya nyeri dan nyeri tekan yang menetap didaerah segmen bawah rahim dapat diduga sebagai ancaman ruptur.

Dapat pula dilakukan eksplorasi secara manual segera setelah persalinan pervaginam dengan palpasi langsung parut yang ada ^{28,29}. Menurut Baker (1992) informasi yang berharga bisa diperoleh dari prosedur ini sehingga perlu dipertimbangkan sebagai prosedur yang rutin. Melalui pemeriksaan ini akan diketahui apakah ada ruptur atau tidak sebelum pasien menjadi syok karena terjadi ruptur. Juga sebagai penilaian keadaan parut untuk pertimbangan persalinan mendatang.

Tetapi beberapa penulis tidak melakukan prosedur diatas , mereka hanya melakukan observasi secara cermat akan kemungkinan perdarahan atau tanda-tanda syok.

Hickl (1992) menyatakan bahwa pemeriksaan parut dengan palpasi langsung setelah persalinan bisa meningkatkan risiko trauma pada jaringan parut, maka dianjurkan bila proses persalinan tak ada komplikasi , sebaiknya pasien cukup diawasi selama 4 jam di kamar bersalin ³⁰.

Phelan dkk (1988) mengemukakan bahwa pemeriksaan parut transervikal setelah suatu persalinan pervaginam lebih sulit dan kurang bisa mendeteksi adanya dehisen ³¹.

Cara lain untuk melihat kondisi parut dengan histeroskopi , ultrasonografi atau histerografi yaitu dengan melihat adanya defek pada dinding rahim yang akan makin teregang bila terjadi ancaman robekan rahim ^{30,31}.

2.4. Penatalaksanaan Kehamilan dan Persalinan .

Secara umum di RSUD Dr.Kariadi ada 3 kelompok pengelolaan pasien hamil pasca bedah Caesar yaitu ^{2,4,5}:

- Kelompok 1

Memberi kesempatan persalinan pervaginam (perawatan ekspektatif) , asalkan indikasi bedah Caesar yang lalu tidak terulang atau tidak terdapat indikasi baru untuk melakukan bedah Caesar ulang.

Kala II diperingan.

Ekspektatif berhasil apabila dapat lahir pervaginam , spontan ataupun dengan persalinan tindakan.Ekspektatif gagal masuk kelompok 2.

- Kelompok 2

Pasien pasca bedah Caesar yang karena kondisinya tak bisa lahir pervaginam dan diakhiri dengan bedah Caesar segera.

- Kelompok 3

Merencanakan persalinan per abdominal atau bedah Caesar ulang (seksio elektif),biasanya dikerjakan pada kehamilan minggu ke 38 atau lebih.

Pada kasus dengan indikasi menetap (panggul patologik atau panggul sempit) pada waktu antenatal disertai hasil pelvimetri.

1. Penatalaksanaan kehamilan .

Perawatan antenatal pada pasien pasca bedah Caesar sangat penting mengingat pengaruhnya terhadap macam persalinan dan mungkin untuk bayi yang dilahirkannya ²⁸. Veridiano (1988) menyatakan bahwa pada saat pemeriksaan kehamilan seorang ibu pernah bedah Caesar sebaiknya sudah direncanakan macam persalinannya nanti. Bila direncanakan bedah Caesar elektif dilakukan saat umur kehamilan 38 - 40 minggu. Bagi pasien yang direncanakan partus pervaginam bisa datang saat inpartu. Williams berpendapat bahwa wanita yang dijadualkan untuk bedah Caesar ulang , sebaiknya dimasukkan rumah sakit sehari sebelum tindakan operasi untuk dievaluasi oleh ahli kebidanan yang akan melakukan operasi serta ahli anestesi ²⁰. Kesempatan partus pervaginam tidak dilakukan apabila macam irisan rahim diduga atau diketahui klasik ²⁸.

Beberapa tulisan tidak memberikan batasan secara jelas perlunya rawat inap pra persalinan, khususnya bagi kasus - kasus yang direncanakan partus pervaginam. Dahulu Riva dan Teich (1982) menganjurkan rawat inap 10 - 14 hari sebelum taksiran persalinan karena kekhawatiran terjadinya ruptur uteri, dan kebijaksanaan ini masih berlangsung di beberapa rumah sakit pusat pendidikan ^{5,6}. Bila kasus dalam perawatan sebelumnya, maka tindakan medik dapat segera dilakukan. Dan perawatan pra persalinan masih pada tempatnya dengan mempertimbangkan faktor-faktor dibawah ini

- indikasi bedah Caesar sebelumnya
- jenis bedah Caesar yang telah dialami
- komplikasi pasca bedah Caesar
- kondisi dan rencana persalinan saat ini
- pendidikan pasien
- lokasi dan tempat tinggal pasien dan transportasinya ⁸.

Sedangkan penulis lain berpendapat bahwa rawat inap pra persalinan tidak diperlukan tetapi mereka menganjurkan agar pasien datang kerumah sakit sesegera mungkin setelah tanda-tanda persalinan mulai.

2. Penatalaksanaan Persalinan.

Persalinan pasien pasca bedah Caesar tergolong risiko tinggi, sehingga memerlukan pengawasan dan pengelolaan yang cermat. American College of Obstetrics and Gynecologist (1984) mensyaratkan bagi pasien yang akan dilakukan perawatan ekspektatif, sebagai berikut ³²,

1. Data tentang bedah Caesar yang lalu harus jelas dan dilakukan irisan transversal rendah.
2. Harus ditangani oleh ahli kebidanan yang berpengalaman.
3. Terpasang infus selama persalinan
4. Tersedia darah sekurang-kurangnya 2 botol
5. Staf kamar bersalin, anestesi dan perawatan harus disiapkan
6. Harus dikerjakan "continuous fetal monitoring"
7. Harus dijelaskan pada pasien tentang perawatan ekspektatif yang dia terima

8. Kamar operasi harus dapat disiapkan dalam 15 menit

9. Eksplorasi cavum uteri post partum

Penatalaksanaan persalinan dibedakan menjadi 2, yang boleh partus pervaginam dan yang tidak boleh pervaginam atau direncanakan bedah Caesar primer. Semua penulis mengatakan bahwa bedah Caesar klasik seharusnya bedah Caesar ulang pada persalinan berikutnya karena risiko terjadinya ruptur jauh lebih besar dibanding bedah Caesar transversal rendah. Mortalitas dan morbiditas bagi ibu maupun janin juga lebih besar^{14,21}.

Survey nasional pada tahun 1991 terhadap para ahli obstetri di Inggris, 71.7% menyarankan kesempatan persalinan pervaginam pada pasien pasca bedah Caesar dengan irisan transversal rendah^{7,20}.

Weinstein (1996) menyarankan kriteria eksklusi pada pasien yang akan menjalani kesempatan persalinan pervaginam pasca bedah Caesar, yaitu²⁹:

- operasi terdahulu dengan irisan klasik
- jenis operasi yang tidak diketahui macamnya
- riwayat ruptura uteri atau pembedahan pada korpus uteri
- CPD mutlak
- plasenta previa
- miopia berat akibat ablasio retina
- malpresentasi yang diperkirakan sulit partus pervaginam
(misalnya pada kehamilan ganda dan sungsang)
- ibu menolak partus pervaginam.

Kecenderungan untuk persalinan pervaginam pada pasca bedah Caesar makin meningkat. Miller (1994) dari penelitiannya selama 1 dekade (1983 - 1992) mendapatkan wanita yang 1 kali bedah Caesar meningkat dari 81% jadi 85%. Yang 2 kali bedah Caesar meningkat 2 kali lipat (dari 31% jadi 65%). Dan yang 3 kali bedah Caesar meningkat 3 kali lipat (12% jadi 33%)¹⁴. Hal ini tidak jauh berbeda dengan yang didapat Novas (1989), Phelan dkk (1987)¹¹.

Tidak ada parameter yang jelas yang dapat meramalkan apakah persalinan pervaginam pada pasien pasca bedah Caesar dapat berhasil atau tidak. Tapi secara umum apabila pasien pernah partus pervaginam sebelumnya, maka keberhasilan persalinan pervaginam pasien pasca bedah Caesar akan lebih besar^{8,11}.

Hajar (1986) mendapatkan hasil yang bermakna persalinan pervaginam pada pasien pasca bedah Caesar yang pernah melahirkan pervaginam dibanding yang tidak pernah melahirkan pervaginam . Dan tidak ada perbedaan bermakna risiko dilakukannya tindakan bedah Caesar ulang pada yang jarak persalinannya kurang dari 36 bulan dari bedah Caesar dulu dibanding yang lebih dari 36 bulan ².

Miller dkk (1994) menyatakan pasien yang pernah bedah Caesar satu kali lebih banyak keberhasilan persalinan pervaginam dibanding yang dua kali atau lebih bedah Caesar. Dan hampir 2/3 bedah Caesar ulang tanpa memberi kesempatan persalinan pervaginam dikarenakan prosedur elektif , malpresentasi , denyut jantung janin abnormal , makrosomia , plasenta previa dan kehamilan ganda ¹⁴.

Menurut beberapa peneliti distosia dan foetal distress adalah penyebab terbanyak kegagalan persalinan pervaginam pada pasien pernah bedah Caesar ^{11,12}.

Weinstein dkk (1996) dari hasil penelitiannya terhadap faktor-faktor yang diduga berpengaruh terhadap keberhasilan persalinan pervaginam pasca bedah Caesar , mendapatkan hasil ²⁹

1. Bila nilai Bishop > 4, maka angka keberhasilannya 45%
2. Bila ada riwayat persalinan pervaginam sebelumnya , angka keberhasilannya 80%
3. Bila indikasi bedah Caesar terdahulu sungsang , keberhasilannya 90%
4. Bila indikasi bedah Caesar terdahulu hipertensi kehamilan , keberhasilannya 80%
5. Bila indikasi bedah Caesar terdahulu CPD, keberhasilannya 63.8%,

Dan bila indikasi bedah Caesar terdahulu karena kehamilan ganda , sebab plasenta , prematuritas , ketuban pecah dini , semuanya cenderung meningkatkan kemungkinan partus pervaginam pasca bedah Caesar. Sedang bila indikasi dahulu karena IUGR , makrosomia dan partus tak maju , cenderung untuk menurunkan kemungkinan partus pervaginam pasca bedah Caesar . Hasil ini sama seperti yang didapat Rosen dan Dickinson (1990) ³³ , Whiteside dkk (1984) ³⁴ dan Pickhardt dkk (1992) ³⁵.

University of Missisipi Medical Center menyatakan bahwa kriteria untuk memberikan kesempatan persalinan pervaginam pasien pasca bedah Caesar adalah ⁸:

- irisan bedah Caesar dahulu memotong segmen atas uterus tak lebih dari 2 cm
- tidak ada malpresentasi
- tidak ada gemelli
- tidak ada kecurigaan bayi besar (taksiran berat janin > 4000 gram)
- pasien menyatakan persetujuan dalam "informed consent".

Lavin (1982) mengemukakan persyaratan untuk persalinan pervaginam sebagai berikut

- ³⁶, 1. Tak ada indikasi untuk dilakukan bedah Caesar
2. Catatan operasi / bedah Caesar terdahulu harus ada dan menerangkan insisinya
3. Pasien masuk rumah sakit segera mungkin setelah tanda persalinan mulai
4. Tersedia darah dan " Cross Matched " sudah dilakukan
5. Pengawasan selama persalinan oleh ahli obstetri
6. Fasilitas dan perawatan untuk bedah Caesar segera harus siap
7. Konseling pada pasien tentang risiko dan keuntungan serta " informed consent "

Pada keadaan tertentu pemberian oksitosin sebagai tambahan saat inpartu masih dibenarkan dengan catatan dilakukan pengawasan ketat karena risiko terjadinya ruptura uteri. Sedang pemberian oksitosin untuk induksi masih kontroversial ^{28,29,37}. Sakala (1990) menyatakan bahwa walaupun penggunaan oksitosin aman, akan tetapi keberhasilannya rendah ³⁸. Sedang Flamm (1988) mendapatkan keberhasilan yang tinggi pada penggunaan oksitosin untuk kasus yang sama, dimana terdapat perbedaan rata-rata 13.0% dibanding dengan kelompok yang tidak menggunakan oksitosin ³⁹.

Beberapa Ahli Obstetri menghawatirkan terjadinya ruptura uteri yang bisa berdampak pada morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi. Meskipun kematian ibu bisa kita cegah, tapi ruptur uterus tetap berakibat tingginya transfusi darah beserta konsekuensinya dan kejadian histerektomi ⁹.

Menurut Maryellen (1996) kegagalan persalinan pervaginam setelah bedah Caesar diperbesar dengan lebih seringnya induksi persalinan, lebih jaranganya amniotomi serta pemberian anestesi epidural yang sangat awal dan bedah Caesar ulang untuk

distosia yang dilakukan pada fase laten persalinan. Hajar mendapatkan hasil bermakna pada keberhasilan persalinan pervaginam pasien yang menjalani perawatan ekspektatif yang kulit ketubannya pecah saat fase aktif dibanding yang kulit ketubannya pecah sebelum atau saat fase laten ².

Stovall dkk (1988) mendemonstrasikan bahwa 37% dari pasien pasca bedah Caesar sebelumnya karena distosia dapat melahirkan bayi yang lebih besar dengan persalinan pervaginam. Peneliti lain ,seperti Hajar (1986) mendapatkan 14.3% ,sedang Aziz (1983) di Medan mendapatkan 13.1%. Memang umumnya pasien dan dokter segan untuk memberi kesempatan partus pervaginam jika fetus pada kehamilan saat ini lebih besar ^{2,7,40}

Dari penelitian Maryellen (1996) didapatkan pula hasil 52.3% penderita yang dilakukan bedah Caesar elektif adalah dengan alasan penderita menolak untuk dicoba partus pervaginam. Dan pasien pribadi hampir 7 kali lipat lebih mungkin menjalani bedah Caesar ulang dibanding pasien umum ^{7,15}. Fraser (1997) mengutip dari beberapa penelitian menyatakan bahwa hasilnya menunjukkan peran yang penting dari si ibu sendiri dalam memutuskan macam persalinannya,apakah bedah Caesar ulang atau persalinan pervaginam. Dimana diantara wanita yang ditanya tentang pilihannya , 30%-50% memilih dilakukan bedah Caesar ulang dengan alasan - alasan ketakutan akan akibat dari persalinan pervaginam pasca bedah Caesar, ketakutan akan kegagalan percobaan persalinan pervaginam dan ketakutan akan rasa nyeri persalinan ⁴¹.

Beberapa ahli masih berbeda pendapat mengenai pengelolaan pasien pasca bedah Caesar dengan penyulit,misalnya letak sungsang dan kehamilan ganda. Umumnya masih memberikan kesempatan persalinan pervaginam bila perjalanan persalinan baik ^{3,28}. Miller (1996) menyatakan bahwa persalinan pervaginam pasca bedah Caesar dengan kehamilan ganda aman dan merupakan pilihan efektif bagi kelahiran dengan bedah Caesar ulang. Dan ini dibuktikannya dari 92 pasien pasca bedah Caesar dengan kehamilan ganda yang mengalami persalinan pervaginam , dimana tidak didapati kenaikan morbiditas dan mortalitas ibu dibanding yang menjalani bedah Caesar ulang ³⁷.

2.5. Ruptura uteri pada persalinan pasca bedah Caesar

Perhatian utama penanganan pasien hamil pasca bedah Caesar adalah bahaya terpisahnya jaringan parut uterus selama kehamilan dan persalinan⁸. Pedowitz dan Perrel mengemukakan bahwa ruptura uteri pada pasien hamil pasca bedah Caesar klasik dapat terjadi diluar persalinan dan pada usia kehamilan belum aterm²⁰. Kejadian ruptura uteri pada persalinan pasien pasca bedah Caesar dengan insisi uterus transversal rendah umumnya kecil. Scott (1991) mendapatkan 0.6 -4% , Cowan dkk (1994) mendapatkan angka 2.1%, Hajar (1986) mendapatkan angka 1.66%, Leung dkk (1993) mendapatkan 0.82% , dan Weinstein dkk (1996) mendapatkan 0.2% dari yang diberi kesempatan persalinan pervaginam dan Lavin dkk.(1982) menyebutkan 0 – 2.8% dengan mortalitas perinatal 0.93 per 1000 kelahiran tanpa dijumpai kematian ibu^{2,3,6,8,29}.

Kejadian ruptura uteri pada pasien hamil pasca bedah Caesar dengan irisan klasik berkisar antara 6 - 12%⁸. Veridiano memperkirakan 5% pasien hamil pasca bedah Caesar dengan irisan klasik akan mengalami ruptura saat awal persalinan²⁸. Horowitz dkk (1992). mencatat 0 - 7% kejadian ruptura uteri simtomatik pada yang pernah bedah Caesar , yang diperkenankan partus pervaginam di beberapa negara di Asia , Eropa , Afrika dan Amerika, sedangkan kejadian dehisen 0.4 – 4.6 %. Mortalitas perinatal tercatat 15-44% dan mortalitas maternal 0 - 2%. Sebanyak 63% ruptura uteri dapat dilakukan reparasi dan 37% dilakukan histerektomi⁶. Miller (1994)mencatat kejadian ruptura uteri pada kesempatan persalinan pervaginam pasien pasca bedah Caesar dua kali atau lebih ,3 kali lipat dibanding yang bedah Caesar satu kali¹⁴.

Sedang Leung (1993) dari pengamatannya terhadap pasien hamil pasca bedah Caesar yang mendapatkan kesempatan persalinan pervaginam ternyata risiko ruptur akan meningkat pada pemakaian oksitosin yang berlebihan , perjalanan persalinan yang tidak baik dan riwayat bedah Caesar 2 kali atau lebih³.

Myerscough (1982) mengemukakan bahwa terjadinya ruptura uteri pada pasien pasca bedah Caesar tidak dipengaruhi oleh jarak dan jumlah kehamilan sesudah seksio yang lalu⁴².

Menurut Naef (1995) terdapat risiko yang lebih tinggi untuk terjadinya ruptura uteri atau dehisen bagi pasien yang alami irisan baik transversal maupun vertikal pada segmen bawah yang disebut T-insisi, baik saat kehamilan maupun saat persalinan. Juga

bila ada terdapat perluasan dari insisi vertikal rendah , maka sebaiknya dianggap irisan klasik⁸.

Menurut Clark (1985) pemisahan parut bekas bedah Caesar transversal rendah jarang terjadi,kebanyakan asimtomatis dan dijumpai saat bedah Caesar ulang, dapat disertai keadaan gawat janin⁶.

Faktor -faktor yang berpengaruh terhadap parut bekas bedah Caesar adalah , macam sayatan bedah Caesar primer , indikasi bedah Caesar primer , letak plasenta , parut berulang , derajat ketegangan uterus , jarak antara dua kehamilan dan morbiditas febris pasca bedah Caesar primer^{5,43}.

Secara umum tanda dan gejala ruptura uteri yang dijumpai berupa terpisahnya parut uterus yang diikuti gawat janin akut dan berlanjut dengan hilangnya tanda kehidupan janin ,kemudian berturut-turut perdarahan pervaginam , nyeri perut bawah , bagian janin teraba dibawah kulit , presyok dan syok , nyeri segmen bawah uterus dan hematuria^{3,6,8}.

Penting sekali membedakan antara ruptura parut bekas bedah Caesar dan dehisens parut bekas bedah Caesar. Ruptura parut adalah terpisahnya bekas insisi uterus keseluruhan dengan kulit ketuban pecah,sehingga ada hubungan langsung antara rongga uterus dengan rongga peritoneum. Seluruh atau sebagian janin biasanya keluar kedalam rongga peritoneum dan perdarahan yang terjadi umumnya masif berasal dari tepi robekan jaringan parut atau dari perluasan luka pada jaringan uterus yang sehat. Dehisens parut adalah apabila kulit ketuban masih utuh,sehingga janin tidak keluar kedalam rongga peritoneum. Pada dehisens ini biasanya luka yang terbuka tidak meliputi keseluruhan jaringan parut dan perdarahan hanya sedikit,atau tidak ada serta terjadi perlahan-lahan. Dengan timbulnya persalinan atau manipulasi kedalam rongga uterus maka suatu dehisens dapat menjadi ruptura uteri²⁰.

ACOG Committe on Obstetrics menyatakan lepasnya parut uterus yang memerlukan tindakan pembedahan,yang lazim disebut sebagai " ruptur. " dilaporkan sekitar 0.3% - 2.3% dari yang menjalani kesempatan persalinan pervaginam. Sedangkan lepasnya parut yang asimtomatik yang tidak memerlukan tindakan pembedahan , sering disebut " dehisens " sekitar 0.4% - 4.0%^{28,37}.

2.6. IMPLIKASI MATERNAL PERINATAL

Anggapan bahwa dengan meningkatnya kejadian bedah Caesar akan menurunkan morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi masih kontroversial^{23,44}. Studi di 12 negara tidak mendapatkan penurunan morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi dengan peningkatan bedah Caesar. Bahkan bisa terjadi komplikasi tambahan akibat dari anestesi, kesulitan pada ibu dan bayi serta naiknya biaya pelayanan kesehatan yang harus dikeluarkan penderita⁴⁵.

Secara umum dianggap bahwa morbiditas ibu dan bayi pada persalinan pervaginam pasca bedah Caesar dibanding yang bedah Caesar ulang terencana lebih rendah. Hal ini diantaranya karena terhindarnya iatrogenik sindroma distres pernapasan pada bayi⁴⁶. Parilla (1993) mendapatkan 0.41% sindroma distres pernapasan dari pasien pasca bedah Caesar yang dilakukan bedah Caesar ulang, sedang Frigoletto (1980) mendapatkannya 0.27%⁴⁷. Parilla mencatat pula bahwa pada tahun 1970 didapatkan 2.4% - 15% iatrogenik sindroma distres pernapasan akibat bedah Caesar ulang elektif. ACOG (1991) menyusun suatu pedoman untuk menghindari iatrogenik sindroma distres pernapasan dengan memeriksa maturitas paru sebelum bedah Caesar ulang elektif, yaitu⁴⁶.

- Irama jantung janin telah terekam pada umur kehamilan 20 minggu dengan "non electric fetoscope" atau pada 30 minggu dengan Doppler
- Saat ini telah mencapai 36 minggu semenjak tes urin positif atau tes kehamilan HCG serum positif
- Pemeriksaan "crown-rump length" dengan ultrasonografi didapat saat 6- 11 minggu, mendukung usia kehamilan > 39 minggu.
- Ultrasonografi saat 12- 20 minggu, lalu konfirmasi usia kehamilan > 39 minggu dengan anamnesis, pemeriksaan fisik atau menunggu saat inpartu adalah pilihan lain .

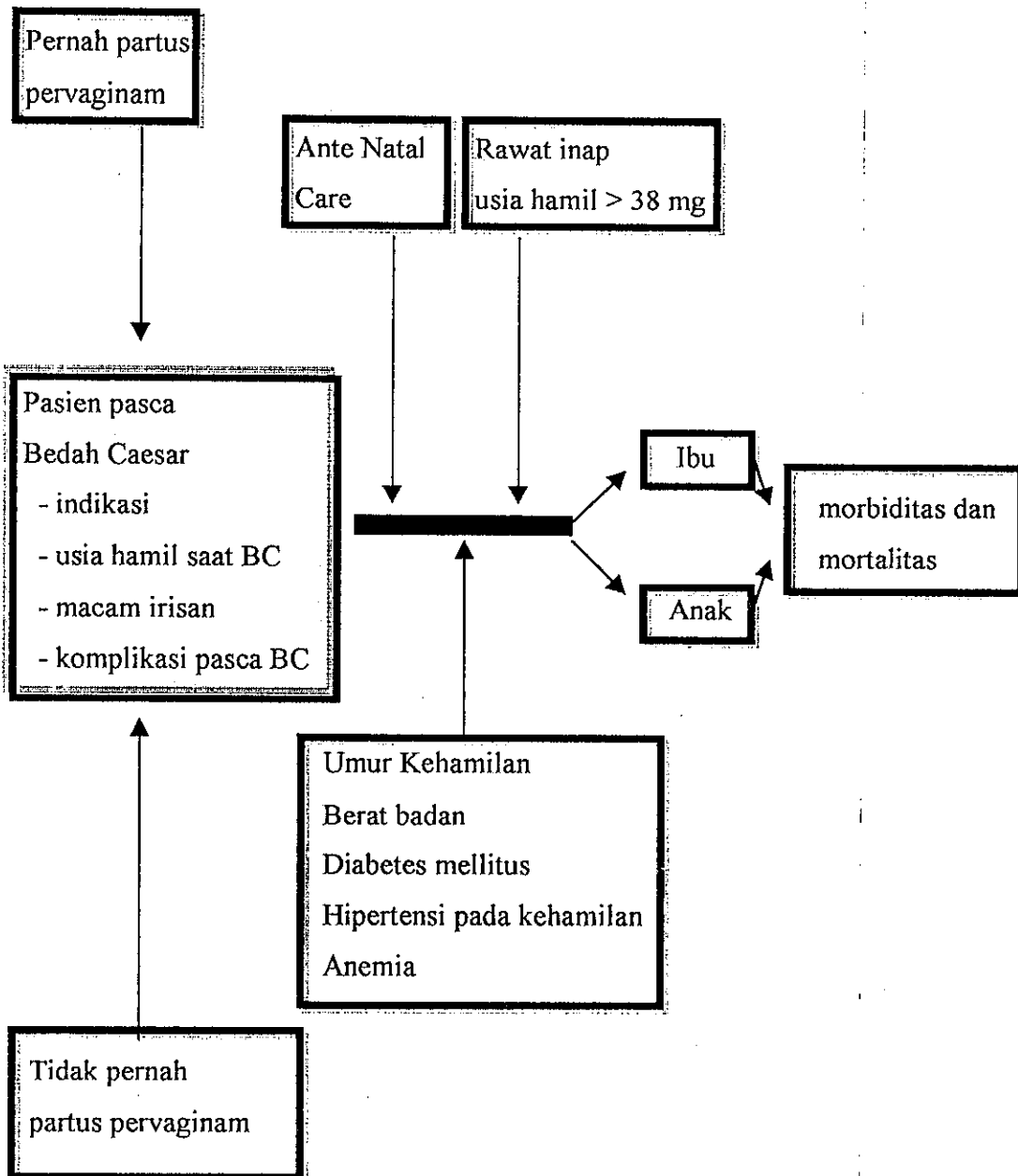
Menurut Scott (1991) apabila terjadi ruptura uteri pada bekas bedah Caesar maka sering terjadi cacat neurologi pada bayi⁸. Leung (1993) menyarankan setiap persalinan pasien pasca bedah Caesar sebaiknya telah siap neonatolog atau dokter ahli

resusitasi, karena bila dicurigai atau diduga terjadi ruptura uteri morbiditas bayi akan meningkat bila penanganan bedah Caesar lebih dari 10 menit setelah terjadi deselerasi denyut jantung janin. Dan Leung dkk mencatat bahwa ruptura uteri berhubungan dengan asfiksia bayi sekitar 5.1%⁴⁸.

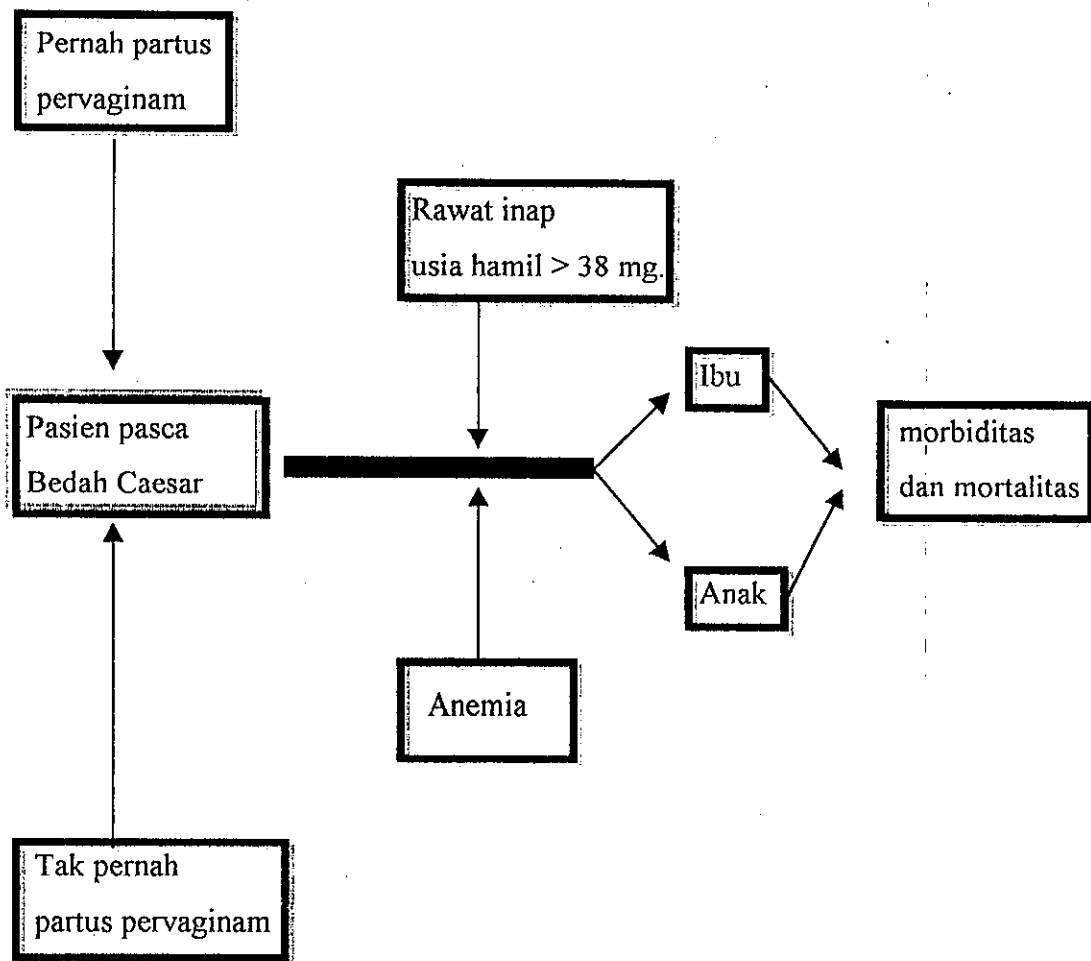
Miller (1994) mendapatkan data rata-rata mortalitas bayi 0.24 per 1000 kesempatan persalinan pervaginam dan mortalitas ibu rata-rata 7.9 per 100.000 kesempatan persalinan pervaginam¹⁴.

Hajar (1988) mendapatkan 6 ruptura uteri dari 361 pasien hamil pasca bedah Caesar (1.36%) dan tidak didapati kematian ibu².

KERANGKA TEORI



KERANGKA KONSEP



BAB III

HIPOTESIS

1. Morbiditas ibu pasca persalinan pada pasien pasca bedah Caesar yang menjalani rawat inap lebih baik dibanding yang tidak rawat inap .
2. Mortalitas ibu pasca persalinan pada pasien pasca bedah Caesar yang rawat inap lebih rendah dibanding yang tidak rawat inap .
3. Morbiditas bayi pada persalinan pasien pasca bedah Caesar yang menjalani rawat inap lebih baik dibanding yang tidak rawat inap .
4. Mortalitas bayi pada persalinan pasien pasca bedah Caesar yang menjalani rawat inap lebih rendah dibanding yang tidak rawat inap .
5. Persalinan pervaginam pada pasien pasca bedah Caesar yang rawat inap yang dikelola ekspektatif lebih banyak dibanding yang tidak rawat inap .

BAB IV

CARA PENELITIAN

4.1. Rancangan penelitian

Penelitian ini merupakan studi retrospektif, potong lintang dengan membandingkan hasil persalinan pasien pasca bedah Caesar yang melakukan rawat inap di RS Dr.Kariadi dengan yang tidak melakukan rawat inap sebelum persalinan. Data diambil dari catatan medik klinik antepartum dan rawat inap .

4.2. Sampel

4.2.1 Tempat dan waktu pengambilan sampel

Sampel diambil dari catatan klinik antepartum , rawat inap dan buku kelahiran di RSUP Dr.Kariadi selama 3 tahun periode 1 Januari 1995 – 31 Desember 1997 .

4.2.2. Syarat pemilihan sampel

4.2.2.1. Penerimaan sampel

Ibu pasca bedah Caesar dengan

- umur kehamilan > 38 minggu
- usia 20 - 35 tahun
- kehamilan tunggal / ganda dengan semua letak
- direncanakan dikelola ekspektatif

- Data yang dibutuhkan meliputi

- Macam dan hasil persalinan
- Riwayat bedah Caesar terdahulu : saat pembedahan , indikasi , macam irisan ,komplikasi pasca bedah
- Riwayat pernah melahirkan spontan pervaginam
- Riwayat antepartum : di RSDK dan diluar RSDK (bidan , puskesmas , dokter umum , dokter spesialis)
- Karakteristik : umur,paritas,sosial ekonomi,pendidikan,alamat dan rujukan
- Hasil laboratorium : Hb (haemoglobin)

4.2.2.2. Penolakan sampel

Sampel yang dikeluarkan pada penelitian ini adalah pasien pasca bedah Caesar dengan

- diabetes mellitus
- hipertensi pada kehamilan
- data yang dibutuhkan tidak lengkap

4.3 Jumlah sampel

Semua ibu hamil dan bersalin pasca bedah Caesar yang melakukan perawatan di RSUP Dr. Kariadi pada periode I Januari 1995 sampai 31 Desember 1997 yang memenuhi syarat pemilihan sampel, dengan besar sampel hanya dihitung berdasarkan mortalitas ibu dan mortalitas bayi pada persalinan pasien pasca bedah Caesar yang tanpa rawat inap, dengan asumsi pasien yang melakukan rawat inap akan lebih kecil.

Bila proporsi mortalitas ibu tanpa rawat inap pada perawatan ekspektatif pasca bedah Caesar (P_1) = 0,0079 maka diasumsikan proporsi mortalitas ibu yang dengan rawat inap (P_2) = 0,0070. Bila $\alpha = 0,05$ dan $power = 0,80$, maka besar sampel minimal yang diperlukan (n):

$$- z_{\alpha} = 1,960, \quad z_B = 0,842,$$

$$- P = \frac{1}{2} (0,0079 + 0,0070) = 0,00745$$

$$- Q = (1 - P)$$

$$(z_{\alpha}^2 2PQ + z_B^2 (P_1Q_1 + P_2Q_2))^2$$

$$n_1 = n_2 =$$

$$(P_1 - P_2)^2$$

$$(1,960^2 (0,00745 \times 0,99255) + 0,842^2 (0,0079 \times 0,9921) + (0,007 \times 0,993)^2)$$

$$n =$$

$$(0,0079 - 0,0070)^2$$

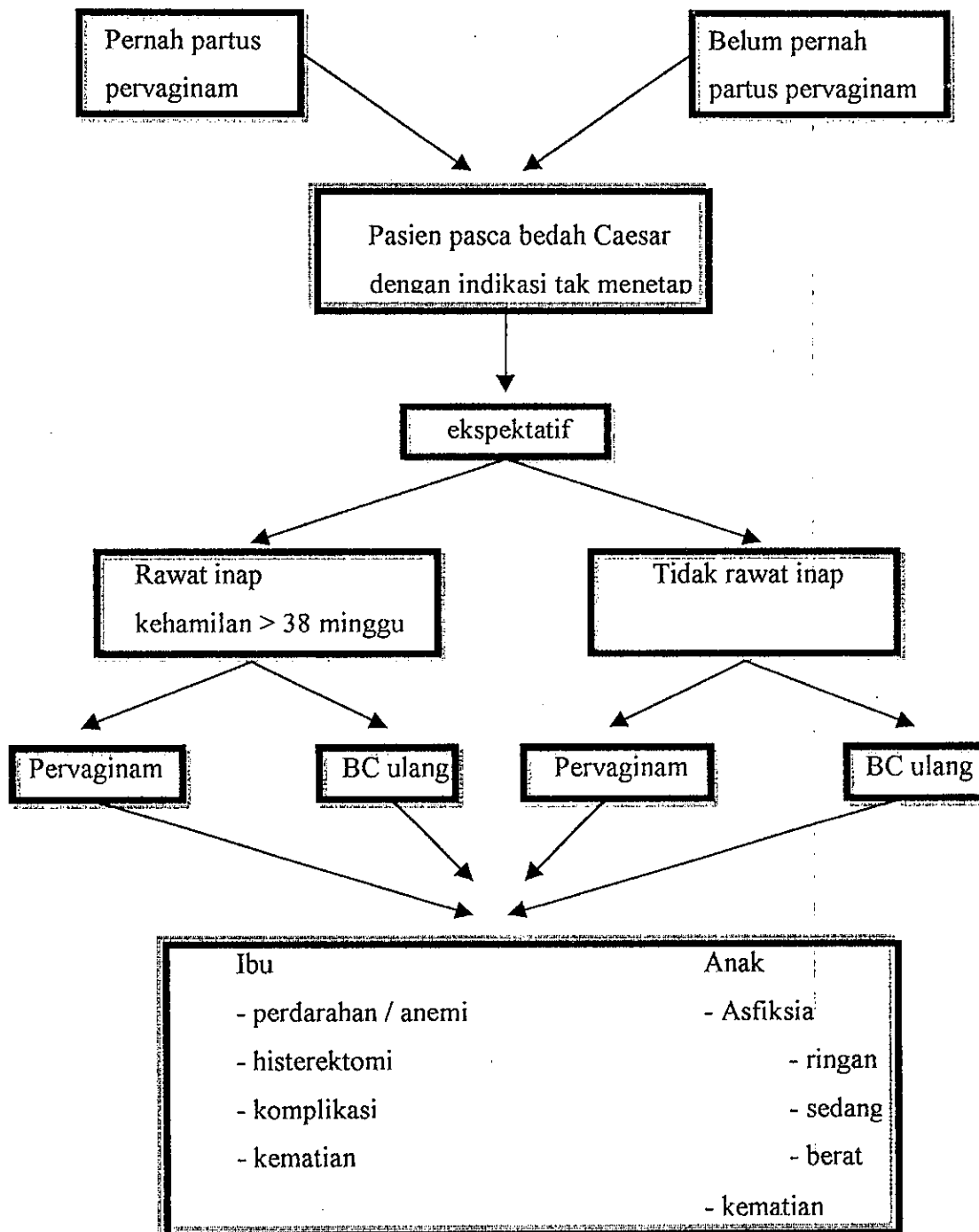
$$n = 42$$

Sehingga masing – masing kelompok dibutuhkan minimal 42 pasien.

4.4. Batasan operasional

1. Bedah Caesar adalah tindakan pembedahan untuk melahirkan bayi yang dapat diharapkan hidup . melalui sayatan dinding perut dan dinding rahim sewaktu umur kehamilan mencapai 28 minggu berdasarkan sejak hari pertama haid terakhir atau berat badan bayi telah 1000 gram.
2. Bedah Caesar primer adalah bedah Caesar yang pertama kali dilaksanakan dan dialami oleh seorang pasien
3. Bedah Caesar ulang adalah bedah Caesar yang kembali dilakukan atas indikasi menetap berulang atau indikasi baru
4. Bedah Caesar ulang elektif adalah bedah Caesar ulang yang direncanakan dan dilakukan sebelum keadaan inpartu atau segera setelah ada tanda-tanda inpartu.
5. Bedah Caesar ulang darurat adalah bedah Caesar yang harus segera dilakukan karena kondisi darurat .
6. Partus spontan adalah partus yang berlangsung hanya dengan kekuatan ibu sendiri
7. Rawat inap pra persalinan adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu hamil pada usia kehamilan diatas 38 minggu sebelum dijumpai tanda – tanda persalinan sesuai dengan standar pelayanan antenatal yang ditentukan .
8. Penentuan kadar Hemoglobin (Hb) di RS Dr. Kariadi Semarang dengan cara Sahli yang dikerjakan oleh tenaga paramedis , mahasiswa atau dokter.
9. Anemia adalah apabila kadar hemoglobin kurang dari 11% .
10. Diabetes mellitus dinyatakan dengan anamnesis tersangka dan pemeriksaan sederhana dengan reduksi urin dan kadar gula darah sewaktu diatas 130 mg% .
11. Hipertensi pada kehamilan adalah semua keadaan dengan tekanan darah 140/90mmHg atau lebih tanpa memandang adanya proteinuria dan edema.
12. Kematian perinatal adalah kematian bayi dalam periode yang meliputi masa kehamilan 28 minggu atau berat badan bayi lahir sama atau lebih dari 1000 gram sampai 7 hari pertama kehidupannya.

4.5. Alur penelitian



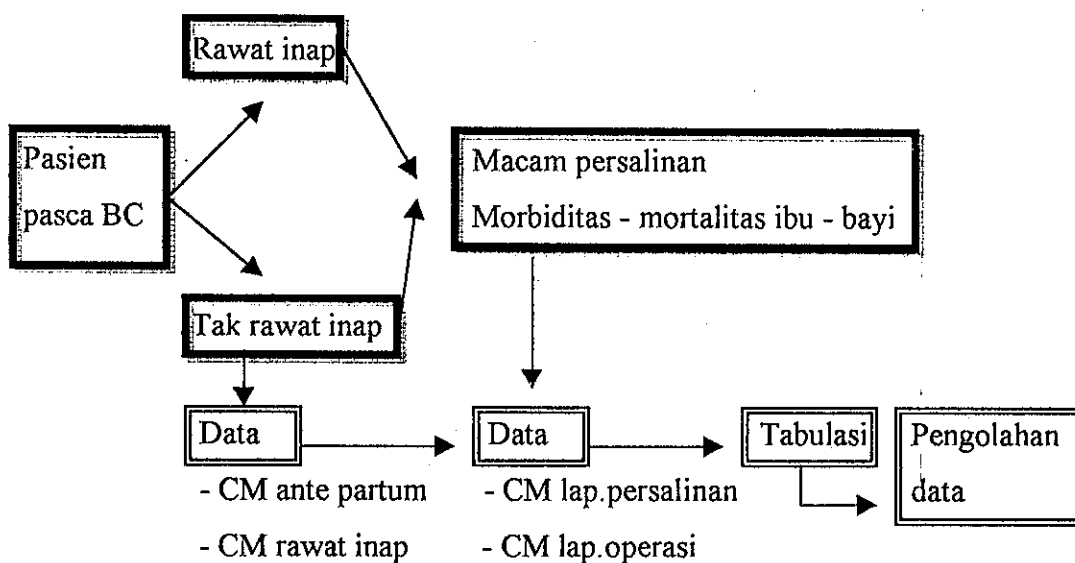
4.6. Analisis data

Data didapat dari catatan medik pasien pasca bedah Caesar yang melakukan perawatan di RSUP Dr. Kariadi baik yang menjalani rawat inap pra persalinan maupun yang tidak, yang datang ke rumah sakit untuk bersalin. Kemudian dari catatan medik rawat inap kedua data dibandingkan untuk menilai pengaruh rawat inap terhadap ibu maupun janinnya, dicatat macam persalinannya dan hasil persalinannya. Data yang memenuhi syarat ditabulasi dan disajikan dalam bentuk tabel dan grafik.

- Semua data karakteristik pasien dilakukan tabulasi dan grafik dan diuji statistik.
- Hubungan antara variabel independen yang berskala nominal dengan morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi diuji dengan Kai – kuadrat test.

Selanjutnya data diolah dan dilakukan analisa statistik.

Proses analisis data



4.7. Etika penelitian

Penelitian ini dikerjakan tanpa melibatkan penderita secara langsung dan dijamin kerahasiaannya maka tidak memerlukan persetujuan khusus dari penderita. Data pasien diambil dari Catatan Medik Rumah Sakit Umum Pusat Dokter Kariadi.

Dan untuk pengambilan data secara administratif telah mendapatkan ijin dan persetujuan dari Ketua Bagian Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro dan Direktur Rumah Sakit Umum Pusat Dokter Kariadi Semarang.

BAB V

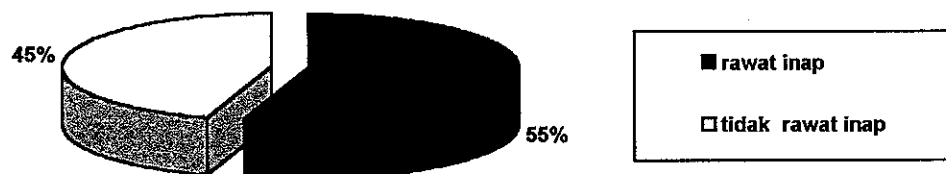
HASIL PENELITIAN

5.1. Aspek Epidemiologi

5.1.1 . Angka Kejadian

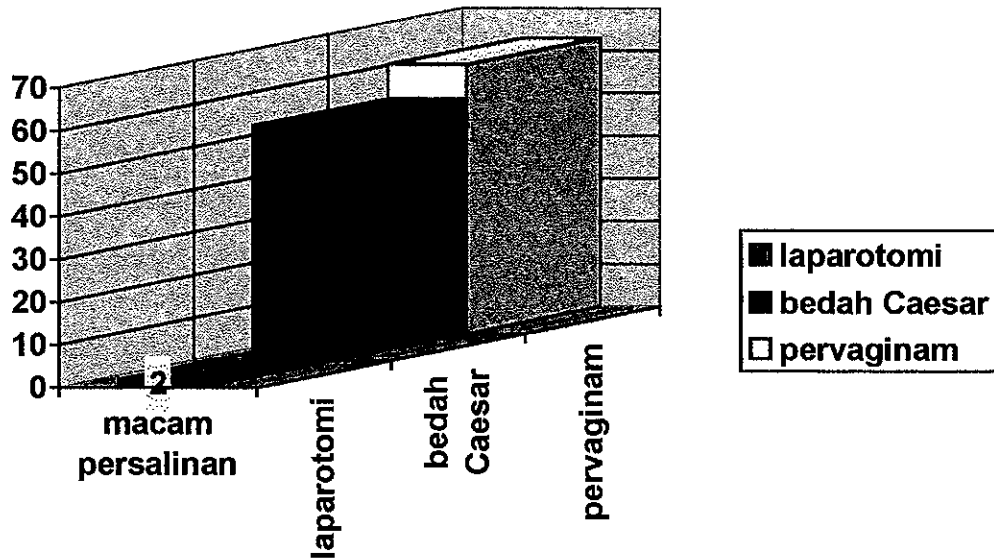
Selama periode penelitian 1 Januari 1995 – 31 Desember 1997 didapatkan jumlah persalinan di RSUP Dr . Kariadi sejumlah 11,988 penderita dan yang persalinannya dengan riwayat bedah Caesar sebelumnya sejumlah 168 penderita (1.41%) , dimana yang memenuhi syarat penelitian sebanyak 120 penderita (71.43 %).

Dari 120 pasien penelitian didapatkan 66 pasien (55 %) melakukan rawat inap dan 54 pasien (45%) tidak melakukan rawat inap .



Gambar 1 . Sebaran pasien pasca bedah Caesar yang menjalani rawat inap dan tidak

Dari 120 pasien penelitian yang direncanakan ekspektatif, 63 pasien (52.5%) berhasil lahir pervaginam sedang 55 pasien (45.8%) persalinannya harus diakhiri dengan bedah Caesar dan 2 pasien (1.7%) dilakukan laparotomi atas indikasi ruptura uteri.



Gambar 2. Sebaran macam persalinan

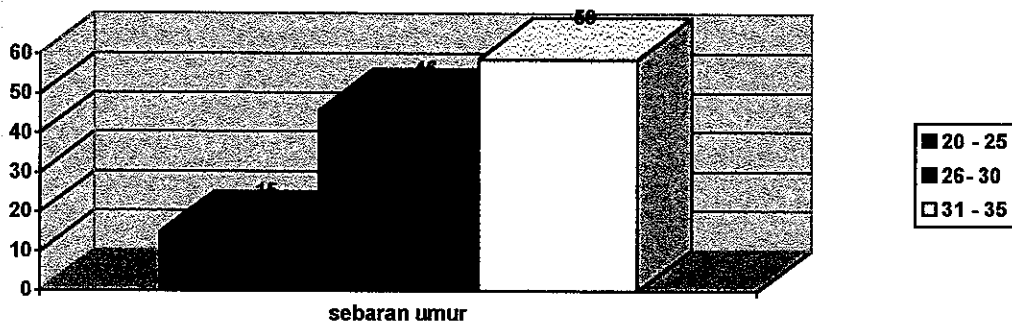
5.1.2 . Karakteristik Penderita

5.1.2.1. Umur

Sebaran umur pasien hamil pasca bedah Caesar yang menjalani pengelolaan ekspektatif terbanyak pada kelompok umur 31 - 35 tahun (49.2%) dengan rata-rata 30.2 (3.4) tahun { Mean (SD) } .

Umur termuda adalah 22 tahun dan yang tertua berumur 35 tahun .

Bila kita bandingkan antara yang melakukan rawat inap dan yang tidak melakukan rawat inap ternyata didapatkan perbedaan tidak bermakna , kedua kelompok sama .

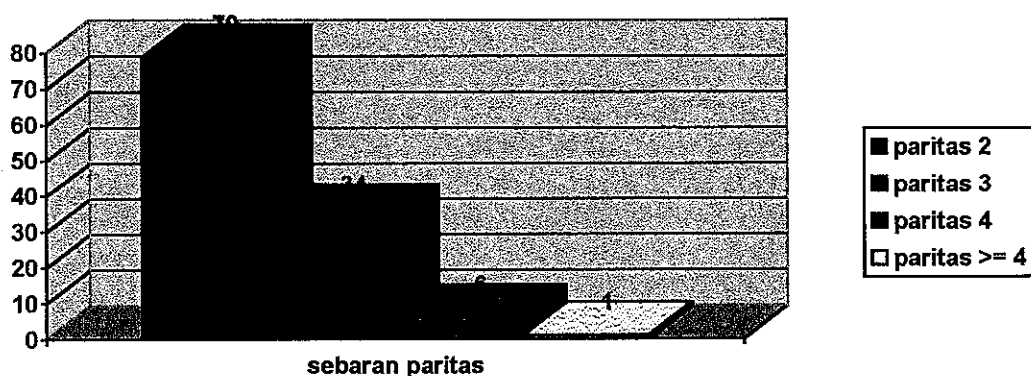


Gambar 3 . Sebaran umur pasien hamil pasca bedah Caesar

5.1.2.2. Paritas.

Dari pasien – pasien yang diteliti terbanyak (79 pasien atau 65.8%) mempunyai paritas 2 atau persalinan yang terbanyak adalah persalinan kedua dimana persalinan pertamanya dengan cara bedah Caesar , dengan rata – rata paritas 2.3 (0.6). Kedua kasus ruptura uteri yang dijumpai adalah dengan paritas 2. Paritas tertinggi pada penelitian ini adalah paritas 5 , sebanyak 1 orang (0.8%).

Jika dibandingkan antara yang rawat inap dengan tidak rawat inap didapatkan perbedaan tidak bermakna , kedua kelompok sama.

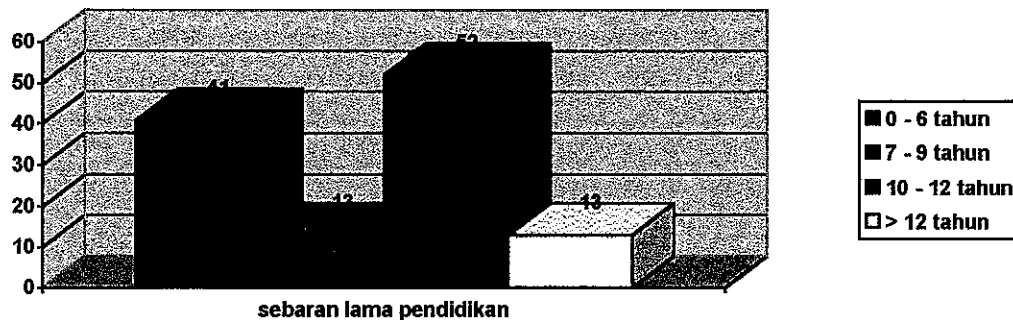


Gambar 4 . Sebaran paritas pasien hamil pasca bedah Caesar

5.1.2.3. Pendidikan

Lama pendidikan terbanyak adalah 10 - 12 tahun yaitu sebanyak 43.7% , dengan rata – rata lama pendidikan 10.6 (1.2) tahun. Didapatkan 13 pasien (10.9%) dengan lama

pendidikan > 12 tahun , yaitu setingkat akademi atau perguruan tinggi . Dari kedua kasus ruptura uteri , 1 pasien dengan lama pendidikan 0 – 6 tahun dan 1 pasien dengan lama pendidikan 10 – 12 tahun. Pada perbandingan tingkat pendidikan antara yang melakukan rawat inap dan yang tidak rawat inap pada pasien penelitian didapatkan perbedaannya tidak bermakna , kedua kelompok sama.

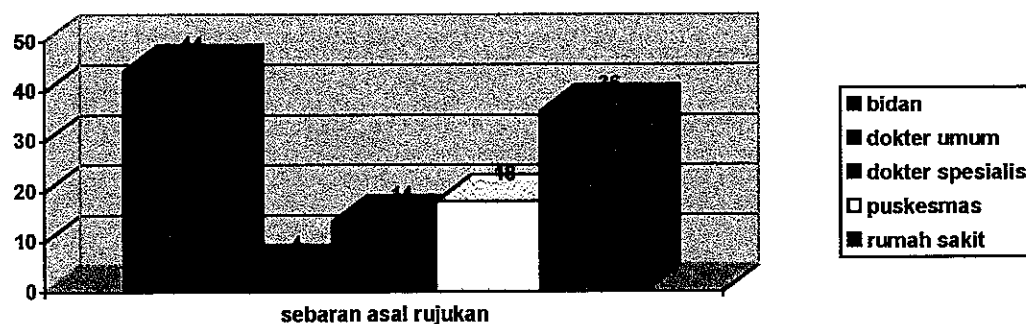


Gambar 5 . Sebaran lama pendidikan pasien hamil pasca bedah Caesar

5.1.2.4. Asal Rujukan

Kasus rujukan pasien hamil pasca bedah Caesar yang diteliti terbanyak berasal dari bidan , sebanyak 44 kasus (38.3%) kemudian dari rumah sakit yaitu sebanyak 36 pasien (31.3%). Terdapat 4 pasien dari kelompok yang tidak pernah rawat inap yang datang sendiri ke RS Dr .Kariadi , tanpa surat rujukan .

Pada perbandingan pasien rujukan pasca bedah Caesar antara yang melakukan rawat inap dan yang tidak melakukan rawat inap didapatkan perbedaan tidak bermakna, kedua kelompok sama

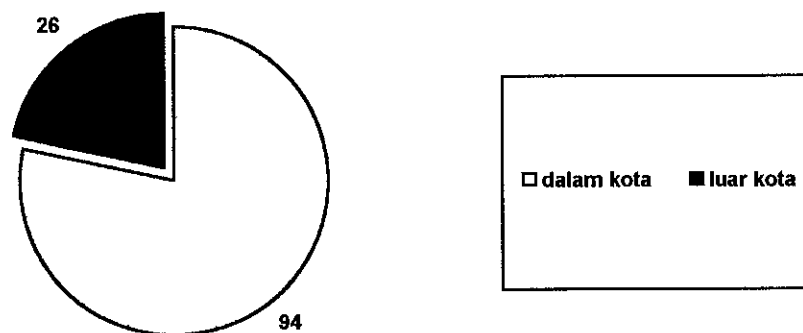


Gambar 6 . Sebaran asal rujukan pasien hamil pasca bedah Caesar

5.1.2.5. Asal Penderita

Pada gambar 6 tampak bahwa sebagian besar kasus penelitian berasal dari dalam kota, yaitu 94 kasus (78,3%).

Bila kita bandingkan pasien hamil pasca bedah Caesar antara yang malakukan rawat inap dan yang tidak melakukan rawat inap menurut asal penderita , didapatkan perbedaan tidak bermakna , kedua kelompok sama .



Gambar 7 . Sebaran asal pasien hamil pasca bedah Caesar

Pada tabel 1 tampak perbandingan karakteristik pasien hamil pasca bedah Caesar antara yang rawat inap dan yang tidak rawat inap.

Tabel 1 . Karakteristik

Karakteristik	Rawat inap	%	Tidak rawat inap	%	p
Umur					
▪ 20 - 25	5	7.6	10	18.5	0.077
▪ 26 - 30	25	37.9	21	38.9	
▪ 31 - 35	36	54.5	23	42.6	
Paritas					
▪ 2	39	59.1	40	74.1	0.083
▪ 3	21	31.8	13	24.1	
▪ 4	5	7.6	1	1.9	
▪ 5	1	1.5	0	0	
Pendidikan					
▪ 0-6 tahun	20	30.3	21	39.6	0.421
▪ 6-9 tahun	4	6.1	9	17.0	
▪ 9-12 tahun	30	45.5	23	41.5	
▪ >= 12 tahun	12	18.2	1	1.9	
Asal rujukan					
▪ Bidan	17	58.6	27	84.4	0.154
▪ Dokter umum	1	3.5	2	6.3	0.361*
▪ Dokter spesialis	11	37.9	3	9.3	0.393*
▪ Puskesmas	10	27.7	8	44.4	0.221
▪ Rumah sakit	26	72.3	10	55.6	0.684
Asal penderita					
▪ Dalam kota	54	81.8	40	74.1	0.641
▪ Luar kota	12	18.2	14	25.9	

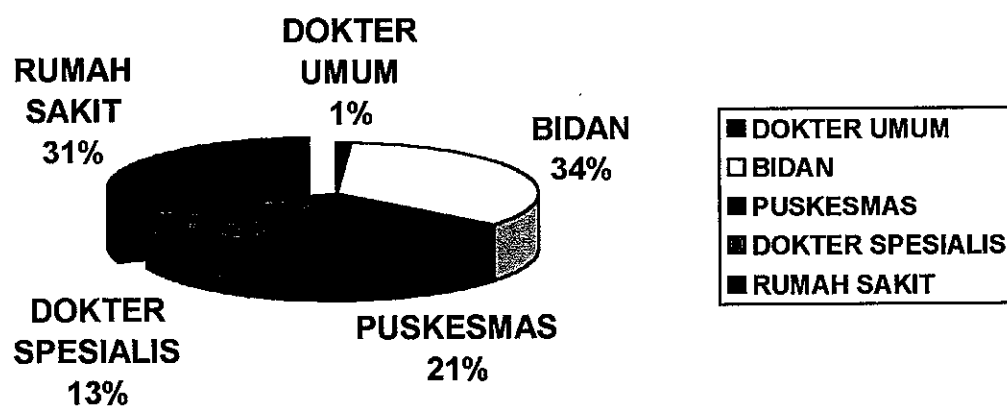
* = koreksi Yates

5.2 Aspek Klinik

5.2.1 Perawatan Ante Natal

Semua pasien hamil pasca bedah Caesar melakukan perawatan ante natal , dimana 40 pasien (33.84%) melakukannya di bidan praktek , 38 pasien (30.83%) melakukannya di rumah sakit dan sisanya melakukan perawatan ante natal di puskesmas , dokter umum atau di dokter spesialis. Umumnya walau pasien rutin melakukan perawatan ante natal di bidan , dokter atau puskesmas paling tidak mereka pernah melakukannya di rumah sakit sesuai dengan anjuran dari tempat perawatan nate natal yang pertama.

Rata-rata pemeriksaan ante natal dari kasus penelitian 6.12 kali dengan yang terendah 1 kali dan tertinggi 12 kali.



Gambar 8 . Sebaran perawatan ante natal pasien hamil pasca bedah Caesar

Apabila kita bandingkan frekuensi perawatan ante natal antara yang rawat inap dan yang tidak melakukan rawat inap ternyata perbedaannya tidak bermakna, kedua kelompok sama .

Tabel 2. Sebaran frekuensi ante natal pasien hamil pasca bedah Caesar yang rawat inap dan yang tidak

Tempat ante natal care	Rawat Inap				Total n	%	p
	Pernah		Tidak				
	n	%	n	%			
• Bidan	17	60.7	23	79.3	40	70.1	0.159
• Dokter umum	0	0	2	6.8	2	3.5	0.356*
• Dokter spesialis	11	39.3	4	13.9	15	26.4	0.389*
• Puskesmas	12	31.6	13	52	25	39.6	0.218
• Rumah sakit	26	68.4	12	48	38	60.4	0.683

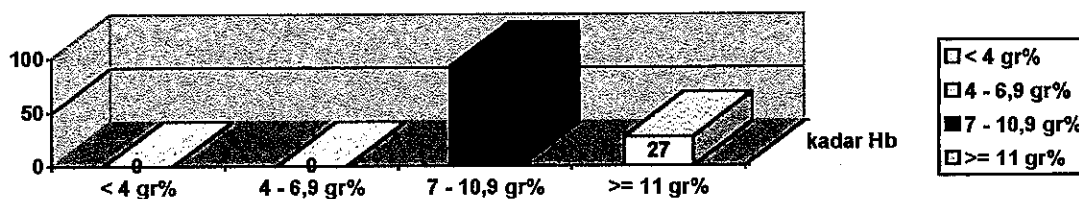
* = koreksi Yates

5.2.2. Riwayat Bedah Caesar

Pada penelitian ini semua pasien yang direncanakan dikelola ekspektatif adalah dengan riwayat bedah Caesar 1 kali , sesuai dengan kebijakan pengelolaan ekspektatif terhadap pasien hamil pasca bedah Caesar di RSUP Dr . Kariadi yang masih dianut sampai sekarang .

5.2.3 Kadar Hb.

Pada penelitian tidak didapatkan pasien dengan kadar hemoglobin kurang dari 7 gr%
Didapatkan kadar Hb terbanyak adalah kelompok 7 – 10.9 gr% , yaitu 93 pasien (77.5%)



Gambar 9 . Sebaran kadar Hb pasien hamil pasca bedah Caesar

Pada perbandingan kadar Hb antara pasien pasca bedah Caesar yang rawat inap dan yang tidak rawat inap didapatkan perbedaan yang tidak bermakna, kedua kelompok sama.

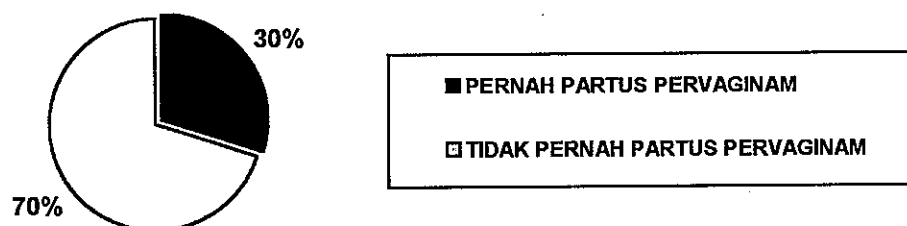
Tabel 3. Sebaran kadar Hb pasien hamil pasca bedah Caesar yang rawat inap dan yang tidak

Kadar Hb	Rawat Inap				Total	
	Pernah		Tidak			
	n	%	n	%	N	%
• 7 – 10.9 mmHg	50	75.7	43	79.6	93	77.5
• \geq 11 mmHg	16	24.3	11	20.4	27	22.5
Total	66	100	54	100	120	100

Kai - kuadrat = 0.08 p = 0.775

5.2.4. Riwayat Persalinan Pervaginam

Dari 120 pasien didapatkan 36 pasien (30%) mempunyai riwayat persalinan pervaginam , dimana 22 pasien (61.1%) diantaranya dengan riwayat persalinan pervaginam sebelum dilakukan bedah Caesar dan 14 pasien (38.9%) dengan riwayat persalinan pervaginam setelah bedah Caesar.



Gambar 10 . Sebaran riwayat persalinan pervaginam

Bila kita bandingkan riwayat persalinan pervaginam antara pasien yang melakukan rawat inap dan yang tidak ternyata didapatkan perbedaan tidak bermakna , kedua kelompok sama .

Tabel 4. Sebaran riwayat persalinan pervaginam antara yang rawat inap dan yang tidak

Riwayat persalinan pervaginam	Rawat Inap				Total	
	Pernah		Tidak		n	%
	n	%	n	%		
• Belum Pernah	45	68.2%	39	72.2%	84	70%
• Sudah Pernah	21	31.8%	15	27.8%	36	30%
Total	66	100%	54	100%	120	100%

Kai - kuadrat = 0.08

p = 0.779

Apabila kita lihat hubungan antara riwayat persalinan pervaginam pasien pasca bedah Caesar dengan keberhasilan perawatan ekspektatif ternyata 21 pasien (58.3%) berhasil lahir pervaginam , perbedaan tersebut tidak bermakna , kedua kelompok sama .

Tabel 5. Hubungan riwayat persalinan pervaginam dengan keberhasilan pengelolaan ekspektatif

Persalinan pervaginam	Cara persalinan	
	Pervaginam	Perabdominam
• Pernah	21	15
• Tidak pernah	41	43

Kai - kuadrat = 0.57

p = 0.449

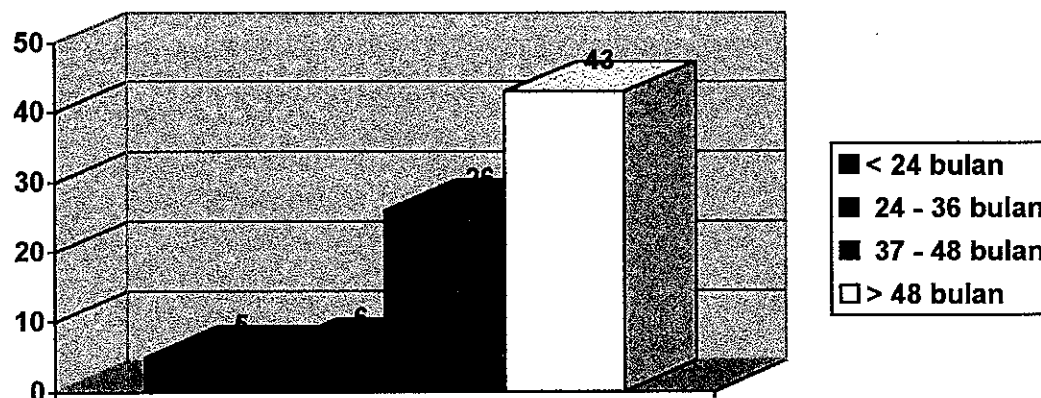
Bila kita hubungkan antara saat riwayat persalinan pervaginam pasien pasca bedah Caesar maka pasien yang dengan riwayat persalinan pervaginamnya setelah bedah Caesar mempunyai keberhasilan pengelolaan ekspektatif yang lebih tinggi, tetapi tidak bermakna secara statistik , kedua kelompok sama .

Tabel 6. Hubungan saat riwayat persalinan pervaginam dengan keberhasilan pengelolaan ekspektatif

Saat riwayat partus pervaginam	Cara persalinan	
	Pervaginam	Perabdominam
• Sebelum BC	9	11
• Sesudah BC	12	4
Kai – kuadrat = 2.17		p = 0.140

5.2.5 Jarak Kehamilan

Sebagian besar pasien penelitian mempunyai jarak kehamilan diatas 48 bulan , yaitu 83 kasus (69.2 %).



Gambar 11 . Sebaran jarak kehamilan pasien hamil pasca bedah Caesar

Bila dibandingkan jarak kehamilan antara pasien hamil pasca bedah Caesar yang melakukan rawat inap dan tidak melakukan rawat inap ternyata didapatkan perbedaan tidak bermakna , kedua kelompok sama .

Tabel 7 . Hubungan jarak bedah Caesar terakhir dengan macam persalinan antara yang rawat inap dan tidak

Jarak kehamilan terakhir (bulan)	Rawat Inap				Total	
	Pernah		Tidak			
	n	%	n	%	n	%
• < 23	3	4.5	2	3.7	5	4.1
• 24 – 35	5	7.6	1	1.8	6	5
• 36 – 47	11	16.7	15	27.8	26	21.7
• > 48	47	71.2	36	66.7	83	69.2
Total	66	100	54	100	120	100

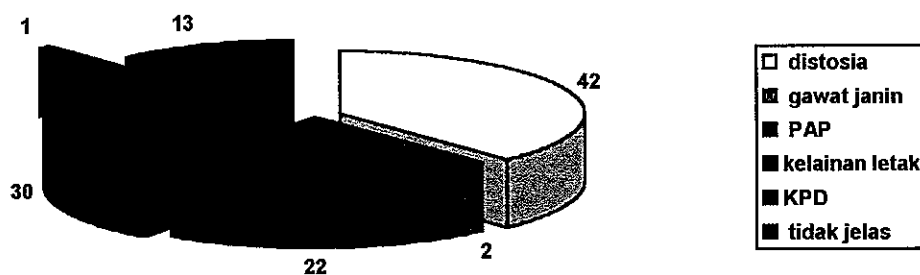
Kai - kuadrat = 3.78

p = 0.286

Bila dihubungkan jarak kehamilan dengan terjadinya ruptura uteri , ternyata ruptura uteri banyak terjadi pada kelompok jarak kehamilan 36 – 48 bulan (66.7%) .

5.2.6. Riwayat Bedah Caesar Terdahulu

Pada pasien penelitian 42 kasus (43.31%) merupakan kelompok dengan indikasi terbanyak distosia , dan didapatkan 13 kasus (10.82%) dengan indikasi yang tidak jelas.



Gambar 12 . Sebaran indikasi bedah Caesar terdahulu

Tabel 8. Hubungan indikasi bedah Caesar terdahulu dengan macam persalinannya saat Ini

Indikasi BC yang lalu	Partus pervaginam			BC ulang	Laparotomi
	Spontan	Ekstraksi vakum	Ekstraksi cunam		
• Distosia	2	22	1	26	1
• Gawat janin	0	2	0	0	0
• PAP	1	8	0	8	0
• Kel.letak	3	13	4	12	1
• KPD	0	1	2	0	0
• Tidak jelas	2	2	0	9	0
Total	8	48	7	55	2

Bila kita bandingkan indikasi bedah Caesar terdahulu pada pasien hamil pasca bedah Caesar yang melakukan rawat inap dan yang tidak melakukan rawat inap , didapatkan perbedaan tidak bermakna , kedua kelompok sama .

Tabel 9 . Hubungan indikasi bedah Caesar terdahulu antara yang rawat inap dan yang tidak

Indikasi bedah Caesar terdahulu	Rawat Inap				Total		p
	Pernah		Tidak		n	%	
	n	%	n	%			
• Distosia	26	39.4	26	48.1	42	43.3	0.335
• Gawat janin	1	1.5	1	1.9	2	1.7	0.566*
• PAP	11	16.7	11	20.3	22	18.3	0.602
• Kel . letak	21	31.8	9	16.7	30	25.0	0.056
• KPD	1	1.5	0	0	1	0.9	0.919*
• Tidak jelas	6	9.1	7	13.0	13	10.8	0.497
Total	66	100	54	100	120	100	

*koreksi Yates

Dari semua pasien penelitian tidak didapatkan komplikasi akibat bedah Caesar terdahulu.

5.2.7. Perawatan Persalinan.

Pasien datang ke RSUP Dr.Kariadi dalam keadaan belum inpartu 58 kasus (49.21%), dan 57 kasus (48.3%) datang dalam keadaan inpartu kala I. Hanya 3 pasien datang dalam keadaan inpartu kala II . Didapatkan 2 pasien yang mengalami ruptura uteri datang dalam keadaan inpartu kala I . Pasien yang melakukan rawat inap sebagian besar datang dalam keadaan belum inpartu , sedang yang tidak melakukan rawat inap sebagian besar datang dalam keadaan inpartu kala I , kedua kelompok sama .

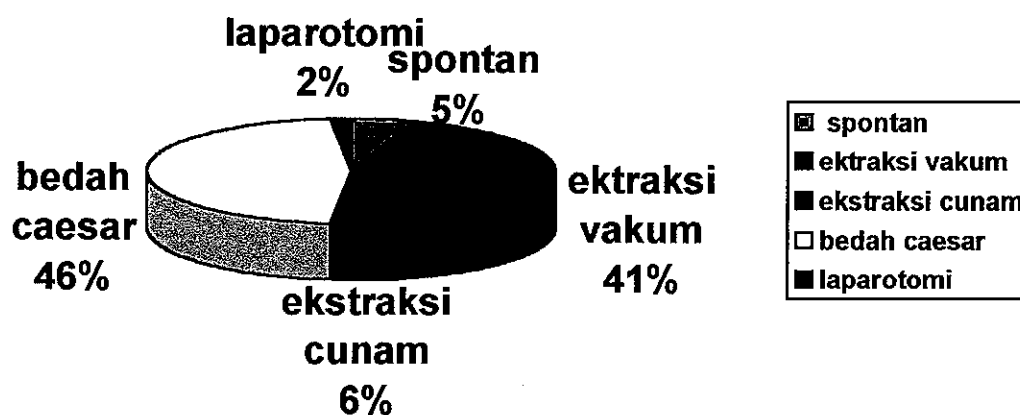
Tabel 10. Hubungan saat pasien pasca bedah Caesar datang antara yang rawat inap dan tidak rawat inap

Saat penderita datang	Rawat Inap				Total	
	Pernah		Tidak			
	n	%	n	%	n	%
• Belum inpartu	54	81.8	4	7.7	58	49.2
• Kala I	11	16.7	46	88.5	57	48.3
• Kala II	1	1.5	2	3.8	3	2.5
Total	66	100	52	100	118	100

Kai - kuadrat = 64.17

p = 0.000

Didapatkan 1 persalinan ganda yang kemudian dilakukan bedah Caesar karena partus tak maju , dan tidak didapatkan komplikasi pada ibu maupun anak pasca persalinan.



Gambar 13 . Sebaran macam persalinan

Sedangkan bila kita perhatikan lebih lanjut pada macam persalinannya antara yang rawat inap dan yang tidak rawat inap didapatkan perbedaan tidak bermakna , kedua kelompok sama dalam keberhasilan partus pervaginam.

Tabel 11. Hubungan macam persalinan antara yang rawat inap dan yang tidak rawat inap

Macam persalinan	Rawat Inap				Total		p
	Pernah		Tidak		n	%	
	n	%	n	%			
• Spontan	6	9.1	2	3.7	8	6.7	0.293*
• Ekstraksi vakum	24	36.4	24	44.5	48	40	0.369
• Ekstraksi cunam	3	4.5	4	7.4	7	5.8	0.784*
• Bedah Caesar	33	50	22	40.7	55	45.8	0.311
• Laparotomi	0	0	2	3.7	2	1.7	0.389*
Total	66	100	54	100	120	100	

* = koreksi Yates

Walaupun terdapat 8 pasien yang bersalin spontan tanpa komplikasi, umumnya persalinan pervaginam dilakukan peringan kala II yang sesuai dengan kebijaksanaan yang masih diterapkan di RSUP Dr. Kariadi sampai sekarang. Didapatkan 55 pasien (45.8%) gagal dalam pengelolaan ekspektatif dan diakhiri persalinannya dengan bedah Caesar. Dan indikasi bedah Caesar ulang antara yang rawat inap dan yang tidak, terdapat perbedaan tidak bermakna, kedua kelompok sama.

Tabel 12. Sebaran indikasi bedah Caesar ulang pasien penelitian pasien yang rawat inap dan tidak rawat inap

Indikasi bedah Caesar ulang	Rawat Inap				Total		p
	Pernah		Tidak		n	%	
	n	%	n	%			
• Distosia	12	37.5	10	43.5	22	40	0.962
• Gawat janin	4	12.5	6	26.1	10	18.1	0.506*
• Kel. letak	1	3.1	0	0	1	1.8	0.919*
• KPD	2	6.2	2	8.7	4	7.4	0.759*
• Lain – lain	13	40.7	5	21.7	18	32.7	0.185
Total	32	100	23	100	55	100	

* = koreksi Yates

Bila kita lihat dari tabel 13, ternyata kegagalan terbanyak persalinan pervaginam adalah karena partus tak maju (distosia) dan faktor lain (serotinus, riwayat obstetri jelek, perut gantung, ingin steril).

5.3 Morbiditas dan Mortalitas Ibu

Secara keseluruhan tidak didapatkan kematian ibu dari 120 pasien hamil pasca bedah Caesar yang melahirkan, baik yang melakukan rawat inap maupun tidak. Didapatkan 4 pasien yang mengalami perdarahan post partum, dimana 2 karena laserasi portio, 1 karena laserasi vagina serta 1 pasien karena hipotoni uterus, dan ke 4 pasien tersebut mendapatkan transfusi darah untuk mengatasi anemi akibat perdarahannya. Dan didapatkan perbedaan tidak bermakna antara pasien yang rawat inap dan yang tidak rawat inap pada morbiditas serta mortalitas ibu.

Tabel 13. Hubungan keadaan ibu pasca persalinan dengan rawat inap pra persalinan

Keadaan ibu pasca persalinan	Rawat Inap				Total		p
	Pernah		Tidak		n	%	
	n	%	N	%			
• Perdarahan	2	3.1	2	3.7	4	3.3	0.759*
• Histerektomi	0	0	3	5.5	3	2.5	0.176*
• Meninggal	0	0	0	0	0	0	-
• Perbaikan	64	96.9	49	90.7	113	94.2	0.291*
Total	66	100	54	100	120	100	

* = koreksi Yates

Dua pasien (1.7 %) mengalami ruptura uteri total dan 2 pasien mengalami dehisens , dimana semua pasien ruptura uteri dan 1 pasien yang mengalami dehisens dilakukan histerektomi serta 1 pasien dehisens dilakukan histerorafi. Kedua pasien yang alami ruptura uteri datang dalam keadaan inpartu kala I , dimana 1 pasien dengan riwayat didorong oleh dukun sebelum dirujuk ke RS Dr . Kariadi .

Satu pasien yang alami dehisens datang dalam keadaan belum inpartu yang dalam perjalanannya terjadi inpartu , kemudian lahir pervaginam dengan peringan kala II oleh ekstraksi vakum , setelah persalinan terjadi perdarahan yang disertai penurunan Hb dari 10gr% menjadi 8.5% dan saat dilakukan laparotomi didapatkan dehisens pada bekas irisan bedah Caesar terdahulu yang dilanjutkan dengan histerorafi . Sedangkan pasien dehisens lain diketahui secara kebetulan saat bedah Caesar ulang atas indikasi gawat janin yang dilanjutkan dengan tindakan histerektomi .

Bila kita amati lebih lanjut tentang kejadian ruptura uteri dan dehisens antara yang rawat inap dan yang tidak , tampak bahwa kejadiannya lebih banyak dialami oleh penderita yang tidak menjalani rawat inap , walaupun secara statistik tidak bermakna , kedua kelompok dinyatakan sama .

Tabel 14. Sebaran kejadian ruptura uteri

Keadaan rahim	Rawat Inap				Total	
	Pernah		Tidak			
	n	%	n	%	n	%
• Dehisens	1	100	1	33.3	1	25
• Ruptura uteri	0	0	2	66.7	3	75
Total	1	100	3	100	4	100

P = 1.000 (Fisher exact test)

5.4 Morbiditas dan Mortalitas Perinatal

Dari 120 pasien pasca bedah Caesar yang direncanakan dikelola ekspektatif, didapatkan 2 kematian bayi akibat ruptura uteri serta 119 bayi lahir hidup dimana 1 persalinan diantaranya dengan kehamilan ganda.

Pada hubungan antara macam persalinan dengan keadaan anak yang dilahirkan, asfiksia sedang lebih banyak dijumpai pada bedah Caesar ulang (17/23 atau 73.9%) dibanding yang persalinannya spontan (6 / 23 atau 26.1 %).

Tabel 15. Keadaan anak yang dilahirkan pada pasien penelitian

Cara persalinan	Nilai apgar menit 1			Nilai apgar menit 5			Nilai apgar menit 10		
	0-3	4-6	7-10	0-3	4-6	7-10	0-3	4-6	7-10
	• Pervaginam								
Spontan	-	-	8	-	-	8	-	-	8
Ekstraksi vakum	-	4	44	-	2	46	-	-	48
Ekstraksi cunam	-	2	5	-	-	7	-	-	7
• BC	-	17	39	-	11	45	-	3	53

Berat badan bayi yang dilahirkan bervariasi dari yang kurang dari 2500 gram sampai diatas 4000 gram. Dengan kelompok terbanyak antara berat badan 3000 – 3499 gram yaitu 55 bayi (45.5%) . Didapatkan 6 bayi (4.96%) dengan berat badan lahir < 2500 gram dan 6 bayi (4.96%) dengan berat badan lahir > 4000 gram .

Bayi yang dilahirkan dengan bedah Caesar ulang terbanyak mempunyai berat badan lahir antara 3000 – 3499 gram yaitu 22 bayi (39.3%) , begitu pula yang bersalin pervaginam terbanyak pada kelompok 3000 – 3499 gram yaitu 33 bayi (53.4%) .

Tabel 16. Sebaran kasus menurut berat badan bayi dan cara persalinan

Cara persalinan	Berat badan anak (dalam gram)				
	< 2500	2500 - 2999	3000 - 3499	3500 – 3999	> 4000
• Spontan	-	6	2	-	-
• Ekstraksi vakum	1	15	28	4	-
• Ekstraksi cunam	-	3	3	-	1
• Bedah caesar	5	15	22	9	5
• Laparotomi	-	1	-	1	-
Total	6	40	55	14	6

Pada tabel 17 tampak bahwa secara statistik terdapat perbedaan bermakna morbiditas serta mortalitas bayi antara kelompok yang rawat inap dan yang tidak rawat inap. Dimana tampak jelas didapatkan 2 kematian janin pada kelompok pasien yang tidak melakukan rawat inap.

Tabel 17. Hubungan keadaan anak yang dilahirkan dengan rawat inap pra persalinan

Keadaan anak	Rawat Inap				Total	
	Pernah		Tidak			
	n	%	n	%	n	%
• Asfiksia ringan	58	87.9	38	69.1	96	79.3
• Asfiksia sedang	8	12.1	15	27.3	23	19.1
• Asfiksia berat	-	-	-	-	--	-
• Meninggal	-	-	2	3.6	2	1.6
Total	66	100	55	100	121	100

Kai - kuadrat = 6.67

p = 0.035

BAB VI

PEMBAHASAN

6.1. Aspek Epidemiologi

6.1.1. Angka Kejadian

Selama periode penelitian 1 Januari 1995 – 31 Desember 1997 didapatkan jumlah persalinan di RSUP Dr . Kariadi sejumlah 11,988 penderita dan yang persalinannya dengan riwayat bedah Caesar sebelumnya sejumlah 168 penderita (1.41%), dimana yang memenuhi syarat penelitian sebanyak 120 penderita (71.43 %). Bila dibandingkan dengan penelitian sebelumnya di RSUP Dr . Kariadi , oleh Pratomo P (1984 – 1986) dimana kejadian pasien hamil pasca bedah Caesar sebesar 0.9% , maka kejadiannya makin meningkat⁵ . Hal ini dapat dimengerti karena kecenderungan makin meningkatnya kejadian bedah Caesar dari tahun ke tahun .

Kebijakan rawat inap belum dapat diterapkan terhadap semua pasien hamil pasca bedah Caesar yang direncanakan ekspektatif , dimana dari 120 pasien hanya 66 pasien (55 %) melakukan rawat inap dan sisanya 54 pasien (45%) tidak melakukan rawat inap . Penelitian sebelumnya di tempat yang sama mendapatkan hasil yang sama dengan penulis, dimana dari 68 pasien yang direncanakan ekspektatif 35 pasien (55%) pernah menjalani rawat inap. Sedangkan Sunarto A (1992 - 1995) di RSUPN Dr . Cipto Mangunkusumo dari 155 pasien hanya 47 pasien (30.3%) yang mengikuti anjuran rawat inap pra persalinan , dengan alasan terbanyak adalah kerepotan dalam mengurus rumah tangga⁶ . Alasan inipun sering penulis dapati , selain alasan lain seperti biaya serta ketidaktahuan penderita akan maksud rawat inap serta bahayanya persalinan pasien pasca bedah Caesar.

Dan 63 pasien (52.5%) yang direncanakan dikelola ekspektatif berhasil lahir pervaginam sedang 55 pasien (45.8%) persalinannya harus diakhiri dengan bedah Caesar dan 2 pasien (1.7%) dilakukan laparotomi atas indikasi ruptura uteri.

Tabel 18 . Perbandingan keberhasilan persalinan pervaginam pasien hamil pasca bedah Caesar yang menjalani pengelolaan ekspektatif dari beberapa pustaka.

Penulis	Tahun	Pasien pasca BC yang dicoba pervaginam	Keberhasilan pervaginam	%
1. Riva – Teich . Washington ⁵	1982	214	158	73.8
2. Hajar I . Surabaya ²	1987	211	165	78.2
3. Pratomo P . Semarang ⁵	1988	140	50	35.7
4. Veridiano NP et al. ²⁸	1989	174	122	70.1
5. Zailani M . Palembang ¹¹	1991	144	38	26.4
6. Sunarto A . Jakarta ⁶	1995	155	108	69.7
7. Weinstein et al . Jeruzalem ²⁹	1996	471	368	78.1
8. Martin JN et al . Jackson ⁸	1997	382	306	79.1
9. Maryelen LH et al . Houston ⁹	1997	174	144	82.8
10. Hidayat ST . Semarang	1998	120	63	52.5

Dari tabel 18 tampak bahwa pasien hamil pasca bedah Caesar yang diberi kesempatan partus pervaginam berkisar antara 26% - 82% . Di negara maju lebih tinggi mungkin dikarenakan pengawasan persalinan yang lebih cermat dengan dukungan berbagai fasilitas penunjang selama persalinannya. Dari pengamatan kami di RSUP Dr.Kariadi pasien pasca bedah Caesar yang bukan oleh karena faktor menetap atau ada indikasi untuk dilakukan bedah Caesar ulang dan direncanakan dikelola ekspektatif , masih adanya kekhawatiran akan risiko terjadinya ruptura uteri serta status keadaan pasien sendiri , sedikit banyak mempengaruhi keberhasilan persalinan pervaginam pada pasien hamil pasca bedah Caesar. Walaupun bila kita bandingkan dengan penelitian sebelumnya di RS Dr . Kariadi terjadi kenaikan persentase keberhasilan persalinan pervaginam (dari 35.7% jadi 52.5%).

6.1.2 . Karakteristik Penderita

6.1.2.1. Umur

Sebaran umur pasien hamil pasca bedah Caesar yang menjalani pengelolaan ekspektatif terbanyak pada kelompok umur 31 - 35 tahun (49.2%) dengan rata-rata 30.2 (3.4) tahun {Mean (SD)}. Umur termuda adalah 22 tahun dan yang tertua berumur 35 tahun . Sebaran umur pada penelitian ini memang sudah dibatasi pada pasien usia reproduksi sehat yaitu antara 20 – 35 tahun . Dan bila kita bandingkan antara yang melakukan rawat inap dan yang tidak melakukan rawat inap ternyata tidak ada perbedaan antara keduanya.

6.1.2.2. Paritas.

Dari pasien – pasien yang diteliti terbanyak (79 pasien atau 65.8%) mempunyai paritas 2 atau persalinan yang terbanyak adalah persalinan kedua dimana persalinan pertamanya dengan cara bedah Caesar , dengan paritas rata-rata 2.3 (0.6). Kedua kasus ruptura uteri yang dijumpai adalah dengan paritas 2 , tak adanya kasus ruptura uteri dengan paritas lebih dari 2 pada penelitian ini mungkin karena jumlah pasien dengan paritas 2 pada penelitian ini cukup jauh berbeda. Dari kepustakaan memang tidak ada yang menyebutkan jumlah paritas sebagai faktor risiko ruptura uteri pada pasien hamil pasca bedah Caesar ^{3,36} . Jika dibandingkan antara yang rawat inap dengan tidak rawat inap didapatkan kedua kelompok sama .

6.1.2.3. Pendidikan

Lama pendidikan terbanyak adalah 10 - 12 tahun yaitu sebanyak 43.7% , dengan rata-rata lama pendidikan 10.6 (1.2) . Jika melihat tingkat pendidikan pasien penelitian , dapat diperkirakan bahwa tingkat sosial pasien penelitian di RSUP Dr . Kariadi berasal dari golongan menengah kebawah. Dari kedua kasus ruptura uteri , 1 pasien dengan pendidikan 6 tahun dan 1 pasien dengan pendidikan 12 tahun. Mungkin faktor ketidaktahuan akan bahaya yang dihadapi menjadi faktor risiko yang harus dipertimbangkan dalam penanganan pasien.

Tingkat pendidikan antara yang melakukan rawat inap dan yang tidak rawat inap adalah sama .

6.1.2.4. Asal Rujukan

Kasus rujukan pasien hamil pasca bedah Caesar yang diteliti terbanyak berasal dari bidan , sebanyak 44 kasus (38.3%). Hal ini bisa dimengerti karena mereka umumnya melakukan perawatan ante natal di bidan kemudian baru dirujuk ke rumah sakit menjelang kehamilan cukup bulan .

Terdapat 4 pasien dari kelompok yang tidak pernah rawat inap yang datang sendiri ke RS Dr .Kariadi , tanpa surat rujukan . Mereka melakukan perawatan ante natal di bidan lalu atas keinginan sendiri datang ke rumah sakit saat akan melahirkan. Dan tidak didapatkan kejadian ruptura uteri pada kelompok ini .

Pasien rujukan pasca bedah Caesar antara yang melakukan rawat inap dan yang tidak melakukan rawat inap adalah sama .

6.1.2.5. Asal Penderita

Pada gambar 6 tampak bahwa sebagian besar kasus penelitian berasal dari dalam kota, yaitu 94 kasus (78.3%).

Satu diantara kedua pasien yang alami ruptura uteri berasal dari dalam kota , sehingga bisa dianggap faktor jarak / transportasi bukanlah merupakan faktor risiko utama terjadinya ruptura uteri.

Asal pasien hamil pasca bedah Caesar yang melakukan rawat inap dan yang tidak melakukan rawat inap adalah sama .

6.2 Aspek Klinik

6.2.1 Perawatan Ante Natal

Semua pasien hamil pasca bedah Caesar melakukan perawatan ante natal , dimana 40 pasien (33.84%) melakukannya di bidan praktek , 38 pasien (30.83%) melakukannya di rumah sakit dan sisanya melakukan perawatan ante natal di puskesmas , dokter umum atau di dokter spesialis. Umumnya walau pasien rutin melakukan perawatan ante natal di bidan , dokter atau puskesmas paling tidak mereka pernah melakukannya di rumah sakit sesuai dengan anjuran dari tempat perawatan ante natal yang pertama.

Rata-rata pemeriksaan ante natal dari kasus penelitian 6.12 kali dengan yang terendah 1 kali dan tertinggi 12 kali.

OPT-POSTAK-UNDP

Sedangkan pada penelitian sebelumnya di RSUP Dr. Kariadi dari 140 pasien pasca bedah Caesar yang diteliti, yang melakukan perawatan ante natal 128 pasien (91.4%)⁵. Peningkatan angka perawatan ante natal dimungkinkan karena semakin tingginya tingkat kesadaran ibu hamil pasca bedah Caesar akan pentingnya perawatan ante natal bagi keadaan mereka.

Frekuensi perawatan ante natal antara yang rawat inap dan yang tidak melakukan rawat inap adalah sama.

Di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo pada periode tahun 1993 – 1995 dari 155 pasien, 5 pasien (3.2%) tidak pernah melakukan perawatan ante natal pada fasilitas kesehatan, mereka hanya datang saat akan bersalin⁶.

Sedang di RSUD Dr. Sutomo pada periode tahun 1983 –1986 didapatkan 67.9% pasien hamil pasca bedah Caesar yang melakukan perawatan ante natal (245 pasien dari 361 pasien), dimana 87.35% (214 dari 245) melakukannya lebih dari 3 kali².

Dua pasien yang alami ruptura uteri menjalani perawatan ante natal di puskesmas dan sudah diberi pesan khusus untuk melahirkan di rumah sakit, tapi penderita datang ke RSUP Dr. Kariadi sudah dalam keadaan ruptura uteri dengan rujukan dari bidan dan puskesmas. Tidak didapatkannya ruptura uteri pada pasien yang melakukan perawatan ante natal di RSUP Dr. Kariadi mungkin dikarenakan pengawasan ante natal dan perencanaan persalinan yang lebih baik juga oleh tingginya kesadaran dari pasien sendiri.

6.2.2. Riwayat Bedah Caesar

Pada penelitian ini semua pasien yang direncanakan dikelola ekspektatif adalah dengan riwayat bedah Caesar 1 kali, sesuai dengan kebijakan di RSUP Dr. Kariadi yang masih dianut sampai sekarang. Walaupun beberapa penelitian di luar negeri masih merencanakan pengelolaan ekspektatif sampai riwayat bedah Caesar 3 kali dengan tingkat keberhasilan yang cukup tinggi^{14,28,29}. Hal ini memang sulit diterapkan di negara berkembang pada umumnya mengingat masih rendahnya status sosial ekonomi pasien serta belum memadainya sarana serta pemerataan tenaga trampil untuk bisa melakukan pengawasan persalinan yang ketat serta kesiapan penanganan komplikasi persalinannya. Veridiano (1989) mencatat 21 dari 25 pasien dengan riwayat bedah Caesar lebih dari 2 kali berhasil lahir pervaginam tanpa komplikasi²⁸.

6.2.3 Kadar Hb.

Didapatkan kadar Hb terbanyak adalah kelompok 7 – 10.9 gr% , yaitu 93 pasien (77.5%). Tidak didapatkan pasien dengan kadar hemoglobin kurang dari 7 gr% pada penelitian ini. Dan kadar Hb antara pasien pasca bedah Caesar yang rawat inap dan yang tidak rawat inap sama .

6.2.4. Riwayat Persalinan Pervaginam

Dari 120 pasien didapatkan 36 pasien (30%) mempunyai riwayat persalinan pervaginam , dimana 22 pasien (61.1%) diantaranya dengan riwayat persalinan pervaginam sebelum dilakukan bedah Caesar dan 14 pasien (38.9%) dengan riwayat persalinan pervaginam setelah bedah Caesar. Turner MJ (1997) mendapatkan perbedaan bermakna pada keberhasilan persalinan pervaginam pada pasien hamil pasca bedah Caesar yang pernah persalinan pervaginam dibanding yang belum pernah⁹ .

Riwayat persalinan pervaginam antara pasien yang melakukan rawat inap dan yang tidak ternyata sama .

Apabila kita lihat hubungan antara riwayat persalinan pervaginam pasien pasca bedah Caesar dengan keberhasilan perawatan ekspektatif ternyata 21 pasien (58.3%) berhasil lahir pervaginam walaupun hubungan ini secara statistik tidak bermakna .

Bila kita hubungkan antara saat riwayat persalinan pervaginam pasien pasca bedah Caesar maka pasien yang dengan riwayat persalinan pervaginamnya setelah bedah Caesar mempunyai keberhasilan pengelolaan ekspektatif yang lebih tinggi , tapi perbedaannya tidak bermakna.

Pada tahun 1986 – 1988 ditempat yang sama didapatkan hasil sebaliknya , dimana pasien yang belum pernah bersalin pervaginam mempunyai keberhasilan perawatan ekspektatif yang lebih tinggi (85.7% dibanding 56.2%) , walau perbedaan ini tidak bermakna secara statistik⁵ .

Di RSUD Dr . Sutomo pada periode tahun 19853 - 1986 mendapatkan hasil , 75 % berhasil bersalin pervaginam pada pasien hamil pasca bedah Caesar dengan riwayat belum pernah persalinan pervaginam sedangkan yang pernah persalinan pervaginam

sebelum bedah Caesar 84.4% , perbedaan ini tidak bermakna² . Tapi bila dibandingkan dengan yang riwayat pernah persalinan pervaginam setelah bedah Caesar , yaitu 95.8% , perbedaan ini bermakna secara statistik. Zailani M (1991) di RSUD Palembang dengan melakukan analisa inferensial mendapatkan hasil bahwa kecenderungan untuk dilakukan dilakukan bedah Caesar bagi kasus yang tidak pernah melahirkan pervaginam adalah 8.15 kali dibanding yang pernah melahirkan pervaginam . Hubungan inipun secara statistik bermakna¹¹ .

Weinstein (1996) dari penelitiannya untuk menilai faktor-faktor prediksi keberhasilan persalinan pervaginam pada pasien hamil pasca bedah Caesar , mendapatkan hasil bahwa riwayat pernah partus pervaginam setelah bedah Caesar memberikan skor prediksi yang tinggi²⁹ .

Tidak didapatkan kasus ruptura uteri pada kelompok pasien yang pernah bersalin pervaginam. Hal ini bukan berarti kelompok tersebut punya faktor risiko yang lebih rendah , mungkin lebih dikarenakan sebaran kelompok paritas yang berbeda jauh.

6.2.5 Jarak Kehamilan

Sebagian besar pasien penelitian mempunyai jarak kehamilan diatas 48 bulan , yaitu 83 kasus (69.2 %). Jarak kehamilan antara pasien hamil pasca bedah Caesar yang melakukan rawat inap dan tidak melakukan rawat inap ternyata sama .

Pada penelitian di RSUD Palembang tahun 1990 – 1991 mendapatkan hasil bahwa yang jarak dengan persalinan bedah Cesar terdahulu lebih dari 36 bulan memberikan angka keberhasilan pengelolaan ekspektatif terbesar yaitu 40.9%¹¹ .

Bila dihubungkan jarak kehamilan dengan terjadinya ruptura uteri , ternyata ruptura uteri banyak terjadi pada kelompok jarak kehamilan 36 – 48 bulan (66.7%) . Sedangkan penelitian sebelumnya di tempat yang sama mendapatkan kejadian ruptura uteri lebih banyak terjadi pada pasien yang jarak kehamilannya 2-3 tahun (46%)⁵ . Beberapa penelitian menyatakan bahwa jarak kehamilan yang terlalu dekat bukanlah alasan akan kekhawatiran terjadinya ruptura uteri akan tetapi ada atau tidaknya komplikasi penyembuhan luka bedah Caesar terdahulu^{3,26} .

6.2.6. Riwayat Bedah Caesar Terdahulu

Pada pasien penelitian 42 kasus (43.31%) merupakan kelompok dengan indikasi terbanyak distosia , dan didapatkan 13 kasus (10.82%) dengan indikasi yang tidak jelas. Penelitian di RSUD Dr . Sutomo tahun 1986 mendapatkan hasil bahwa bila indikasi bedah Caesar terdahulu adalah distosia ternyata 85.7% dapat lahir pervaginam dengan berat badan lahir yang lebih kecil serta 14.3% dapat lahir pervaginam dengan berat badan lahir yang lebih besar ² . Sedangkan Turner MJ dkk (1987) mendapatkan 37% pasien pasca bedah Caesar yang indikasi bedah Caesar terdahulu karena distosia ternyata bisa melahirkan pervaginam dengan berat badan lahir yang lebih besar ⁹ . Hanley (1996) juga mendapatkan hasil yang tidak berbeda jauh dengan hasil penelitian diatas ⁷ . Menurut beberapa penelitian dilahirkannya bayi dengan berat badan yang lebih besar dibanding berat badan saat bedah Caesar terdahulu mungkin dikarenakan kesalahan dalam menentukan distosia yang lalu ^{7,14,19,22} . Dari penelitian kami didapatkan 48.1% pasien yang dilakukan bedah Caesar terdahulu dengan indikasi distosia ternyata dapat lahir pervaginam .

Indikasi bedah Caesar terdahulu pada pasien hamil pasca bedah Caesar yang melakukan rawat inap dan yang tidak melakukan rawat inap sama .

Dari semua pasien penelitian tidak didapatkan komplikasi akibat bedah Caesar terdahulu.

6.2.7. Perawatan Persalinan.

Pasien datang ke RSUP Dr.Kariadi dalam keadaan belum inpartu 58 kasus (49.21%) , dan 57 kasus (48.3%) datang dalam keadaan inpartu kala I. Hanya 3 pasien datang dalam keadaan inpartu kala II . Didapatkan 2 pasien yang mengalami ruptura uteri datang dalam keadaan inpartu kala I . Hal ini seperti yang banyak dikemukakan pada berbagai kepustakaan bahwa kejadian ruptura uteri pada pasien pasca bedah Caesar dengan irisan transversal rendah umumnya terjadi saat inpartu , yang memang berbeda dengan kejadian ruptura uteri pada irisan korporal yang umumnya terjadi saat hamil tua atau awal persalinan ^{13,20,48} .

Pasien yang melakukan rawat inap sebagian besar datang dalam keadaan belum inpartu , sedang yang tidak melakukan rawat inap sebagian besar datang dalam keadaan inpartu kala I dan ini berbeda bermakna .

Pada penelitian sebelumnya ditempat yang sama didapatkan dari 68 pasien yang direncanakan dikelola ekspektatif, 27 (38.7%) datang dalam keadaan inpartu⁵. Sedang penelitian di RSUPN Dr . Cipto Mangunkusumo dari 155 pasien, 143 (92.3%) datang dalam keadaan inpartu, dimana 8 pasien diantaranya (5,2%) datang dalam keadaan inpartu kala II, juga didapatkan ke 3 pasien yang mengalami ruptura uteri datang dalam keadaan inpartu kala I². Masih didupatkannya pasien yang datang dalam keadaan inpartu kala II menunjukkan masih belum terpenuhinya harapan pengelolaan pasien pasca bedah Caesar yang baik. Idealnya pasien hamil pasca bedah Caesar datang ke rumah sakit saat mulai didupatkannya tanda persalinan / kala I laten. Keadaan ini mungkin disebabkan oleh beberapa hal seperti kurangnya pengetahuan dan perhatian akan risiko persalinan pasca bedah Caesar baik oleh penderita sendiri maupun keluarga ataupun hal lain seperti masalah waktu dan transportasi.

Pemakaian oksitosin pada pasien hamil pasca bedah Caesar masih menimbulkan perbedaan pendapat³⁸. Pada pasien penelitian didapatkan 1 pasien yang diberi oksitosin selama dalam persalinannya atas indikasi perbaikan his pada pembukaan 8 cm. Indikasi bedah Caesar terdahulu oleh karena perdarahan ante partum, dan lahir bayi dengan berat badan 2600gram, dan saat ini pasien dapat bersalin pervaginam dengan peringan kala II oleh ekstraksi vakum dengan berat badan bayi saat ini 2750 gram. Pada penelitian sebelumnya di RS Dr.Kariadi didapatkan 2 pasien yang mendapatkan oksitosin, 1 untuk induksi persalinan dan 1 untuk memperbaiki his. Keduanya dapat lahir pervaginam dengan peringan kala II dan tak didapatkan komplikasi pada ibu dan anak⁵. Flamm BL dkk (1988) dari penelitian yang bersifat multisenter mendapatkan keberhasilan persalinan pervaginam yang tinggi pada pemakaian oksitosin untuk perbaikan his dibanding dengan yang tidak menggunakan oksitosin, dengan perbedaan rata-rata 13.0%³⁹. Leung AS (1993) mendapatkan hasil 38.9% pasien penelitian yang dilakukan induksi atau perbaikan his dengan oksitosin berhasil melahirkan pervaginam³.

Persalinan pada pasien pasca bedah Caesar yang direncanakan ekspektatif, 63 pasien (52.5%) berhasil lahir pervaginam, dengan tindakan peringan pada persalinan kala II nya terbanyak dengan ekstraksi vakum (41%). Perolehan persentase keberhasilan persalinan pervaginam sebesar 52.5% relatif masih rendah terutama bila dibandingkan dengan keberhasilan di senter lain di Indonesia. Penelitian di RSUPN Dr . Cipto

Mangunkusumo (1995) mendapatkan persentase keberhasilan 69.7%⁶ . Rosen (1990) mencatat dari berbagai penelitian di negara maju , persentase keberhasilan sekitar 64% - 76%³³ . Untuk itu semestinya persentase keberhasilan ini bisa ditingkatkan lagi sebagai salah satu cara untuk menurunkan angka bedah Caesar ulang serta menurunkan angka bedah Caesar secara keseluruhan.

Didapatkan 1 persalinan ganda yang kemudian dilakukan bedah Caesar karena partus tak maju , dan tidak didapatkan komplikasi pada ibu maupun anak . Veridiano (1989) mendapatkan 3 persalinan ganda pasca bedah Caesar dan semuanya berhasil lahir pervaginam tanpa komplikasi²⁸.

Sedangkan bila kita perhatikan lebih lanjut macam persalinan antara yang rawat inap dan yang tidak rawat inap ternyata sama dalam keberhasilan partus pervaginam.

Walaupun terdapat 8 pasien yang bersalin spontan tanpa komplikasi , umumnya persalinan pervaginam dilakukan peringka kala II yang sesuai dengan kebijaksanaan yang masih diterapkan di RSUP Dr . Kariadi sampai sekarang . Kebijaksanaan ini pada prinsipnya lebih bersifat mencegah terjadinya inpartu kala II yang lama sehingga mengurangi kecenderungan ruptura uteri pada kala II .

Didapatkan 55 pasien (45.8 %) gagal dalam pengelolaan ekspektatif dan diakhiri persalinannya dengan bedah Caesar. Dan pada perbedaan indikasi bedah Caesar ulang antara yang rawat inap dan yang tidak ternyata tak terdapat perbedaan bermakna diantara kedua kelompok. Beberapa penelitian menyatakan bahwa distosia adalah alasan utama dilakukannya bedah Caesar ulang , yaitu antara 16 % - 32 %^{7,12,23} .

Bila kita lihat dari tabel 13 , ternyata kegagalan terbanyak persalinan pervaginam adalah karena partus tak maju (distosia) dan faktor lain (serotinus , riwayat obstetri jelek , perut gantung , ingin steril). Mungkin sebaiknya dilakukan evaluasi terhadap faktor – faktor diatas agar persentase keberhasilan partus pervaginam dapat ditingkatkan.

6.3 Morbiditas dan Mortalitas Ibu

Secara keseluruhan tidak didapatkan kematian ibu dari 120 pasien hamil pasca bedah Caesar yang melahirkan , baik yang melakukan rawat inap maupun tidak. Didapatkan 4 pasien yang mengalami perdarahan post partum , dimana 2 karena laserasi portio , 1 karena laserasi vagina serta 1 pasien karena hipotoni uterus , dan ke 4 pasien tersebut mendapatkan transfusi darah untuk mengatasi anemi akibat perdarahannya. Dan tidak ada perbedaan antara pasien yang rawat inap dan yang tidak rawat inap pada morbiditas serta mortalitas ibu .

Dua pasien (1.7 %) mengalami ruptura uteri total dan 2 pasien mengalami dehisens , dimana semua pasien ruptura uteri dan 1 pasien yang mengalami dehisens dilakukan histerektomi serta 1 pasien dehisens dilakukan histerorafi. Kedua pasien yang alami ruptura uteri datang dalam keadaan inpartu kala I , dimana 1 pasien dengan riwayat didorong oleh dukun sebelum dirujuk ke RS Dr . Kariadi .

Satu pasien yang alami dehisens datang dalam keadaan belum inpartu yang dalam perjalanannya terjadi inpartu , kemudian lahir pervaginam dengan peringan kala II oleh ekstraksi vakum , setelah persalinan terjadi perdarahan yang disertai penurunan Hb dari 10gr% menjadi 8.5% dan saat dilakukan laparotomi didapatkan dehisens pada bekas irisan bedah Caesar terdahulu yang dilanjutkan dengan histerorafi . Sedangkan pasien dehisens lain diketahui secara kebetulan saat bedah Caesar ulang atas indikasi gawat janin yang dilanjutkan dengan tindakan histerektomi . Hal ini seperti yang telah banyak ditulis oleh beberapa kepustakaan bahwa umumnya dehisens diketahui secara kebetulan saat bedah Caesar ulang.

Secara umum angka kejadian ruptura uteri 1.7 % pada penelitian ini termasuk rendah bila kita bandingkan dengan hasil penelitian lain (lihat tabel 19)

Tabel 19 . Kejadian ruptura uteri pada persalinan pasien hamil pasca bedah Caesar yang dicoba partus pervaginam

Peneliti	Kejadian ruptura uteri
• Horowitz , dkk (1981) (beberapa negara)	0 – 7 %
• Lavin , dkk (1982)	0 – 2.8 %
• Sastrowardoyo , dkk (1987)	1.9 %
• Pratomo P (1988)	2.8 %
• Nielsen , dkk (1989)	0.6 %
• Leung , dkk (1993)	0.64 %
• Sunarto , dkk (1995)	1.9%

Bila kita amati lebih lanjut tentang kejadian ruptura uteri dan dehisis antara yang rawat inap dan yang tidak , tampak bahwa kejadiannya lebih banyak dialami oleh penderita yang tidak menjalani rawat inap , walaupun tidak berbeda bermakna .

Menurut Leung AS (1993) dari penelitiannya mendapatkan faktor risiko pemakaian oksitosin yang berlebihan , gangguan kemajuan persalinan serta riwayat bedah Caesar lebih dari 2 kali akan memberikan nilai kemaknaan terjadinya ruptura uteri pasien hamil pasca bedah Caesar ³. Pada penelitian kami dari ke 4 kasus , ternyata semuanya mengalami gangguan persalinan sebelum terjadi ruptura uteri.

Penelitian di RSUD Dr. Sutomo mendapatkan 6 kejadian ruptura uteri dari 361 pasien hamil pasca bedah Caesar (1.66%) , yang terdiri dari 3 ruptura uteri komplit dan 3 ruptura uteri inkomplit. Dimana ke 3 ruptura uteri komplit dilakukan histerektomi sedang ke 3 kasus ruptura uteri inkomplit diketahui saat laparotomi yaitu saat menyisihkan kandung kencing lalu dilakukan histerorafi. Tidak didapatkan kematian ibu pada pasien ruptura uteri ².

Flamm BL (1985) menyatakan bahwa terjadinya ruptura uteri pada pasien hamil pasca bedah Caesar tidak dipengaruhi oleh jarak kehamilan sesudah bedah Caesar terdahulu ²⁴.

Martin JN (1997) mendapatkan 9 kasus ruptura uteri dari 382 pasien hamil pasca bedah Caesar yang dikelola ekspektatif , dimana 4 kasus dengan ruptura uteri komplisit dan 5 kasus dengan dehisens yang diketahui saat BC ulang ⁸ . Sedangkan Veridiano NP (1989) mendapatkan 1% kejadian dehisens dari 183 pasien yang menjalani persalinan pervaginam ²⁸ .

Kehamilan ganda tidak ada hubungannya dengan kejadian ruptura uteri akibat dari distensinya. Hal ini dibuktikan dari penelitian Stronge JM (1994) serta Miller (1996) terhadap pasien hamil ganda pasca bedah Caesar ternyata tidak didapatkan kenaikan kejadian ruptura uteri serta morbiditas – mortalitas perinatal ^{19,37} .

Tidak didapatkannya kematian ibu pada penelitian ini tampaknya sesuai dengan penelitian terdahulu yang menunjukkan tingkat mortalitas yang rendah pada kasus ruptura uteri pada pascin hamil pasca bedah Caesar . Penelitian serupa yang pernah dilakukan di RSUPN Dr . Cipto Mangunkusumo tidak mendapatkan kematian ibu yang menyertai 3 kejadian ruptura uteri pada penelitiannya ⁶ . Leung (1993) hanya mendapatkan 1 kematian ibu dari 106 kejadian ruptura uteri pasien hamil pasca bedah Caesar yang diamatinya ³ .

Miller (1994) mendapatkan kematian maternal akibat ruptura uteri 7.9 per 100.000 pasien hamil pasca bedah Caesar yang mencoba persalinan pervaginam ¹⁴ .

6.4 Morbiditas dan Mortalitas Perinatal

Dari 120 pasien pasca bedah Caesar yang direncanakan dikelola ekspektatif , didapatkan 2 kematian bayi (1.6%) akibat ruptura uteri serta 119 bayi lahir hidup dimana 1 persalinan diantaranya dengan kehamilan ganda. Persalinan ganda baru diketahui setelah anak pertama lahir . Dan tidak didapatkan bayi lahir dengan asfiksia berat (AS 0 –3) pada penelitian ini .

Walaupun umumnya dianggap bahwa mortalitas serta morbiditas perinatal pasien hamil pasca bedah Caesar yang menjalani persalinan pervaginam lebih tinggi dibanding yang dilakukan bedah Caesar ulang , tapi pada penelitian kami justru pasien yang dilakukan bedah Caesar ulang morbiditasnya lebih tinggi . Hal ini mungkin karena indikasi dilakukan BC ulang biasanya karena gangguan persalinan yang bisa berdampak pada kesejahteraan janin di dalam rahim .

Penelitian di RSUD Dr. Sutomo mendapatkan hasil nilai Apgar menit ke 5 berbeda bermakna antara yang persalinannya pervaginam dengan yang dilakukan bedah Cesar ulang. Juga didapatkan 15 kasus kematian (4.15%) yang terdiri dari 8 kematian antenatal dan 7 kematian postnatal².

Pickhardt MG (1992) mendapatkan angka mortalitas 1.41% , 15 dari 1065 , dimana 2 karena sindroma gawat napas akibat berat badan lahir rendah serta 1 pasien karena hidrosefalus³⁵.

Penelitian di RSUD Palembang (1991) mendapatkan hasil bahwa berat badan bayi yang dilahirkan pervaginam umumnya lebih kecil dari 3500 gram (83.4%) sedangkan yang lahir perabdominam terbanyak antara berat badan 3000 – 3500 gram yaitu 41.5%¹¹.

Leung AS (1993) mendapatkan 3 kematian perinatal dari 148 pasien hamil pasca bedah Caesar yang diberi kesempatan persalinan pervaginam , dengan didapatkan diantaranya 2 kejadian ruptura uteri serta 3 dehisens⁴⁸.

Terdapat perbedaan pada morbiditas serta mortalitas bayi antara kelompok yang rawat inap dan yang tidak rawat inap. Dimana tampak jelas didapatkan 2 kematian janin pada kelompok pasien yang tidak melakukan rawat inap akibat dari ruptura uteri . Hal ini menunjukkan masih diperlukannya kebijaksanaan rawat inap pra persalinan pada pasien hamil pasca bedah Caesar dengan memperhatikan kerjasama yang baik antara pihak pemberi jasa pelayanan kesehatan serta dari pihak pasien sendiri.

BAB VII

KESIMPULAN

Telah dilakukan penelitian terhadap 120 pasien hamil pasca bedah Caesar yang memenuhi syarat penerimaan sampel yang direncanakan dikelola ekspektatif, selama periode 3 tahun yaitu sejak 1 Januari 1995 sampai 31 Desember 1997. Dimana dari penelitian ini diperoleh beberapa masukan yang terutama ditujukan untuk evaluasi penatalaksanaan pasien hamil pasca bedah Caesar di RSUP Dr. Kariadi,

1. Hanya 55% pasien yang menjalani rawat inap pra persalinan dimana pasien yang menjalani rawat inap umumnya datang dalam keadaan belum inpartu (81.8%) sedang yang tidak rawat inap umumnya datang dalam keadaan inpartu kala I (88.5%). Dan pasien yang dilakukan bedah Caesar ulang terbanyak karena indikasi distosia (43.3%).
2. Terdapat 2 kasus ruptura uteri dan 1 kasus dehisens (2.5%) dari pasien yang tidak menjalani rawat inap dan 1 kasus dehisens (0.8%) dari kelompok yang menjalani rawat inap, morbiditas ibu pasien yang rawat inap dan yang tidak rawat inap cenderung sama.
3. Tidak dijumpai kematian ibu baik pada kelompok yang menjalani rawat inap maupun yang tidak melakukan rawat inap.
4. Didapatkan 2 kematian bayi (1,6 %) akibat ruptura uteri pada kelompok pasien yang tidak menjalani rawat inap, mortalitas bayi yang menjalani rawat inap lebih rendah dibanding yang tidak rawat inap.
5. Morbiditas bayi pasien yang menjalani rawat inap lebih rendah.
6. Keberhasilan persalinan pervaginam pada pasien yang menjalani rawat inap sama dengan yang tidak menjalani rawat inap.

BAB VIII

SARAN

1. Kebijakan rawat inap pra persalinan perlu ditingkatkan pada pengelolaan pasien hamil pasca bedah Caesar .
2. Perlu mempertajam diagnosis distosia untuk melakukan bedah Caesar ulang.
3. Menekankan kembali pentingnya pengelolaan kehamilan dan persalinan pasien hamil pasca bedah Caesar.

DAFTAR PUSTAKA

1. Wahyudi C , Suyono B , Praptohardjo U . Perkembangan bedah caesar di Rumah Sakit Dokter Kariadi : suatu kajian retrospektif setelah 5 tahun . Naskah lengkap KOGI VII . Semarang 1987 : 59 - 61 .
2. Hajar I , Soedarto . Persalinan pada bekas sectio caesar di RSUD Dr Soetomo tahun 1983 - 1985 . Naskah lengkap KOGI VII . Semarang 1987 : 127 - 38 .
3. Leung AS , Farmer RM , Leung EK , Medearis AL . Risk factors associated with uterine rupture during trial of labor after cesarean delivery : a case-control study. *Am J Obstet Gynecol* , 1993 ; 168 : 1358 - 63 .
4. Prosedur Baku Pelayanan Obstetri Dan Ginekologi . Laboratorium / UPF. Obstetri & Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro / Rumah Sakit Dr. Kariadi Semarang , 1992
5. Pratomo P . Persalinan pada bekas bedah caesar [Tesis] . Semarang : Universitas Diponegoro 1988 .
6. Sunarto A . Beberapa aspek persalinan kasus pernah seksio sesarea [Tesis] . Jakarta . Universitas Indonesia 1995 .
7. Maryellen LH , Simulian JC , Marian FL . Analysis of repeat cesarean delivery indications : implications of heterogeneity . *Am J Obstet Gynecol* , 1996 ; 175:883-8 .
8. Martin JN , Perry KG , Roberts WE , Meydrech EF . The case for trial of labor in the patient with a prior low-segment vertical cesarean incision . *Am J Obstet Gynecol* , 1997 ; 177 : 144 - 8 .
9. Turner MJ . Delivery after one previous cesarean section . *Am J Obstet Gynecol* , 1997 ; 176 : 741 - 4
10. Pernoll ML . Operative obstetrics , IX th ed . McGraw - Hill International Edition . 1994 : 444 - 54 .
11. Zailani M , Halim S , Rusydi SD , Said MU , Pohan HS . Prediksi persalinan pervaginam pada bekas seksio sesar . Makalah lengkap POGI Palembang PTP VII . Surakarta . 1991 : 32 - 44

12. Zailani M , Halim S , Rusydi SD , Said MU , Pohan HS . Seksio sesar berulang di RSUD Palembang . Makalah lengkap POGI Palembang PTP VII . Surakarta . 1991 : 45 - 54 .
13. Paul RH . ‘ Once a section , always a scar ! ‘ vaginal birth after caesarean section . Women’s health today , perspectives on current research and clinical practice . Montreal : The Parthenon Publishing Group , 1994 : 75 - 9 .
14. Miller DA . Vaginal birth after cesarean : a 10-year experience . *Obstet Gynecol* , 1994 ; 84 : 255 - 8 .
15. Rao KB . Global aspects of rising cesarean section rate . Women’s health today , perspectives on current research and clinical practice . Montreal : The Parthenon Publishing Group , 1994 : 59 - 63 .
16. Wirakusumah FF . Persalinan sesar : suatu telaah global . *Majalah Kedokteran Indonesia* , 1994 ; 44 : 420 - 4 .
17. Nursiah , Tessa T . Pola kasus seksio sesarea di RSUP Dr . Wahidin Sudirohusodo - Ujungpandang selama 1 tahun (1 januari 1996 - 31 desember 1996) . Kumpulan makalah lengkap PIT X . Ujungpandang , 1997 .
18. Gilstrap III LC , Hauth JC , Toussaint S . Cesarean section changing incidence and indications . *Obstet Gynecol* , 1984 ; 63 : 205 - 11 .
19. Stronge JM . Strategies for reducing the caesarean section rate . Women’s health today , perspectives on current research and clinical practice . Montreal : The Parthenon Publishing Group , 1994 : 55 - 8 .
20. Cunningham FG , Mac Donald PC , Leveno KJ , Gant NF , Gilstrap III LC . Rupture of the uterus in : *Williams Obstetrics* . 19 th ed . Connecticut : Prentice-Hall International Inc , 1993 : 544 - 53 .
21. Nielsen TF , Ljungblad U . Cesarean delivery in : *Medicine of the fetus & mother* . Philadelphia : JB Lippincott Company , 1992 : 1393 - 1397 .
22. O’Driscoll K , Foley M , MacDonald D . Active management of labor as an alternative to caesarean section for dystocia . *Obstet Gynecol* , 1984 ; 63 : 485 - 90 .
23. Robson MS , Scudamore IW , Walsh SM . Using the medical audit cycle to reduce cesarean section rates . *Obstet Gynecol* , 1996 ; 174 : 199 - 205 .

24. Flamm BL . Vaginal birth after cesarean section : controversies old and new . Clin Obstet & Gynec , 1985 ; 28 : 735 - 40 .
25. Panel . Indications for cesarean section : final statement of the panel of the National Consensus Conference on Aspects of Cesarean Birth . Can Med Assoc J , 1986 ; 134 : 1348 - 1352 .
26. Irion O , Luzuy F , Bequin F . Nonclosure of the visceral and parietal peritoneum at caesarean section : a randomised controlled trial . British Journal of Obstetrics and Gynaecology , 1996 ; 103 : 690 - 4 .
27. Stark M . Technique of caesarean section : the Misgav Ladach method . Women's health today , perspectives on current research and clinical practice . Montreal : The Parthenon Publishing Group , 1994 : 81 - 5 .
28. Veridiano NP , Thorner NS , Ducey J . Vaginal delivery after cesarean section . Int J Gynecol Obstet , 1989 ; 29 : 307 - 11 .
29. Weinstein D , Benshushan A , Tanos V , Zilberstein R , Rojansky N . Predictive score for vaginal birth after cesarean section . Am J Obstet Gynecol , 1996 ; 174 : 192 - 8 .
30. Hickl EJ . The safety of caesarean section . Women's health today , perspectives on current research and clinical practice . Montreal : The Parthenon Publishing Group , 1994 : 65 - 70 .
31. Phelan JP . Clark SL . Cesarean delivery . 1 st ed . Elsevier . New York , 1988 .
32. Graham AR . Trial of labor following previous cesarean section . Am J Obstet Gynecol , 1988 ; 149 : 35 - 40 .
33. Rosen MG , Dickinson JC . Vaginal birth after cesarean : a meta-analysis of indicators for succes . Obstet Gynecol , 1990 ; 76 : 865 - 9 .
34. Whiteside DC , Mahan CS , Cook JC . Factors associated with succesful vaginal delivery after cesarean section . J Reprod Med , 1983 ; 28 : 785 - 8 .
35. Pickhardt MG , Martin JN Jr , Meydrech EF . Vaginal birth after cesarean delivery are there useful and valid predictors of succes or failure ? . Am J Obstet Gynecol , 1992 ; 166 : 1811 - 9 .
36. Lavin JP , Stephens RJ , Miodvnik M , Barden TP . Vaginal delivery in patients with a prior cesarean section . Obstet Gynecol , 1982 ; 135 : 59 - 64 .

37. Miller DA , Mullin P , Hou D , Paul RH . Vaginal birth after cesarean section in twin gestation . *Am J Obstet Gynecol* , 1996 ; 175 : 194 - 8 .
38. Sakala EP , Kaye S , et al . Oxytocin use after previous cesarean why a higher rate of failed labor trial ? . *Obstet Gynecol* , 1990 ; 75 : 356 - 62 .
39. Flamm BL , Lim O , Jones C , et al . Vaginal birth after cesarean section , results of a multicenter study . *Am J Obstet Gynecol* , 1988 ; 158 : 1079 - 85 .
40. Demianczuk NN , Hunter DJ , Taylor WD . Trial of labor after previous cesarean section : prognostic indicators of outcome . *Am J Obstet Gynecol* , 1982 ; 142 : 640 - 6 .
41. Fraser W , Maunsell E , Hodnett E , Moutquin JM . Randomized controlled trial of a prenatal vaginal birth after cesarean section education and support program . *Am J Obstet Gynecol* , 1997 ; 176 : 419 - 25 .
42. Myerscough PR . Munro Kerr's operative obstetrics , 10 th ed . Baillire Tindall , London , 1982 , 296 - 311 .
43. O'Grady JP , Veronikis DK , Chervenak FA , Kanaan CM . Cesarean Celivery in : *Operative Obstetrics* . 6 th ed . Baltimore : Williams & Wilkins , 1995 : 240 - 85 .
44. Gordon H . The appropriate role of caesarean section in modern obstetrics practice- breech and multiple pregnancy . *Women's health today , perspectives on current research and clinical practice* . Montreal : The Parthenon Publishing Group , 1994 : 71 - 4 .
45. Stephenson PA , Bakoula C , Hemminki E , et al . Patterns of use of obstetric interventions in 12 countries . *Pediatr Perinat Epidemiol* , 1993 ; 7 : 45 - 54 .
46. Parilla BV , Dooley SL , Jansen RD , Socol ML . Iatrogenic respiratory distress syndrome following elective repeat cesarean delivery . *Obstet Gynecol* , 1993 ; 81 : 392 - 5 .
47. Frigellato FD , Davies PM , Ryan KJ . Avoiding iatrogenic prematurity with elective repeat cesarean section without the routine use of amniocentesis . *Am J Obstet Gynecol* , 1990 ; 137 : 521 - 4 .
48. Leung AS , Leung EK , Paul RH . Uterine rupture after previous cesarean delivery : maternal and fetal consequences . *Am J Obstet Gynecol* , 1993 ; 169 : 945 - 50 .