

ANALISIS FAKTOR IBU YANG PERNAH BERSALIN NORMAL MENGALAMI RISIKO BEDAH CAESAR

Siti Maisyaroh Fitri Siregar¹, Sukma Elida²

Public Health Faculty, Teuku Umar University, Indonesia^{1,2}

Email: sitimaisyaroh@utu.ac.id

ABSTRACT

The rates of caesarean section (CS) are so high even for the women who had childbirth normally, but they add the morbidity and mortality rates after this practice. This research's objective was to analyze women who had normal childbirth's factors were at risk to had caesarean section delivery. Case control study design was used as observational analytic method. The sample of cases were 42 people and also the control 42 people too. Dependent variable was childbirth with CS and independent variables were parity, accompanied illness, and reference. Gathered data were analyzed by using univariate analysis, bivariate analysis with chi square test, and multivariate analysis at $\alpha = 0.05$. The result of the research from multivariate analysis showed that the significant variables which had influence on childbirth with CS were parity ($p = 0.006$; OR = 5.801 95% CI = 1.642-19.110), accompanied illness ($p = 0.03$; OR = 6.382 95% CI = 1.198-33.992), and reference ($p = 0.003$; OR = 6.350 95% CI = 1.874-21.522). the most dominant variable which had influence childbirth with CS was accompanied illness. p -value = 97% which indicated that childbirth women with the parity > 2 had accompanied illness and the reference to the hospital had the possibility to give birth with CS of 97%. The research conclude that women have risk to get childbirth with CS especially for them who had history of normal childbirth if the parity is more than twice, they have accompanied illness, and they are referred to hospital by midwife cause any medical indication.

Keywords: Risk factor; Caesar; Case control

LATAR BELAKANG

Morbiditas dan mortalitas ibu saat ini memiliki risiko saat mereka mengalami masa kehamilan dan persalinan. Kesakitan dan kematian ibu di negara-negara berkembang masih menjadi masalah hingga saat ini. Untuk mempercepat strategi penurunan angka morbiditas dan mortalitas ibu, mengupayakan dengan menyediakan pelayanan kesehatan ibu di masyarakat. Masih terdapat sekitar 800 ibu meninggal

akibat kehamilan dan persalinan setiap harinya yang sebenarnya kasus tersebut bisa dicegah (WHO, 2012).

Tugas pokok pelayanan obstetrik salah satunya adalah meningkatkan kualitas dan kuantitas pelayanan pada masa kehamilan hingga bersalin yakni dintegrasikan dengan kemajuan ilmu kedokteran, keterampilan, pengetahuan tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan dan didukung dengan fasilitas yang memadai.

Pemilihan persalinan secara bedah Caesar seharusnya berdasarkan indikasi medis tertentu yang terbagi atas indikasi bayi dan indikasi ibu. Maka dari itu, persalinan dengan bedah Caesar harus menjadi suatu alternatif (pilihan) persalinan saat persalinan secara normal tidak dapat lagi dilakukan (Patricia, 2005). Bedah *caesar* merupakan pilihan terakhir saat pertimbangan cara-cara persalinan normal tidak layak dan tidak dapat dilakukan (Akhmad, 2008; Asamoah, 2011).

Persalihan dengan bedah Caesar sudah terlalu tinggi angkanya, maka perlu upaya pengurangan angka tersebut karena dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas ibu. Terdapat angka mortalitas dua kali lebih besar pada persalinan bedah Caesar dibandingkan dengan persalihan pervaginam, ditambah lagi angka morbiditas yang diakibatkan kehilangan arah, infeksi, dan kerusakan organ internal juga lebih tinggi pada persalinan bedah Caesar (Mulyawati dkk, 2011).

Persalinan dengan bedah *Caesar* berhubungan secara signifikan dengan kemungkinan terjadinya post partum blues pada ibu setelah melahirkan atau dengan kata lain mengalami stress psikologi tingkat ringan, dari 63 persalinan bedah caesarea, 25 % diantaranya mengalami *post partum blues* (Frudenthal, 1999). Ibu yang mengalami persalinan dengan bedah Caesar cenderung

mengalami depresi daripada ibu yang melahirkan pervaginam. Sebesar 48% risiko depresi lebih tinggi dialami oleh ibu yang memilih bedah Caesar sendiri dibanding ibu yang mengalami persalinan bedah Caesar karena alasan medis, hal ini disebabkan oleh depresi akibat merasa gagal karena tidak mampu bersalin secara pervaginam. Selain itu pada persalinan bedah *Caesar*, ibu sering mengalami kesulitan melaksanakan Inisiasi Menyusui Dini (IMD) terutama bagi ibu yang mendapatkan anastesi umum sehingga IMD terhambat, sementara itu, ibu yang bersalina secara pervaginam proses IMD dapat segera dilaksanakan setelah bayi lahir (Warsini, 2015).

Berdasarkan ketetapan WHO tersebut, adapun kriteria angka bedah Caesar di Indonesia yaitu 15-20% di rumah sakit rujukan, dimana angka tersebut digunakan sebagai akreditasi rumah sakit (Gondo, 2010). Peningkatan angka persalinan dengan bedah Caesar terjadi di seluruh Negara selama periode tahun 2007-2008 yakni 110.000 per kelahiran di seluruh Asia (Sinha Kouteya, 2010). Ada 69 negara dari 137 negara dilaporkan memiliki angka persalinan bedah Caesar sebesar 50,4 % dimana angka tersebut tentunya lebih besar dari 15 % (Gibbson, 2010). Penemuan di Bangladesh, dalam waktu 10 tahun terdapat jumlah kelahiran sebanyak 21.149, dari kelahiran

tersebut terjadi peningkatan angka bedah Caesar dari 45,8 % hingga 70,5 %, sementara itu terjadi pengurangan persalinan normal yakni dari 54,1 % menjadi 29,4 % (Nazneen, 2011).

Angka persalinan bedah Caesar yang meningkat berbanding lurus dengan terjadinya peningkatan infeksi luka operasi pasca operasi, hal ini ditunjukkan dengan data penelitian di Australia bahwa kejadian infeksi luka operasi sebanyak 40 dari 583 kasus operasi bedah Caesar atau sebesar 6,9 % (Henman, 2012). Kasus yang sama di Inggris juga ditemukan sebesar 11,2 % dari 715 jumlah pasien (Jhonson, 2006).

Alasan peningkatan angka kelahiran bedah *caesarea* disebabkan peningkatan risiko persalinan bedah *caesarea* yaitu usia ibu rata-rata meningkat dan wanita yang lebih tua terutama nullipara, insiden kelahiran dengan forsep dan vakum telah menurun; angka induksi persalinan terutama pada nullipara, prevalensi obesitas telah meningkat, dan kelahiran per vagina setelah kelahiran bedah *caesarea* (VBAC) menurun dari setinggi 26 % pada tahun 1996 menjadi 8,5 % tahun 2007 (Cunningham, 2012; Hamilton dkk., 2009). Selain itu, angka kelahiran bedah *caesarea* pada wanita dengan preeklampsia telah meningkat, sedangkan angka induksi persalinan pada pasien-pasien ini telah menurun yaitu angka kelahiran bedah *caesarea* pada nullipara

preeklampsia di Norwegia meningkat dari 16,4 persen selama tahun 1967-1978 menjadi 35,4 persen selama tahun 1979-1990, dan menjadi 37 persen selama tahun 1991-2003 (Basso dkk., 2006).

Sejak tahun 2000, di Indonesia angka bedah Caesar meningkat yakni jumlah persalinan dengan bedah Caesar sebesar 47,22 %, dan meningkat pula dari tahun 2001 (45,19 %) menjadi 47,13 % pada tahun 2002, sementara itu meningkat lagi dari 46,87 % pada tahun 2003 menjadi 53,2 % pada tahun 2004, dan semakin meningkat lagi dari 51,59 % tahun 2005 menjadi 53,68 % pada tahun 2006 (Grace, 2007). Pada tahun 2009, data Survei Nasional menunjukkan sebanyak 921.000 persalinan bedah Caesar dari 4.039.000 persalinan atau terdapat sebesar 22,8 % persalinan bedah Caesar. Persentase persalinan bedah caesardi RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta sebesar 13,9 % tahun 1999-2000 dilaksanakan tanpa indikasi medis.

Hasil penelitian menunjukkan pada tahun 2007 di Rumah Sakit Umum Daerah Sidikalang terdapat persentase persalinan dengan bedah Caesar sebanyak 726 persalinan dengan bedah Caesar dari 1260 persalinan atau sebesar 57,6 % persalinan bedah Caesar, dari angka persalinan bedah Caesar tersebut sebesar 93 % dilakukan karena indikasi medis dan 7 % indikasi sosial (Sinaga, 2007). Di RSUD Swadana

Tarutung jumlah persalinan dengan bedah *caesarea* sangat tinggi. Berdasarkan data rekam medis di RSUD Swadana Tarutung tahun 2008 – 2009 persalinan dengan bedah *caesarea* mencapai 70 % - 80 % dari semua tindakan pertolongan persalinan di rumah sakit tersebut, dan setiap hari selalu ada persalinan yang dilakukan tindakan bedah *caesarea*. Terdapat asumsi bahwa persalinan secara operasi adalah hal yang biasa dan sering dijumpai di rumah sakit ini (Hutabalian, 2011).

Berdasarkan data hasil penelitian di RSUD Dr. Pirngadi Medan tahun 2012, jumlah persalinan bedah Caesar tahun 2011 424 dari 730 persalinan, dan pada tahun 2012 meningkat menjadi 434 dari 2005 persalinan. Adapun persentase persalinan bedah Caesar di rumah sakit tersebut tahun 2011-2012 sebesar 31,37 %. dimana indikasi medis sebesar 91% dan indikasi sosial 9% (Siregar, 2013)). Sementara itu, angka persalinan dengan bedah Caesar yang ditetapkan Departemen Kesehatan Republik Indonesia pada tahun 2000 untuk rumah sakit pendidikan atau rumah sakit rujukan provinsi yaitu 20 % dari seluruh persalinan sementara rumah sakit swasta sebesar 15 %.

Survey awal yang dilakukan di RSUD IPI Medan diketahui jumlah persalinan bedah Caesar pada bulan Januari tahun 2016 sebanyak 52 dari 74 persalinan, dengan demikian pada bulan Januari 2016 adalah

sebesar 70%. Terjadi proporsi ibu bersalin dengan bedah *caesarea* yang cukup tinggi di RSUD IPI Medan untuk awal tahun 2016.

Berdasarkan latar belakang tersebut, dilakukan penelitian dengan tujuan menganalisis faktor ibu yang pernah bersalin normal mengalami risiko bedah Caesar.

METODOLOGI PENELITIAN

Studi analitik dengan desain studi kasus control (*case control*) merupakan jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini yaitu dengan memilih kelompok kasus yaitu ibu bersalin dengan bedah *caesarea* dan kontrol ibu bersalin normal. Penelitian ini dilakukan di RSUD IPI Medan, Klinik Manda, dan klinik Nirmala. Penelitian ini dilakukan pada Desember 2015–Mei 2016. Populasi kasus adalah seluruh ibu bersalin dengan bedah Caesar dan memiliki riwayat persalinan normal ≥ 1 yang dirawat di RSUD IPI Medan dan merupakan peserta BPJS Mandiri. Populasi control adalah seluruh ibu yang bersalin normal ≥ 1 yang dirawat di RSUD IPI Medan, klinik Manda, dan klinik Nirmala dan merupakan peserta BPJS Mandiri. Jumlah sampel kasus =42 kasus dan kontrol=42 orang. Pengambilan sampel dilakukan secara *consecutive sampling*. Analisa data univariat dan bivariat dengan menggunakan *chi square* sedangkan

multivariat dianalisa dengan menggunakan *multiple logistic regression*.

uji *Chi-square* pada tingkat kemaknaan $\alpha < 0,05$

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pengaruh satu variabel independen terhadap variabel dependen dapat diketahui dengan melakukan analisis bivariat dengan

Tabel 1. Pengaruh Variabel Independen terhadap Persalinan Bedah *Caesarea*

Faktor Karakteristik Ibu Bersalin	Proses Persalinan				P	OR
	Kasus		Kontrol			
	n-42	%	n=42	%		
Umur						
< 20 dan ≥ 35 tahun	16	38,1	5	11,9	0,006 ^a	4,554
20-35 tahun	26	61,9	37	88,1		(1,482-13,991)
Paritas						
> 2	22	52,4	6	14,3	<0,001 ^a	6,600
≤ 2	20	47,6	36	85,7		(2,297-18,961)
Tekanan Darah						
Hipertensi	18	42,9	3	7,1	<0,001 ^b	9,750
Tidak Hipertensi	24	57,1	39	92,9		(2,595-36,638)
Penyakit Penyerta						
Ada	19	45,2	2	4,8	<0,001 ^b	16,522
Tidak Ada	23	54,8	40	95,2		(3,525-77,427)
Rujukan						
Dirujuk	29	69,0	7	16,7	<0,001 ^a	11,154
Tidak dirujuk/ datang sendiri	13	31,0	35	83,3		(3,933-31,631)
TD Sebelumnya						
Hipertensi	3	7,1	1	2,4	0,616 ^b	3,154
Tidak Hipertensi	39	92,9	41	97,6		(0,315-31,622)
Penyakit Sebelum						
Ada	3	7,1	2	4,8	1,000 ^b	1,538
Tidak ada	39	92,9	40	95,2		(0,244-9,714)

Tabel silang antara umur dan jenis persalinan menunjukkan bahwa pada kelompok kasus terdapat 26 orang (61,9%) ibu dengan umur 20-34 tahun, sementara kelompok *control* sebanyak 37 orang (88,1%) untuk ibu yang berumur 20-34 tahun. Hasil uji statistic menunjukkan $p=0,006$, sehingga dapat disimpulkan terdapat pengaruh yang signifikan antara umur dengan jenis persalinan, dimana diperoleh nilai $OR=4,554$ (95% $CI= 1,482-13,991$).

Tabel silang antara paritas dan jenis persalinan menunjukkan bahwa pada kelompok kasus terdapat 22 orang (52,4%) ibu dengan paritas >2 , sedangkan pada kelompok kontrol terdapat 36 orang (85,7%) ibu dengan paritas ≤ 2 . Uji statistik menyatakan nilai $p<0,001$, sehingga, disimpulkan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan antara paritas dengan jenis persalinan. Hasil analisis juga diperoleh nilai $OR=6,600$, 95% $CI=2,297-18,961$).

Tabel silang antara tekanan darah dan jenis persalinan menunjukkan bahwa bahwa pada kelompok kasus terdapat 24 orang (57,1%) ibu yang tidak hipertensi, sementara kelompok *control* terdapat 39 orang (92,9%) ibu yang tidak hipertensi. Uji statistic menunjukkan nilai $p<0,001$, sehingga, disimpulkan terdapat pengaruh yang signifikan antara tekanan darah dengan jenis persalinan. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR=9,750$, 95% $CI=2,595-36,638$).

Tabel silang antara penyakit penyerta dan jenis persalinan menunjukkan bahwa pada kelompok kasus terdapat 23 orang (54,8%) ibu yang tidak memiliki penyakit penyerta, sedangkan pada kelompok kontrol terdapat 40 orang (95,2%) ibu tidak memiliki penyakit penyerta. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p<0,001$, maka dapat disimpulkan terdapat pengaruh signifikan antara penyakit penyerta dengan jenis persalinan. Dari hasil analisis diperoleh nilai $OR=16,522$, 95 % $CI=3,525-77,427$).

Tabel silang antara rujukan dan jenis persalinan menunjukkan bahwa pada kelompok kasus terdapat 29 orang (69,0%) ibu yang dirujuk ke RSUD IPI Medan, sedangkan pada kelompok kontrol terdapat 35 orang (83,3%) ibu yang dirujuk ke RS IPI Medan. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p<0,001$, maka dapat disimpulkan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan antara rujukan dengan jenis persalinan. Dari hasil analisis diperoleh nilai $OR=11,154$, 95% $CI=3,933-31,631$).

Hasil uji statistik menunjukkan nilai $p>0,05$ untuk variabel kondisi kehamilan dengan persalinan normal sebelumnya (tekanan darah dan penyakit) maka dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat pengaruh signifikan antara kondisi kehamilan dengan persalinan normal sebelumnya (tekanan darah, penyakit dengan terjadinya persalinan bedah *caesarea*).

Tabel 2. Hasil Analisis Multivariat

Variabel	B	p	OR	95% C.I	
				Lower	Upper
Paritas	0,723	0,006	5,601	1,642	19,110
Penyakit	1,853	0,030	6,382	1,198	33,992
Rujukan	1,849	0,003	6,350	1,874	21,522

Pada tabel 2 diatas adalah merupakan hasil akhir analisis multivariat *Multiple Logistic Regression* yang menunjukkan variabel paritas ($p=0,006$), penyakit penyerta ($p=0,03$), dan rujukan($p=0,003$) mempunyai nilai $p<0,05$. Dengan demikian ketiga variabel mrmpunyai pengaruh terhadap bedah caesarea.

Hasil analisis juga menunjukkan variabel yang dominan memengaruhi bedah Caesar adalah variabel penyakit penyerta dengan nilai OR 6,382 pada 95% CI (1,198-33,992). Hal ini menunjukkan bahwa variabel penyakit penyerta berpengaruh signifikan terhadap bedah caesar pada ibu yang pernah bersalin normal sebelumnya.

Berdasarkan hasil analisis multivariat , dapat ditetapkan model regresi logistik yang menggambarkan variabel paritas, penyakit penyerta, dan rujukan yang mempengaruhi bedah Caesar sebagai berikut:

$$P = \frac{1}{1 + e^{-(1,711 + 1,723 \cdot 1,853 + 1,849)}}$$

$$P = \frac{1}{1 + e^{-(3,714)}}$$

$$P = \frac{1}{1 + 0,0243}$$

$$P = 0,976$$

$$P = 97\%$$

Persamaan diatas diketahui bahwa ibu yang pernah bersalin normal berisiko 97% mengalami persalinaan dengan bedah Caesar pada persalinaan berikutnya dengan kondisi memiliki paritas diatas 2, adanya penyakit penyerta, serta rujukan dari pelayanan primer atau bidan, dan sebaliknya jika ibu dengan paritas kuarang dari 2, tidak memiliki penyakit penyerta dan tidak dirujuk oleh bidan, maka berpeluang bersalin dengan bedah Caesar 3%.

Faktor Risiko Paritas terhadap Bedah Caesar

Penelitian menunjukkan hasil dimana terdapat pengaruh paritas dengan risiko persalinaan *sectio caesarea*. Dalam penelitian tersebut dijelaskan bahwa ibu dengan paritas <2 dan > 3 berisiko mengalami persalinaan *bedah caesar* 3 kali dibanding ibu dengan paritas 2-3. terbukti dengan OR:3,222 dan nilai $p=0,017 <0,05$ yang artinya terdapat pengaruh paritas terhadap persalinaan bedah *caesarea* (Hutabalian, 2011). Dalam sebuah penelitian menyatakan bahwa paritas ibu yang lebih kecil menjadi perkiraan kuat untuk dilakukannya bedah Caesar (Akinola dkk, 2014).

Penelitian Sihombing, 2017 menyatakan terdapat hubungan antara paritas dengan bedah Caesar dimana ibu yang memiliki jumlah persalinaan banyak atau multipara cenderung melahirkan dengan bedah Caesar. Kategori persalinaan yang aman

termasuk persalinan yang kedua dan ketiga. Terdapat risiko yang akan semakin meningkat saat persalinan nantinya pada kehamilan selanjutnya. Ibu akan memiliki risiko lebih tinggi mengalami komplikasi persalinan jika memiliki paritas tinggi terutama perdarahan postpartum. Otot uterus pada ibu dengan paritas tinggi tentunya sering meregang sehingga berakibat pada penipisan dinding uterus dan menyebabkan lemahnya kontraksi uterus (Manuaba, 1999; Royston dan Armstrong, 1994 dalam Simarmata,dkk, 2007). Dengan kondisi demikian ibu bersalin dengan paritas tinggi akan memiliki risiko terjadinya komplikasi persalinan, sehingga untuk mencegah terjadinya kematian ibu akibat komplikasi tersebut dilakukan tindakan persalinan dengan bedah *caesarea*.

Faktor Risiko Penyakit Penyerta terhadap Bedah Caesar

Penyakit penyerta diartikan penyakit yang telah ibu alami atau derita sebelum masa hamil dan/atau bersalin, selain itu dikategorikan penyakit penyerta yaitu penyakit yang muncul selama masa kehamilan dan tidak berhubungan dengan penyebab langsung obstetri. Penyakit tersebut dapat menjadi penyebab tidak langsung kematian maternal, maka dari itu, untuk mencegah kematian maternal saat proses persalinan perlu dilakukan tindakan pertolongan persalinan yakni dengan bedah *caesarea*.

Penelitian Fibriana, 2007 menunjukkan bahwa terdapat risiko pada ibu dengan riwayat penyakit mengalami kematian maternal yaitu sebesar 210,2 kali tinggi dari pada ibu tanpa riwayat penyakit.

Berdasarkan data divisi kesehatan reproduksi, penyakit-penyakit kronis seperti tekanan darah tinggi, obesitas, diabetes dan penyakit jantung menyebabkan wanita hamil berisiko mengalami komplikasi kehamilan. (CDC, 2016). Sebuah data penelitian menyebutkan persalinan dengan bedah Caesar cenderung dialami oleh ibu yang mengalami penyakit kronis seperti diabetes, penyakit jantung dan asma setelah percobaan pervaginam gagal dilakukan (Sihombing, 2017).

Penelitian menunjukkan hasil bahwa pada kelompok kasus yaitu ibu bersalin dengan bedah Caesar penyakit yang diderita oleh ibu meliputi hipertensi dan obesitas terdapat 21 ibu (50%), sedangkan hanya 2 ibu (4,7%) pada kelompok kontrol yang menderita penyakit yaitu obesitas. Penyakit yang paling banyak diderita adalah penyakit jantung. Penyebab nya adalah frekuensi denyut jantung dan nadi meningkat pada masa usia kehamilan 34-36 minggu rata-rata delapan puluh delapan kali per menit. Bagi ibu yang masalah pada jantungnya dapat mengakibatkan terjadinya dokompensasi kordis (Aeni,2011).

Faktor Risiko Rujukan terhadap Bedah Caesar

Penelitian Annisa (2010) yang menyatakan terdapat hubungan antara persalinan bedah Caesar dengan cara datang pasien ($p=0,005$). Ibu yang datang karena dirujuk dari pelayanan kesehatan lain mempunyai risiko 1,84 kali untuk mengalami persalinan *bedah caesar* daripada ibu yang datang sendiri. (OR=1,84;95%CI=1,20-2,81).

Berdasarkan analisis multivariat ternyata variabel yang memiliki pengaruh signifikan terhadap bedah Caesar adalah variabel paritas dan rujukan. Hasil analisis didapatkan variabel yang paling dominan memengaruhi terjadinya persalinan bedah *caesar* adalah variabel rujukan dengan Odds Ratio (OR) tertinggi yaitu 6,358, artinya ibu yang dirujuk akan berisiko mengalami persalinan bedah caesar 6 kali lebih tinggi dibandingkan dengan ibu yang dating dengan tidak dirujuk setelah dilakukan control terhadap variabel paritas, umur, IMT, tekanan darah dan penyakit penyerta.

Hasil penelitian dari tindak lanjut data riskesdas tahun 2013 oleh Sihombing, 2017, menyatakan terdapat hubungan ibu yang mengalami komplikasi kehamilan dengan bedah Caesar, komplikasi kehamilan seperti tekanan darah meningkat atau preeklamsi.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ibu yang dirujuk ke RSUD IPI Medan dikarenakan persalinan pervaginam dikhawatirkan tidak dapat terlaksana dan memiliki indikasi persalinan bedah *caesar* serta mengalami masalah yang dapat menyebabkan komplikasi persalinan seperti eklamsi/preeklamsi, partus tidak maju, presentase bayi, dan bedah *caesarea* ulangan.

Penelitian yang dilakukakn di Inggris serta Australia menyatakan bahwa bedah Caesar disebabkan salah satunya karena penyulit persalinan seperti partus macet, *fetal distress*, dan usia kandungan kurang dari 40 minggu (premature). Sedangkan data penelitian Tanzania menyatakan ibu bersalin mendapat rujukan ke Rumah Sakit untuk

bersalin secara Caesar darurat karena penyulit intrapartum (Sihombing, 2017)

KESIMPULAN DAN SARAN

KESIMPULAN

Faktor jumlah kelahiran atau paritas ibu kurang dari 2 dan lebih dari 3 lebih berisiko mengalami bedah Caesar pada persalinan berikutnya disbanding ibu yang memiliki paritas 2 dan atau 3. Ibu dengan penyakit penyerta semasa kehamilan akan berisiko mengalami bedah Caesar disbanding ibu yang tidak memiliki penyakit penyerta. Ibu yang mengalami komplikasi persalinan dan diberikan rujukan oleh bidan penolong untuk bersalin dirumah sakit cenderung mengalami bedah Caesar disbanding ibu yang tidak dirujuk.

SARAN

Petugas kesehatan masyarakat diharapkan mempromosikan dan mensosialisasikan kepada para ibu hamil dan juga pasangan usia subur tentang faktor-faktor risiko yang dapat memengaruhi persalinan bedah caesarea sehingga mereka dapat mencegah terjadinya persalinan bedah caesarea serta menjaga kondisi ideal ibu hamil agar dapat bersalin normal.

Kepada setiap petugas di fasilitas kesehatan dimana dilakukan kunjungan ANC untuk menerapkan dan meningkatkan kualitas pelayanan ANC.

Kepada masyarakat, keluarga dan khususnya ibu hamil supaya bisa menjaga kondisi kehamilan selanjutnya jika pernah mengalami persalinan normal sebaik atau lebih baik dari kondisi saat itu

DAFTAR PUSTAKA

- Akinola OI, Fabamwo AO, Tayo AO, Rabiou KA, Oshodi YA, Alokha ME. 2014. Caesarean section an appraisal of some predictive factors in Lagos Nigeria. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14(1):217
- Aeni N. 2011. Faktor Risiko Kematian Ibu. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*; Vol. 7, No. 10
- Akhmad, S.A. 2008. *Panduan Lengkap Kehamilan, Persalinan, dan Perawatan Bayi*.Jogjakarta: DIGLOSSIA MEDIA.
- Annisa S.A. 2010. *Faktor-faktor Risiko Persalinan Seksio Sesarea di RSUD Dr. Adjidarmo Lebak pada Bulan Oktober-Desember 2010*. http://perpus.fkik.uinjkt.ac.id/file_digital/Silvia%20Aulia%20Annisa.pdf
- Asamoah, et.al. 2011. *Distribution of Causes of Maternal Mortality among Different Socio-demographic Groups in Ghana; A Descriptive Study*. *BMC Public Health*, 11: 159.
- Center for Disease Control and Prevention
National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. 2016. *At A Glance 2016 Maternal Health, Advancing the Health of Mothers in the 21st Century*. Cdc.gov
- Cunningham FG; Leveno KJ; Bloom SL; Hauth JC; Gilstrap LC; WenstromKD. 2005. *William Obstetrics*, twenty-second edition. USA : Mc-Graw Hill.
- Freudhenthal, Crost,M.,& Kaminski, M. 1999. *Severe Post Delivery Blues : Associated Factor*. ArchWomen Ment Health.
- Gibbons, L . et all. 2010. *The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overseas as a Barter to Universal Coverage*. *World Health Report*.
- Henman K, Gordon CL, Gardiner T, Thorn J, Spain B, Davies J, et al.2012.*Surgical site infections following caesarean section at Royal Darwin Hospital, Northern Territory*. *Healthcare Infection*; 17: 47-51.

- Hutabalian, Dintar. 2011. *Pengaruh Faktor Internal dan Eksternal Ibu Bersalin terhadap Indikasi Tindakan Sectio Caesaria dalam Persalinan di Rumah Sakit Umum Daerah Swadana Tarutung*. Tesis FKM USU. Medan.
- Johnson A, Young D, Reilly J. 2006. *Caesarean section surgical site infection surveillance*. *Journal of Hospital Infection*; 64: 30-5.
- Manuaba I.B.G. 1999. *Operasi Kebidanan Kandungan Dan Keluarga Berencana Untuk Dokter Umum*. Jakarta: EGC.
- Mulyawati, I., Azam, M., Ningrum, D.N.A. 2011. *Faktor Tindakan Persalinan Sectio Caesarea*. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*; 7 (1):14-21
- Nazneen R, Begum RS, Sultana K. 2011. *Rising trend of caesarean section in a tertiary hospital over a decade*. *Journal of Bangladesh College of Physicians and Surgeon*; 29 (3): 126-32
- Patricia, Faas - Fehervary. 2005. *Caesarean Section On Demand: Influence of Personal Birth Experience and Working Environment On Attitude of German Gynaecologists*. *European Journal of Obstetrics and Gynecology Reproductive Biology*, 122(2): 162-166
- Royston, Erica., dan Armstrong, Sue., 1994. *Preventing Maternal Deaths*. Alih Bahasa: Maulany, R.F. *Pencegahan Kematian Ibu Hamil*. Perkumpulan Perinatologi Indonesia, Penerbit Binarupa Aksara, Jakarta.
- Sihombing N., Saptarini I., Putri D. S. C. 2017. *Determinan Persalinan Sectio Caesarea di Indonesia (Analisis Lanjut Data Riskesdas 2013)*. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, 8 (1), 2017: 63-75
- Simarmata O.S, Armagustina Y, Bisara D. 2007. *Determinan Kejadian Komplikasi Persalinan di Indonesia (Analisis Data Sekunder Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia Tahun 2007)*. *Jurnal Ekologi Kesehatan*; Vol. 11 No. 1, Maret 2012: 11-23
- Siregar, S.M.F. 2013. *Karakteristik Ibu Bersalin dengan Sectio Caesarea di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Pirngadi Medan Tahun 2011-2012*. Skripsi FKM USU

Warsini¹, S. A., Rizky Ayu Fahrunnisa³.
2015. *Hubungan Antara Jenis
Persalinan Dengan Keberhasilan
Asi Eksklusif Di Kecamatan Baki
Kabupaten Sukoharjo*.Kosala³.

WHO.2012. *Maternal Mortality Dropping
But Still Unacceptably High-New
Estimates*.
[http://www.who.int/reproductivehe
alth/topics/monitoring/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/monitoring/en/) . Diakses
pada tanggal 20 Desember 2015