

SKRIPSI

**FAKTOR – FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
KEJADIAN *SECTIO CAESAREA* PADA IBU BERSALIN
DI RSUD ARGAMAKMUR
TAHUN 2019**



Disusun Oleh:

SUMARNI AFRIANI
NIM : P0 5140419050

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
PROGRAM STUDI KEBIDANAN PROGRAM
SARJANA TERAPAN
TAHUN 2021**

SKRIPSI

**FAKTOR – FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
KEJADIAN *SECTIO CAESAREA* PADA IBU BERSALIN
DI RSUD ARGAMAKMUR
TAHUN 2019**

**Skripsi Ini Diajukan Sebagai
Salah Satu Syarat Untuk Meraih Gelar Sarjana Terapan Kebidanan**

Disusun Oleh :

**SUMARNI AFRIANI
NIM : P0 5140419050**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
PROGRAM STUDI KEBIDANAN PROGRAM
SARJANA TERAPAN
TAHUN 2021**

LEMBAR PERSETUJUAN

Skripsi atas,

Nama : Sumarni Afriani
Tempat Tanggal Lahir : Arga Makmur, 12 April 1992
NIM : P0 5140419050
Judul Laporan Tugas Akhir : Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan
Kejadian *Sectio Caesarea* Pada Ibu Bersalin di
RSUD Argamakmur Tahun 2019

Kami setuju untuk diseminarkan, pada tanggal :

Bengkulu, 15 Januari 2021

Pembimbing I

Pembimbing II



Lusi Andriani, SST, M. Kes
NIP. 198008192002122002



Afrina Mizawati, SST, MPH
NIP. 198404302008012004

HALAMAN PENGESAHAN

**FAKTOR – FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
KEJADIAN *SECTIO CAESAREA* PADA IBU BERSALIN
DI RSUD ARGAMAKMUR
TAHUN 2019**

DISUSUN OLEH :

SUMARNI AFRIANI
NIM : P0 5140419050

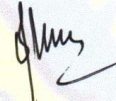
Telah diseminarkan dengan Tim Penguji Seminar Skripsi
Program Studi Kebidanan Program Sarjana Terapan
Poltekkes Kemenkes Bengkulu
Pada tanggal 15 Januari 2021

Ketua Tim Penguji



Diah Eka Nugraheni, SST, M. Keb
NIP. 198012102002122002

Pembimbing I



Lusi Andriani, SST, M. Kes
NIP. 198008192002122002

Penguji I



Desi Widiyanti, SST, M Keb
NIP. 198012172001122001

Pembimbing II



Afrina Mizawati, SST, MPH
NIP. 198404302008012004

Mengetahui :

**Ketua Program Studi Kebidanan Program Sarjana Terapan
Poltekkes Kemenkes Bengkulu**



Diah Eka Nugraheni, SST, M. Keb
NIP. 198012102002122002

PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Sumarni Afriani

NIM : P0 5140419050

Judul Skripsi : Faktor – Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian *Sectio Caesarea* Pada Ibu Bersalin Di RSUD Arga Makmur Tahun 2019

Menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa skripsi ini adalah betul-betul ide serta hasil pemikiran yang menjadi hasil karya saya sendiri dan bukan penjiplakan dari hasil karya orang lain.

Demikian pernyataan ini dan apabila dikemudian hari terbukti dalam penelitian ada unsur penjiplakan, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan dengan ketentuan yang berlaku.

Bengkulu, 15 Januari 2021

Yang menyatakan,



Sumarni Afriani
NIM P05140419050

MOTTO

Dan hanya kepada Tuhanmulah hendaknya kamu berharap
(QS. Al-Insyirah:8)

Jika kamu ingin Allah selalu
memberimu apa yang kamu
sukai maka **kerjakanlah**
apa yang Allah **sukai**
-Fiqiharafah

Diwajibkan atas kamu berperang, padahal itu tidak menyenangkan
bagimu. Tetapi boleh jadi kamu tidak menyenangi sesuatu,
padahal itu baik bagimu, dan boleh jadi kamu menyukai sesuatu,
padahal itu tidak baik bagimu. Allah mengetahui, sedang kamu tidak
mengetahui. (QS. Al-Baqarah:216).

Kamu Hebat!
Orang lain jika berada diposisi
Kamu saat ini, belum tentu
bisa sehebat kamu.

Niat, usaha, semangat!
-AlhamdulillahirAbbilalamin-

PERSEMBAHAN

Alhamdulillahirabbilamin, sebuah karya kecil yang penuh haru, tangis perjuangan, penolakan dan pahit ini kuungkapkan sebagai rasa terima kasihku. Dengan iringan do'a yang tulus dari orang-orang yang menyayangiku, ku persembahkan Skripsi ini kepada mereka yang ku sayangi:

1. Allah SWT yang selalu melimpahkan kesehatan dan meridhoi setiap perjalanan hidupku sehingga dapat menyelesaikan KTI ini.
2. Buat Mama (Suryanti) yang sangat ku sayangi dan kubanggakan yang selalu mendoakanku setiap sholat, sebelum pergi ke kampus, semoga Allah selalu memberikan kesehatan dan kebahagiaan. Semoga Allah memberikanku kesempatan membahagiakan mereka, Aamiin..
3. Buat Mbakku Nuraeni beserta suami kak bambang, adikku Sintia Aprianti dan kedua keponakanku Sheza dan Bagas yang telah memberikan dukungan, semangat serta keceriaan.
4. Kedua pembimbing Skripsiku, Bunda Lusi Andriani dan Bunda Afrina Mizawati yang senantiasa memberikan ilmu serta membantuku dalam pembuatan skripsi dan tak bosan menerimaku saat bimbingan.
5. Teman-temanku 7icons (Dina Utami, Dwi Ulfa, Nurul Aini, Nurhasilah, Putri Palmadura dan Syntia) terima kasih sudah menjadi tempat berbagi suka duka, senang, canda dan tawa.
6. Kepada seseorang (Calon Imam Ku) yang selalu meberikan semangat, dukungan, keyakinan, suka duka, canda tawa, saat sedih dan susah, saat senang bahagia. Terima kasih ya.. Kamu adalah salah satu motivasiku ingin segera tamat kulyah. Semoga Allah selalu membalas kebaikanmu aamiin ..

BIODATA PENELITI



Nama : Sumarni Afriani
TTL : Arga Makmur, 12 April 1992
Agama : Islam
Jenis Kelamin : Perempuan
Anak Ke : 2
Jumlah Saudara : 3
Nama Ayah : Wakijo
Nama Ibu : Surianti
Nama Saudara :
1. Nuraeni
2. Sintia Aprianti
Alamat : Jalan RA Kartini No. 10 RT. 13 Desa Karang
Anyar II Kecamatan Arga Makmur Kabupaten
Bengkulu Utara Provinsi Bengkulu

Riwayat Pendidikan :

1. SDN 07 Arga Makmur
2. SMP Negeri 1 Arga Makmur
3. SMAN 2 Arga Makmur
4. D III Kebidanan Politeknik Kesehatan Provinsi Bengkulu
5. D4 Kebidanan Alih Jenjang Poltekkes Kemenkes Bengkulu

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas rahman dan hidayah-Nya serta kemudahan yang diberikannya sehingga penyusun dapat menyelesaikan Skripsi dengan judul **“Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian *Sectio Caesarea* Pada Ibu Bersalin di RSUD Arga Makmur Tahun 2019”** untuk menyelesaikan mata kuliah Skripsi.

Dalam penyelesaian Skripsi ini penyusun telah mendapat masukan dan bantuan dari berbagai pihak. Penyusun mengucapkan terima kasih kepada :

1. Ayah dan Ibu tercinta serta saudara-saudaraku yang tiada henti-hentinya memanjatkan doa, semangat dan memberikan bantuan baik moral maupun materil guna untuk menyelesaikan Skripsi ini.
2. Bunda Diah Eka Nugraheni, SST, M.Keb sebagai ketua prodi DIV Kebidanan Poltekkes Kemenkes Bengkulu dalam menyusun Skripsi ini.
3. Bunda Lusi Andriani, SST, M. Kes sebagai dosen pembimbing I dalam menyusun Skripsi ini.
4. Bunda Afrina Mizawati, SST, MPH sebagai dosen pembimbing II dalam menyusun Skripsi ini.
5. Bunda Diah Eka Nugraheni, SST, M.Keb sebagai ketua dewan penguji I dalam menyusun Skripsi ini.
6. Bunda Desi Widiyanti, SST, M Keb sebagai anggota penguji II dalam menyusun Skripsi ini.
7. Pengelola perpustakaan Poltekkes Kemeknes Bengkulu.

8. Seluruh dosen yang telah memberikan masukan kepada penyusun dalam menyelesaikan Skripsi ini.
9. Teman-teman terdekat dan sengkatan dalam memberi semangat serta dorongan untuk menyelesaikan Skripsi ini.

Dalam penyusunan Skripsi penyusun mengharapkan adanya kritik dan saran agar dapat membantu perbaikan selanjutnya.

Bengkulu, 15 Januari 2021

Penulis

**Program Studi Sarjana Terapan Kebidanan, Jurusan Kebidanan Poltekkes
Kemenkes Bengkulu**

Skripsi, 21 Januari 2020

Sumarni Afriani

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN
SECTIO CAESAREA PADA IBU BERSALIN DI RSUD ARGA MAKMUR
TAHUN 2019.**

XI+116 Halaman, 12 Tabel, 4 Bagan, 5 Lampiran

ABSTRAK

Menurut *World Health Organization* (WHO) memperkirakan pada tahun 2019 bahwa lebih dari sepertiga dari kelahiran dilakukan melalui operasi caesar. Suvey WHO pada 287 tempat pelayanan di 21 negara diketahui bahwa dari 239 144 ibu yang melakukan persalinan terdapat 74.582 (31,2%) ibu yang melakukan persalinan dengan *sectio caesarea*. Emergency dalam persalinan merupakan salah satu tindakan persalinan *sectio caesarea*, Peningkatan persalinan ini disebabkan adanya indikasi medis dan indikasi non medis, indikasi non medis tersebut dipengaruhi oleh umur, pendidikan, sosial budaya dan sosial ekonomi

Jenis penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah deskriptif analitik dengan pendekatan *Case Control*. Populasi dalam penelitian ini sebanyak 1300, dengan jumlah sampel 198 ibu nifas. Teknik pengambilan sampel kasus dalam penelitian ini adalah total sampel, sedangkan pengambilan sampel kontrol dengan menggunakan teknik *sistematik random sampling* dengan perbandingan 1:1. Uji statistik yang digunakan yaitu uji Chi-Square.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian kecil responden mengalami preeklamsia, sebagian kecil responden mengalami malpresentasi, sebagian kecil responden mengalami kala II lama, sebagian kecil responden mengalami ketuban pecah dini dan sebagian kecil responden mengalami gawat janin. Berdasarkan hasil uji statistik menunjukkan bahwa ada hubungan preeklamsia, ketuban pecah dini dan kala II lama dengan tindakan *sectio caesarea*. Tidak ada hubungan malpresentasi dan gawat janin dengan tindakan *sectio caesarea*. Faktor ketuban pecah dini merupakan faktor yang paling berhubungan terhadap tindakan *sectio caesarea* pada ibu bersalin.

Saran untuk Diharapkan kepada pihak RSUD Arga Makmur dapat meningkatkan pelayanan kepada ibu hamil seperti meningkatkan pelayanan pendukung pada ibu hamil dengan menyediakan akses yang mudah pada ibu hamil untuk melakukan deteksi dini dalam kehamilan.

**Kata Kunci : *Sectio Caesarea*, preeklamsia, ketuban pecah dini, kala II lama,
Malpresentasi, gawat janin**

36 Daftar Pustaka : 2010-2019

**Midwifery Applied Undergraduate Study Program, Department of
Midwifery, Poltekkes Kemenkes Bengkulu**

Thesis, 21 January 2020

Sumarni Afriani

**FACTORS RELATED TO THE EVENT OF SECTIO CAESAREA IN A
CERTIFICATE MOTHER AT ARGA MAKMUR HOSPITAL IN 2019.**

XI + 116 Pages, 12 Tables, 4 Charts, 5 Attachments

ABSTRACT

According to the World Health Organization (WHO) estimates in 2019 that more than a third of births were by cesarean section. A WHO survey at 287 service centers in 21 countries found that out of 239 144 mothers who delivered, 74,582 (31.2%) gave birth with sectio caesarean. Emergency in childbirth is one of the delivery actions for sectio caesarea, this increase in labor is due to medical and non-medical indications, these non-medical indications are influenced by age, education, socio-culture and socio-economy.

This type of research used in this research is descriptive analytic with a case control approach. The population in this study was 1300, with a sample size of 198 postpartum mothers. The case sampling technique in this study was the total sample, while the control sample was taken using the systematic random sampling technique with a ratio of 1: 1. The statistical test used is the Chi-Square test.

The results of this study indicate that a small proportion of respondents experienced preeclampsia, a small proportion of respondents experienced malpresentation, a small proportion of respondents experienced a long period II, a small proportion of respondents experienced premature rupture of membranes and a small proportion of respondents experienced fetal distress. Based on the results of statistical tests, it shows that there is a relationship between preeclampsia, premature rupture of membranes and the second period of time with sectio caesarean. There is no association of malpresentation and fetal distress with cesarean section treatment. The factor of premature rupture of membranes is the factor most related to the action of sectio caesarea in women who give birth.

Suggestions It is hoped that RSUD Arga Makmur can improve services to pregnant women such as improving support services for pregnant women by providing easy access for pregnant women to carry out early detection in pregnancy.

Keywords: *Caesarean section, preeclampsia, premature rupture of membranes, prolonged second stage, malpresentation, fetal distress*

36 Bibliography: 2010-2019

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN COVER	i
HALAMAN JUDUL	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
PERNYATAAN	v
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	vi
BIODATA PENELITI	viii
KATA PENGANTAR	ix
ABSTRAK	xi
ABSTRACT	xii
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR GAMBAR	xvi
DAFTAR BAGAN	xvii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan	5
1. Tujuan Umum	5
2. Tujuan Khusus	5
D. Manfaat Penelitian	6
E. Keaslian Penulisan	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Kajian Teori	11
1. Persalinan	11
2. Persalinan Sectio caesarea	20
3. Konsep Preeklamsia	31
4. Konsep Malpresentasi	38
5. Konsep Kala II Lama	43
6. Konsep Ketuban Pecah Dini	47
7. Konsep Gawat Janin	59
8. Hubungan preeklamsia dengan sectio caesarea	69
9. Hubungan Malpresentasi dengan sectio	71
10. Hubungan Kala II lama dengan sectio	72
11. Hubungan Ketuban Pecah Dini dengan sectio caesarea	73
12. Hubungan Gawat Janin dengan sectio caesarea	75
B. Kerangka Teori	77
C. Kerangka Konsep	78
D. Hipotesis	78

BAB III METODE PENELITIAN	
A. Desain Penelitian.....	79
B. Populasi dan Sampel	80
1. Populasi	80
2. Sampel	80
C. Variabel Penelitian	84
D. Definisi Operasional.....	85
E. Teknik Pengumpulan Data.....	87
F. Instrumen / Alat Penelitian dan Jenis Data	87
G. Teknik Pengolahan Data dan Analisa Data	87
 BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
A. Jalannya Penelitian	91
B. Hasil Penelitian.....	92
C. Pembahasan	99
D. Keterbatasan Penelitian	117
 BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan.....	118
B. Saran	119
 DAFTAR PUSTAKA	120
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1. Keaslian Penelitian.....	8
Tabel 2. Pengambilan Sampel Kontrol	82
Tabel 3. Pengambilan Sampel Kasus	83
Tabel 4. Definisi Operasional	85
Tabel 5. Distribusi Frekuensi Preeklamsia, Malpresentasi, Kala II Lama, Ketuban Pecah Dini, Gawat Janin Dan Tindakan <i>Sectio Caesarea</i> Pada Ibu Bersalin di RSUD Arga Makmur Tahun 2019.....	92
Tabel 6. Hubungan Preeklamsia dengan <i>Sectio Caesarea</i> Pada Ibu Bersalin di RSUD Arga Makmur Tahun 2019	93
Tabel 7. Hubungan Malpresentasi dengan <i>Sectio Caesarea</i> Pada Ibu Bersalin di RSUD Arga Makmur Tahun 2019	94
Tabel 8. Hubungan Kala II Lamadengan <i>Sectio Caesarea</i> Pada Ibu Bersalin di RSUD Arga Makmur Tahun 2019	95
Tabel 9. Hubungan Ketuban Pecah Dinidengan <i>Sectio Caesarea</i> Pada Ibu Bersalin di RSUD Arga Makmur Tahun 2019	96
Tabel 10. Hubungan Gawat Janindengan <i>Sectio Caesarea</i> Pada Ibu Bersalin di RSUD Arga Makmur Tahun 2019	96
Tabel 11. Hasil Analisis Multivariat Dengan Uji Regresi Logistik faktor yang paling berhubungan terhadap tindakan <i>sectio caesarea</i> pada ibu bersalin di RSUD Arga Makmur Tahun 2019.....	98

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1 Klasifikasi Letak Sungsang	39
Gambar 2 Letak Lintang	40

DAFTAR BAGAN

	Halaman
Bagan 1. Kerangka Teori	77
Bagan 2. Kerangka Konsep.....	78
Bagan 3. Desain Penelitian	79
Bagan 3. Variabel Penelitian.....	84

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi cukup bulan atau hampir cukup bulan, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu, persalinan adalah proses membuka dan menipiskan serviks lalu janin turun ke jalan lahir (Purwoastuti, 2016). Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terdapat pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 24 jam tanpa komplikasi baik pada ibu maupun janin (Utami, 2016).

Menurut data badan kesehatan dunia (*World Health Organization*) tahun 2019 angka kematian ibu sangat tinggi, setiap hari sekitar 810 wanita meninggal karena penyebab yang dapat dicegah terkait kehamilan dan persalinan. Antara tahun 2000 dan 2017, rasio kematian ibu (MMR, jumlah kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup) turun sekitar 38% di seluruh dunia, 94% dari semua kematian ibu terjadi di negara berpenghasilan rendah dan menengah ke bawah. Remaja muda (usia 10-14) menghadapi risiko komplikasi dan kematian yang lebih tinggi akibat kehamilan dibandingkan wanita lain. Target dari *Sustainable Development Goals* (SDGs), berupaya untuk mengurangi angka kematian ibu di seluruh dunia hingga kurang dari 70 per 100 000 kelahiran, dengan tidak ada negara yang memiliki angka kematian ibu lebih dari dua kali rata-rata global (WHO, 2019).

Menurut *World Health Organisation* (WHO) memperkirakan pada tahun 2019 bahwa lebih dari sepertiga dari kelahiran dilakukan melalui operasi caesar. Suvey WHO pada 287 tempat pelayanan di 21 negara diketahui bahwa dari 239 144 ibu yang melakukan persalinan terdapat 74.582 (31,2%) ibu yang melakukan persalinan dengan *sectio caesarea*. *Sectio caesarea* disebabkan karena adanya riwayat *sectio caesarea* sebelumnya, distosia persalinan, gawat janin dan presentasi bokong. Angka mortalitas ibu pada *sectio caesarea* elektif adalah 2,8 % sedangkan untuk *sectio caesarea* emergensi mencapai 30 % (WHO, 2019).

Berdasarkan data Profil Kesehatan Indonesia tahun 2019, menunjukkan bahwa pada tahun 2012 peningkatan AKI yang signifikan yaitu menjadi 359 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup. AKI kembali menunjukkan penurunan menjadi 305 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup berdasarkan hasil Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) 2015. Tahun 2017 AKI diperkirakan sebanyak 1.712 ibu meninggal per tahun oleh sebab yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan, nifas. Adapun penyebab kematian ibu antara lain yaitu perdarahan sebanyak 35,1%, hipertensi 21,5%, infeksi 5,8%, partus lama 1,0%, abortus 4,2% dan lain-lain 32,2%. Terdapat 15,3% persalinan dilakukan melalui operasi. Provinsi tertinggi dengan persalinan operasi *sectio caesarea* adalah DKI Jakarta (27,2%), Kepulauan Riau (24,7%), dan Sumatera Barat (23,1%) (Kemenkes RI 2019).

Di Provinsi Bengkulu pada tahun 2018, secara absolut jumlah kematian ibu yaitu sebanyak 39 orang, yang terdiri dari kematian ibu hamil sebanyak 4

orang, kematian ibu bersalin sebanyak 10 orang dan kematian ibu nifas sebanyak 25 orang. Jumlah kematian dari 10 kabupaten kota yang ada di Provinsi Bengkulu tahun 2018 jumlah kematian tertinggi ada di Kota Bengkulu yaitu sebanyak 12 orang dan terendah terdapat di Kabupaten Kepahiang yaitu 0 orang (Profil Kesehatan Provinsi Bengkulu, 2018).

Sebagai upaya penurunan AKI, pemerintah melalui Kementerian Kesehatan meluncurkan program *Expanding Maternal and Neonatal Survival* (EMAS) dalam rangka menurunkan angka kematian ibu dan neonatal sebesar 25%. Untuk mengurangi AKI dan AKB maka diperlukan suatu penatalaksanaan pelayanan kesehatan yang baik selama kehamilan dan pada saat persalinan. Kehamilan dan persalinan memang merupakan proses yang fisiologis, namun keadaan patologis atau komplikasi dapat saja muncul pada saat kehamilan sampai pada saat proses persalinan. Komplikasi obstetri yang tersering adalah perdarahan, infeksi, eklampsia, partus lama yang kesemuanya membutuhkan pelayanan kesehatan dari tenaga yang profesional dan pemanfaatan sumber daya kesehatan yang maksimal (Kemenkes RI, 2017).

Emergency dalam persalinan merupakan salah satu tindakan persalinan *sectio caesarea*, tetapi persalinan *sectio caesarea* mengakibatkan angka kesakitan ibu dan biaya persalinan semakin tinggi dibandingkan dengan persalinan normal. Peningkatan persalinan ini disebabkan adanya indikasi medis dan indikasi non medis, indikasi non medis tersebut dipengaruhi oleh umur, pendidikan, sosial budaya dan sosial ekonomi (Yaeni, 2016).

Tindakan *sectio caesarea* juga merupakan salah satu alternatif bagi seorang wanita dalam memilih proses persalinan di samping adanya indikasi medis dan indikasi nonmedis. Operasi *Sectio Caesarea* dengan indikasi medis antara lain adalah kontraktur panggul, riwayat *sectio caesarea*, ketidakseimbangan antara ukuran kepala dan panggul, gawat janin, letak sungsang, solusio plasenta, plasenta previa, panggul sempit, janin terlalu besar, perdarahan hebat, eklamsi (tekanan darah tinggi yang dapat menyebabkan terjadinya kekejangan) dan partus lama (M.T. Indriati, 2016).

Resiko persalinan pada ibu dengan eklamsia sangatlah tinggi karena dapat mengancam keselamatan ibu dan janin, maka perlu dilakukan upaya yang optimal untuk menurunkan kejadian tersebut yaitu mengakhiri kehamilan dengan tindakan *sectio caesarea* jika 24 jam tidak dapat diselesaikan dengan persalinan pervaginam (Saifudin, 2016).

Salah satu letak janin tidak normal adalah letak sungsang yang merupakan keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala di fundus uteri dan bokong berada di bagian bawah cavum uteri, dalam keadaan letak sungsang ibu hamil memiliki indikasi untuk melakukan persalinan *sectio caesarea* (Winkjosastro, 2016). Kala II lama merupakan fase dari suatu partus yang macet dan berlangsung terlalu lama sehingga menimbulkan gejala-gejala seperti dehidrasi, infeksi, kelelahan, serta asfiksia dan kematian dalam kandungan untuk menghindari terjadinya komplikasi karena kala II lama maka tindakan pembedahan *sectio caesarea* sangat dibutuhkan (Mochtar, 2015).

Berdasarkan data yang diperoleh di RSUD Arga Makmur, didapatkan angka kejadian *sectio caesarea* setiap tahunnya meningkat yaitu pada tahun pada tahun 2019 dari 1300 persalinan terdapat 992 ibu bersalin dengan *sectio caesarea* 89 orang dengan riwayat preeklamsia, 124 ibu dengan riwayat malpresentasi janin, 165 ibu bersalin dengan ketuban pecah dini, 78 ibu bersalin dengan gawat janin, 65 dengan riwayat kala II lama sedangkan 471 orang lainnya dengan riwayat medis lainnya dan adanya permintaan untuk dilakukan *sectio caesarea*.

Berdasarkan latar belakang diatas didapatkan masalah dalam penelitian ini adalah masih tingginya kejadian persalinan *sectio caesarea* setiap tahunnya di RSUD Arga Makmur yang disebabkan karena banyak faktor seperti ibu bersalin dengan preeklamsia (9%), ibu bersalin dengan malpresentasi janin (12,5%), ibu bersalin dengan ketuban pecah dini (16,6%), ibu bersalin dengan gawat janin (7,7%), serta ibu dengan kala II lama (6,5%).

Berdasarkan latar belakang diatas maka peneliti tertarik untuk meneliti tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian *sectio caesarea* pada ibu bersalin di RSUD Arga Makmur.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas didapat masalah penelitian masih tingginya ibu yang melakukan persalinan dengan *sectio caesarea* yang disebabkan oleh beberapa faktor seperti ibu bersalin dengan preeklamsia, ibu bersalin dengan malpresentasi janin, ibu bersalin dengan ketuban pecah dini, ibu bersalin dengan gawat janin, serta ibu dengan kala II lama, maka dapat

didapat pertanyaan penelitian ini faktor-faktor apa saja yang berhubungan dengan kejadian *sectio caesarea* pada ibu bersalin di RSUD Argamakmur Tahun 2019?

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Diketahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian *sectio caesarea* pada ibu bersalin di RSUD Arga Makmur Tahun 2019.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketahui gambaran distribusi frekuensi preeklamsia, malpresentasi, kala II lama, ketuban pecah dini, gawat janin dan tindakan *sectio caesarea* pada ibu bersalin di RSUD Arga Makmur Tahun 2019.
- b. Diketahui hubungan preeklamsia, malpresentasi, kala II lama, ketuban pecah dini dan gawat janin dengan *sectio caesarea* pada ibu bersalin di RSUD Arga Makmur Tahun 2019
- c. Diketahui faktor yang paling berhubungan terhadap tindakan *sectio caesarea* pada ibu bersalin di RSUD Arga Makmur Tahun 2019.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan kepada pihak RSUD Arga Makmur dapat meningkatkan pelayanan kepada ibu hamil seperti meningkatkan pelayanan pendukung pada ibu hamil dengan menyediakan akses yang mudah pada ibu hamil untuk melakukan deteksi dini dalam kehamilan selain itu pihak rumah sakit harus melakukan upaya pengendalian dan pengawasan agar tindakan *sectio*

caesarea dilakukan terhadap ibu dengan kasus yang sesuai dengan kebutuhan medisnya.

2. Bagi Akademik

Diharapkan bagi institusi pendidikan dapat menambah bahan bacaan dan literatur tentang tindakan *sectio caesarea*, bagi mahasiswa dan diharapkan kepada pihak institusi pendidikan dapat meningkatkan pengetahuan mahasiswa tentang deteksi dini kehamilan beresiko tinggi serta indikasi tentang tindakan *sectio caesare*, penanganan komplikasi persalinan *sectio caesarea*.

3. Bagi Peneliti Lain

Bagi peneliti lain diharapkan dapat mengembangkan penelitian ini ditinjau dari faktor lain seperti riwayat *sectio caesarea*, kehamilan ganda, dan faktor lainnya yang diduga berpengaruh terhadap tindakan *sectio caesarea*.

E. Keaslian penelitian

Tabel 1
Keaslian Penelitian

No	Penelitian	Judul Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
1.	Sari (2017)	Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Tindakan Sectio Caesarea di Rumah Sakit DKT Bengkulu	Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kuantitatif dengan pendekatan crosssectional.	Ada hubungan bermakna antara gawat janin dengan tindakan sectio caesarea dengan kategori sedang dan mempunyai ibu dengan gawat janin mempunyai resiko 1,358 kali untuk dilakukan tindakan sectio caesarea dibandingkan dengan ibu yang tanpa gawat janin; Ada hubungan bermakna antara DKP/ CPD dengan tindakan sectio caesarea dengan kategori sedang dan ibu dengan DKP/CPD mempunyai resiko 1,447 kali untuk dilakukan tindakan section caesarea kali dibandingkan dengan ibu yang tidak DKP; Tidak ada hubungan bermakna antara pembiayaan BPJS dengan tindakan sectio caesarea .
2.	Kristiani (2017)	Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pengambilan Keputusan Persalinan SC Pada Ibu	Metode penelitian menggunakan deskriptif.	Faktor-faktor yang berhubungan dengan pengambilan keputusan persalinan

		Di RSIA Melati Husada Malang	Desain deskriptif survey, populasi dan sampelnya dari penelitian ini adalah ibu-ibu yang melahirkan <i>sectio caesaria</i>	SC adalah faktor janin 16%, faktor ibu 74%, faktor keduanya 10% (faktor ibu dan janin) dan faktor lain-lain 0%.
3.	Aprina (2016)	Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Persalinan <i>Sectio Caesarea</i> di RSUD dr.H.Abdul Moeloek Provinsi Lampung	Jenis penelitian kuantitatif pendekatan <i>Cross Sectional</i> . Populasi penelitian seluruh ibu bersalin di RSUD Dr. H Abdul Moeloek Provinsi Lampung tahun 2014	Hasil ada hubungan PEB dengan <i>section caesarea</i> di RSUD Dr.H Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2015 dengan $p\text{-value} = 0,000$ <i>Odds Ratio</i> (OR)= 2,947. Ada hubungan plasenta previa dengan <i>sectio caesarea</i> ($p\text{-value} = 0,000$, OR= 3,30). Ada hubungan partus tak maju dengan <i>sectio caesarea</i> ($p\text{-value} = 0,000$, OR= 24, 533). Ada hubungan antara kelainan letak dengan <i>sectio caesarea</i> ($p\text{-value} = 0,000$, OR= 3,996).
4.	Hikmah (2017)	Hubungan kejadian preeklamsia dengan tindakan <i>sectio caesarea</i> di Rumah Sakit Umum Daerah Ambarawa	Penelitian ini menggunakan desain deskriptif korelasi korelasi yang pada hakekatnya menghubungkan dua variabel	Didapatkan hasil adanya hubungan kejadian preeklamsia dengan tindakan <i>sectio caesarea</i>

5.	Wahyuni	Faktor - Faktor yang Berhubungan dengan Riwayat Persalinan <i>Caesarea</i>	Jenis penelitian ini adalah analitik pendekatan cross sectional. Subjek penelitian ini adalah ibu bersalin. Teknik pengumpulan data secara sekunder ,	Ada hubungan antara umur, paritas, dan riwayat penyakit dengan sectio caesarea dengan P value = 0,000
----	---------	--	---	---

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kajian Teori

1. Persalinan

a. Definisi

Persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi cukup bulan atau hampir cukup bulan, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu, persalinan adalah proses membuka dan menipiskan serviks lalu janin turun ke jalan lahir (Purwoastuti, 2016). Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terdapat pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 24 jam tanpa komplikasi baik pada ibu maupun janin (Utami, 2016).

b. Tanda-tanda persalinan

Menurut Purwoastuti (2016), tanda-tanda persalinan dibagi menjadi tiga kategori, yaitu tanda kemungkinan persalinan, tanda awal persalinan dan tanda positif persalinan. Ibu hamil bisa saja mengalami semua tanda persalinan ini atau sebagian saja.

1) Tanda kemungkinan persalinan

- a) Nyeri pinggang yang samar, ringan, mengganggu dan dapat hilang timbul.

- b) Kram pada perut bagian bawah seperti saat menstruasi dan biasanya disertai dengan rasa tidak nyaman di paha.
 - c) Buang air beberapa kali dalam beberapa jam, dapat disertai dengan kram perut atau gangguan pencernaan.
 - d) Lonjakan energi yang mendadak menyebabkan ibu hamil melakukan banyak aktivitas dan keinginan untuk menuntaskan persiapan bagi bayi.
- 2) Tanda awal persalinan
- a) Kontraksi cenderung mempunyai panjang, kekuatan, dan frekuensi yang sama kontraksi berlangsung singkat atau terus menerus selama beberapa jam sebelum berhenti atau mulai berkembang.
 - b) Aliran lendir yang bernoda darah dari vagina.
 - c) Rembesan cairan ketuban dari vagina karena robekan kecil pada membran (ROM).
- 3) Tanda positif persalinan
- a) Kontraksi menjadi lebih lama, lebih kuat dan atau lebih dekat jaraknya bersama dengan berjalannya waktu, biasanya disebut “sakit” atau “sangat kuat” dan terasa didaerah perut dan pinggang atau keduanya.
 - b) Aliran cairan ketuban yang deras dari vagina.
 - c) Leher rahim membuka sebagai respon terhadap kontraksi yang berkembang.

c. Tahapan Persalinan

Menurut Purwoastuti (2016), persalinan dibagi menjadi 4 kala yaitu sebagai berikut :

1) Persalinan Kala I

Proses pembukaan servik pada wanita yang hamil untuk pertama kalinya terdiri dari 2 fase yaitu :

a) Fase Laten

Berlangsung selama 8 jam sampai pembukaan 3 cm, his masih lemah dengan frekuensi jarang.

b) Fase Aktif

Terdiri dari (1) fase akselerasi berlangsung 2 jam, pembukaan menjadi 2-3 cm, (2) fase dilatasi maksimal (steady) selama 2 jam pembukaan berlangsung cepat menjadi 4-9 cm, (3) fase deselerasi berlangsung lambat, dalam waktu 2 jam pembukaan >9 cm sampai pembukaan lengkap. His tiap 3-4 menit selama 45 detik.

2) Persalinan Kala II

Setelah servik lengkap, janin akan segera keluar. His terjadi 2-3 menit lamanya 60-90 detik. His sempurna dan efektif bila ada koordinasi gelombang kontraksi sehingga kontraksi simetri dengan dominasi di fundus uteri, mempunyai amplitude 40-60mmHg, berlangsung 60-90 detik dengan jangka waktu 2-4 menit, dan tonus uterus saat relaksasi kurang dari 12 mmHg. Pada primigravida kala II

berlangsung kira-kira 1,5 jam dan pada multigravida 0,5 jam (Bobak, 2015).

3) Persalinan Kala III

Tahap ini adalah tahap pengeluaran plasenta, 6-15 menit setelah janin dikeluarkan. Setelah bayi dilahirkan lengkap dan digunting tali pusatnya, pegang kedua kaki bayi dan bersihkan jalan nafas. Bila bayi belum nangis, rangsanglah supaya menangis, bila perlu dengan resusitasi. Selanjutnya rawat tali pusat dan sebagainya. Kemudian kosongkan kandung kemih ibu lahirkan plasenta 6-15 menit kemudian (Prawirohardjo, 2016).

4) Persalinan Kala IV

Yakni 1 jam setelah plasenta keluar kala ini penting untuk menilai perdarahan (maksimal 500 ml) dan baik tidaknya kontraksi uterus yang harus diperhatikan yaitu kontraksi uterus harus baik, tidak ada perdarahan dari vagina atau alat-alat genetalia lainnya, plasenta dan selaput ketuban harus sudah lahir lengkap, kandungan kemih harus kosong, luka-luka perineum terawat dengan baik dan tidak ada hematoma, ibu dan bayi dalam keadaan baik. Keadaan ini harus sudah dicapai dalam waktu 1 jam setelah plasenta lahir lengkap.

d. Faktorf-faktor yang mempengaruhi Persalinan

Menurut Bobak (2015, faktor-faktor yang terlibat dalam proses persalinan adalah sebagai berikut :

1) *Powers* (Kontraksi uterus)

Kontraksi uterus merupakan sumber daya tenaga yang sangat penting ini berguna untuk pembukaan serviks serta membantu fetus untuk rotasi, menyebabkan kelahiran fetus dan pengeluaran plasenta setelah melahirkan. Karakteristik dari uterus meliputi frekuensi, durasi, intensitas harus didokumentasikan setiap jam selama awal persalinan, informasi ini penting untuk menilai kemajuan persalinan normal.

2) *Passage* (Jalan Lahir)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yakni bagian tulang yang padat dasar panggul, vagina dan introitus (lubang luar vagina). Jaringan lunak pada jalan lahir terdiri dari segmen bawah uterus yang dapat meregang, serviks, otot dasar panggul, vagina dan introitus. Menurut Sastrawan (2016), bagian tulang untuk proses persalinan antara lain :

a) Bagian Tulang

(1) Tulang pangkal paha

Tulang pangkal paha terdiri atas 3 buah tulang yang berhubungan satu sama lain pada *acetabulum* ialah cawan untuk kepala tulang paha (*caput femoris*). Ketiga tulang itu adalah tulang usus, tulang duduk, tulang kemaluan.

(a) Tulang usus, merupakan tulang terbesar dari panggul dan membentuk bagian atas dan belakang dari panggul.

- (b) Tulang duduk, terdapat sebelah dari tulang usus Pinggir belakang berduri ialah : *spina ischiadica*.
- (c) Tulang kemaluan, terdapat sebelah bawah dan depan dari tulang usus. Dengan tulang duduk ini membatasi sebuah lubang dalam tulang panggul yang dinamakan : *foramen obturatorium*.
- (d) Perhubungan tulang pangkal paha, berhubungan dengan perantaraan persendian *articulatio sacroiliaca* dan berhubungan dengan jaringan pengikat yang dari tulang kelangkang pergi ke tulang usus maupun tulang duduk.

Dari permukaan belakang tulang kelangkang ke tulang usus disebut : *lig. sacro iliaca posterior*. Dari tulang kelangkang ke *spina ischiadica* ialah *lig. sacro spinosum*, dan dari tulang belakang ke tuber *ischiadica* ialah *lig. sacro tuberosum*.

(2) Tulang Kelangkang

Tulang kelangkang berbentuk segitiga : melebar di atas dan meruncing ke bawah Tulang kelangkang terletak sebelah belakang antara kedua pangkal paha. Tulang ini terdiri dari lima ruas tulang yang senyawa.

(3) Tulang Tugging

Berbentuk segitiga dan terdiri atas 3-5 ruas yang bersatu. Pada persalinan itulah tugging dapat ditolak sedikit

ke belakang sehingga ukuran pintu bawah panggul berubah besar.

b) Bentuk-bentuk panggul

(1) Panggul *gynecoid*

Bentuk ini adalah yang khas bagi wanita antara lain diameter *sagitalis posterior* hanya sedikit lebih pendek dari diameter *sagitalis anterior* batas samping segmen posterior membulat dari segmen anterior juga membulat dan luas, diameter transversa kira-kira sama panjangnya dengan diameter *anterior posterior* hingga bentuk pintu atas panggul (PAP) mendekati bentuk lingkaran (bulat), dinding samping panggul lurus, *spina ischiadica* tidak menonjol, diameter inter spinalis 10 cm atau lebih, *incisura ischiadica* major bulat, sacrum sejajar dengan symphysis dengan konkavitas yang normal dan arcus pubis luas.

(2) Panggul *Android*

Diameter *sagitalis posterior* jauh lebih pendek dari diameter *sagitalis anterior*, batas samping segmen posterior tidak membulat dan membentuk sudut yang runcing dengan pinggir samping segmen anterior, segmen anterior sempit dan berbentuk segitiga, dinding samping panggul *convergent*, *spina ischiadica* menonjol, *arcus pubis* sempit *incisura ischiadica* sempit dan dalam, sacrum letaknya ke depan,

hingga diameter anterior posterior pada pintu atas panggul (PAP) maupun pintu bawah panggul (PBP) bentuk sacrum lurus, kurang melengkung, sedangkan ujungnya menonjol ke depan.

(3) *Panggul Anthropoid*

Diameter anterior posterior dari pintu atas panggul lebih besar dari diameter *transversa* hingga bentuk pintu atas panggul lonjong ke depan, bentuk segmen anterior sempit dan runcing, *incisura ischiadica* major luas, dinding sampaing, *convergent, sacrum*, letaknya agak ke belakang, hingga ukuran *antero posterior* besar pada semua bidang panggul, sacrum biasanya mempunyai 6 ruas, hingga panggul anthropoid lebih dalam dari panggul-panggul lain.

(4) *Panggul Platypelloid*

Bentuk ini panggul sebenarnya panggul *ginecoid* yang picak, diameter anterior posterior kecil, diameter *transversa* biasa, segmen anterior lebar, sacrum melengkung, *incisuraischiadica* lebar.

- c) Bagian lunak antara lain segmen bawah rahim, serviks uteri, vagina dan otot-otot dasar panggul.

3) Passanger (janin)

Cara *Passanger* atau janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor yakni ukuran kepala janin, presentasi, letak dan posisi janin.

4) Psikologis

Keadaan kejiwaan telah diakui sebagai bagian dari proses persalinan. Sebagai contoh cemas dan ketakutan dapat menurunkan kemampuan mengatasi nyeri persalinan. *Katekolamin* dan stres hormon akan disekresi sehingga dapat menghalangi kontraksi uterus dan aliran darah ke plasenta.

5) Posisi

Posisi ibu mempengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Posisi tegak memberi sejumlah keuntungan. Mengubah posisi membuat rasa letih hilang. Memberi rasa nyaman dan memperbaiki sirkulasi. Posisi tegak meliputi posisi berdiri, berjalan, duduk dan jongkok. Posisi tegak memungkinkan gaya gravitasi membantu penurunan janin. Kontraksi uterus biasanya lebih kuat dan lebih efisien untuk membantu penipisan dan dilatasi serviks sehingga persalinan menjadi lebih cepat, selain itu posisi tegak dianggap mengurangi insiden penekanan tali pusat (Bobak, 2015).

2. Persalinan *Sectio caesarea*

a. Pengertian

Sectio Caesarea adalah pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus atau vagina atau suatu histerektomi untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Padila, 2016).

Ibu pasca *sectio caesarea* adalah ibu yang memberikan janin dengan cara proses pembedahan dengan membuka dinding perut dan dinding uterus dalam waktu sekitar kurang lebih enam minggu organ-organ reproduksi akan kembali keadaan tidak hamil (Suryani, 2017).

Menurut Purwoastuti (2016), *Sectio Caesarea* adalah proses persalinan dengan melalui pembedahan dimana irisan dilakukan di perut ibu (laparatomi) dan rahim (histerektomi) untuk mengeluarkan bayi. Bedah *caesar* umumnya dilakukan ketika proses persalinan normal melalui vagina tidak memungkinkan karena beresiko kepada komplikasi medis lainnya. Sedangkan menurut David (2016), *Sectio Caesarea* adalah suatu cara melahirkan janin dengan sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut.

b. Angka tindakan *sectio caesarea*

Menurut *World Health Organization* (WHO) memperkirakan pada tahun 2019 bahwa lebih dari sepertiga dari kelahiran dilakukan melalui operasi caesar. Suvey WHO pada 287 tempat pelayanan di 21 negara diketahui bahwa dari 239 144 ibu yang melakukan persalinan

terdapat 74.582 (31,2%) ibu yang melakukan persalinan dengan *sectio caesarea*. Dengan jumlah paling tinggi yang melakukan operasi *sectio caesarea* paling banyak terdapat di Negara-negara amerika (40,0%), Negara di ASIA (32,4%) dan Negara di afrika (20,3%) (WHO, 2019).

Sedangkan di Indonesia pada tahun 2017 terdapat 15,3% persalinan dilakukan melalui operasi. Provinsi tertinggi dengan persalinan operasi *sectio caesarea* adalah DKI Jakarta (27,2%), Kepulauan Riau (24,7%), dan Sumatera Barat (23,1%) (Kemenkes RI, 2019).

Berdasarkan data yang diperoleh di RSUD Arga Makmur, didapatkan angka kejadian *sectio caesarea* setiap tahunnya meningkat yaitu pada tahun pada tahun 2019 dari 1300 persalinan terdapat 992 ibu bersalin dengan *sectio caesarea* 89 orang dengan riwayat preeklamsia, 124 ibu dengan riwayat malpresentasi janin, 165 ibu bersalin dengan ketuban pecah dini, 78 ibu bersalin dengan gawat janin, 65 degan riwaat kala II lama sedangkan 471 orang lainnya dengan riwayat medis lainnya dan adanya permintaan untuk dilakukan *sectio caesarea*.

c. Indikasi dan kontraindikasi

Menurut Suryani (2017), beberapa indikasi dilakukannya operasi *sectio caesarea* antara lain :

- 1) Indikasi pada ibu
 - a) Proses persalinan normal yang lama atau kegagalan proses persalinan normal (*dystosia*).
 - b) Detak jantung janin melambat
 - c) Ibu menderita herpes
 - d) Putusnya tali pusat
 - e) Resiko luka parah pada rahim
 - f) Bayi besar
 - g) Masalah plasenta seperti plasenta previa
 - h) Pernah mengalami masalah pada penyembuhan perineum, distosia, *sectio caesarea* berulang.
 - i) Presentasi bokong hipertensi akibat kehamilan (*pregnancy induced hypertention*).
- 2) Indikasi pada janin
 - a) Prolapsus funikuli (tali pusat menumbung)
 - b) Primigravida tua
 - c) Kehamilan dengan diabetes mellitus
 - d) Infeksi intra partum
 - e) Kehamilan kembar
 - f) Kehamilan dengan kelainan congenital
 - g) Anomaly janin misalnya hidrosefalus.

Menurut Maryunani (2016), beberapa kontraindikasi dilakukannya operasi *sectio caesarea* antara lain sebagai berikut :

- 1) Infeksi pada perineum
- 2) Janin mati (tapi janin mati bukan merupakan kontraindikasi mutlak, terlebih waktu yang digunakan untuk melahirkan janin mati perabdominal atau cara *sectio caesarea*).
- 3) Kurangnya fasilitas dan tenaga ahli.

d. Jenis operasi *sectio caesarea*

Menurut Padila (2016), jenis-jenis *sectio caesarea* antara lain sebagai berikut :

1) Abdomen (*sectio caesarea*) antara lain sebagai berikut :

a) *Sectio Caesarea* Transperitonealis

Sectio Caesarea klasik atau corporal (dengan insisi memanjang pada corpus uteri). Dilakukan dengan membuat sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira 10 cm.

(1) Kelebihan : mengeluarkan janin dengan cepat, tidak mengakibatkan komplikasi kandung kemih tertarik, sayatan bisa diperpanjang proksimal atau distal.

(2) Kekurangan : Infeksi mudah menyebar secara intra abdominal karena tidak ada reperitonealis yang baik. Untuk persalinan yang berikutnya lebih sering terjadi rupture uteri spontan, *sectio caesarea* ismika atau profundal (*low servical* dengan insisi pada segmen bawah rahim).

b) *Sectio Caesarea* Ekstra Peritonealis

Sectio caesarea ekstra peritonealis yaitu tanpa membuka peritoneum parietalis dengan demikian tidak membuka cavum abdominal. Dilakukan dengan melakukan sayatan melintang konkat pada segmen bawah rahim (low servical transversal) kira-kira 10 cm.

- (1) Kelebihan : Penjahitan luka lebih mudah, penutupan luka dengan reperitonealisasi yang baik, tumpang tindih dari peritoneal flap baik sekali untuk menahan penyebaran isi uterus ke rongga peritonium, perdarahan tidak begitu banyak dan kemungkinan rupture uteri spontan berkurang atau lebih kecil.
- (2) Kekurangan : Luka dapat melebar kekiri, kanan dan bawah sehingga dapat menyebabkan uteri pecah sehingga mengakibatkan perdarahan banyak, adanya keluhan pada kandung kemih post operasi tinggi.

c) *Vagina (Sectio caesarea vaginalis)*

Sayatan pada rahim, *Sectio caesarea* dapat dilakukan sebagai berikut (Mochtar, 2015) antara lain sayatan memanjang (*Longitudinal*), sayatan melintang (*Transversal*), sayatan T (*T insicion*).

e. Tindakan operasi *Sectio caesarea*

1) Persiapan Praoperasi

Persiapan pasien bedah meliputi persiapan fisik dan psikologis secara luas. Dalam persiapan ini perawat berada pada posisi untuk membantu pasien memahami perlunya tindakan medis ini (Juditha, dkk, 2015).

a) Persiapan pendidikan kesehatan praoperasi

Perawat harus mempersiapkan klien dan keluarganya untuk menghadapi operasi. Dengan mengidentifikasi pengetahuan, harapan, dan persepsi klien, memungkinkan perawat merencanakan penyuluhan dan tindakan untuk mempersiapkan emosional klien. Apabila klien dijadwalkan menjalani bedah sehari, pengkajiannya dapat dilakukan di ruang praktik dokter atau di rumah klien.

Setiap klien merasa takut untuk datang ke tempat operasi. Beberapa diantaranya disebabkan karena pengalaman di rumah sakit sebelumnya, peringatan dari teman dan keluarga, atau karena kurang pengetahuan. Perawat mengalami dilema etik jika klien memiliki informasi yang salah atau tidak menyadari alasan dilakukan pembedahan. Perawat menanyakan gambaran pemahaman klien tentang pembedahan dan implikasinya. Perawat dapat mengajukan pertanyaan seperti “Ceritakan pada saya, menurut Anda apa yang akan terjadi sebelum dan sesudah

operasi” atau ”Jelaskan apa yang Anda ketahui tentang operasi”. Perawat harus berdiskusi dengan dokter terlebih dahulu sebelum memberi informasi yang spesifik tentang diagnosis medis klien. Perawat juga memastikan apakah dokter telah menjelaskan prosedur rutin pada masa preoperatif dan pasca operatif. Apabila klien mempunyai persiapan yang baik dan mengetahui apa yang diharapkan maka perawat memperkuat pengetahuan klien dan mempertahankan kekuatan serta konsistensinya.

b) Persiapan diet

Pasien yang akan dibedah memerlukan persiapan khusus dalam hal pengaturan diet. Pasien boleh menerima makanan biasa sehari sebelum bedah, tetapi 8 jam sebelum bedah tidak diperbolehkan makan, sedangkan cairan tidak diperbolehkan 4 jam sebelum bedah, sebab makanan atau cairan dalam lambung dapat menyebabkan aspirasi.

c) Persiapan kulit

Persiapan kulit dilakukan dengan cara membebaskan daerah yang akan dibedah dari mikro organisme dengan cara menyiram kulit menggunakan sabun heksaklorofin (*hexachlorophene*) atau sejenisnya sesuai dengan jenis pembedahan. Bila pada kulit terdapat rambut, maka harus dicukur.

d) Latihan nafas dan latihan batuk

Cara latihan ini dilakukan untuk meningkatkan kemampuan pengembangan paru sedangkan batuk dapat menjadi kontraindikasi pada bedah intrakranial, mata, telinga, hidung, dan tenggorokan karena dapat meningkatkan tekanan, merusak jaringan dan melepas jahitan. Pernafasan yang dianjurkan adalah pernafasan diafragma.

e) Latihan kaki dan mobilisasi

Latihan ini dapat dilakukan untuk mencegah dampak tromboplebitis. Latihan kaki yang dianjurkan antara lain latihan memompa otot, latihan *quadrisep*, dan latihan mengencangkan *glutea*. Latihan otot dapat dilakukan dengan mengontraksikan otot betis dan paha, kemudian istirahatkan otot kaki, dan ulangi hingga 10 kali.

Latihan *quadrisep* dapat dilakukan dengan cara membengkokkan lutut kaki rata pada tempat tidur, kemudian meluruskan kaki pada tempat tidur, mengangkat tumit, melipat lutut rata pada tempat tidur, dan ulangi hingga 5 kali. Latihan mengencangkan *glutea* dapat dilakukan dengan cara menekan otot pantat, kemudian coba gerakan kaki ke tepi tempat tidur, lalu istirahat dan ulangi sebanyak 5 kali. Latihan mobilisasi dilakukan untuk mencegah komplikasi sirkulasi, mencegah dekubitus, merangsang peristaltik serta mengurangi adanya nyeri. Untuk

melakukan latihan mobilitas, pasien harus mampu menggunakan alat di tempat tidur, seperti menggunakan penghalang agar bisa memutar badan, melatih duduk di sisi tempat tidur atau dengan cara menggeser pasien ke sisi tempat tidur, melatih duduk diawali tidur *Fowler*, kemudian duduk tegak dengan kaki menggantung di sisi tempat tidur.

f) Persiapan psikososial

Pasien yang akan menghadapi pembedahan akan mengalami berbagai macam jenis prosedur tindakan tertentu dimana akan menimbulkan kecemasan. Segala bentuk prosedur pembedahan selalu didahului dengan suatu reaksi emosional tertentu oleh pasien, apakah reaksi itu jelas atau tersembunyi, normal atau abnormal. Sebagai contoh, kecemasan preoperasi kemungkinan merupakan suatu respon antisipasi terhadap suatu pengalaman yang dapat dianggap pasien sebagai suatu ancaman terhadap perannya dalam hidup, integritas tubuh, atau bahkan kehidupan itu sendiri. Sudah diketahui bahwa pikiran yang bermasalah secara langsung mempengaruhi fungsi tubuh. Karenanya, penting artinya untuk mengidentifikasi kecemasan yang dialami pasien.

Pasien praoperasi dalam mengalami berbagai ketakutan. Termasuk ketakutan akan ketidaktahuan, kematian, tentang anastesi. Kehawatiran mengenai kehilangan waktu kerja,

kemungkinan kehilangan pekerjaan, tanggung jawab mendukung keluarga, dan ancaman ketidakmampuan permanen yang lebih jauh, memperberat ketegangan emosional yang sangat hebat yang diciptakan oleh prospek pembedahan.

Takut diekspresikan dengan cara yang berbeda oleh orang yang berbeda. Sebagai contoh, takut mungkin diekspresikan secara langsung oleh pasien yang secara berulang mengajukan banyak pertanyaan, walaupun telah dijawabnya. Saat pasien mengekspresikan ketakutan atau kekhawatiran tentang pembedahan yang akan dihadapinya, penting artinya untuk mempertahankan agar jalur komunikasi tetap terbuka. Perawat dapat melakukan banyak hal untuk menghilangkan kesalahan konsep dan informasi, dan untuk memberikan penanganan ketika memungkinkan.

2) Prosedur Tindakan *Sectio Caesarea*

a) Izin Keluarga

Pihak rumah sakit memberikan surat yang harus ditanda tangani oleh keluarga, yang isinya izin pelaksanaan operasi.

b) Anestesi

Persalinan *sectio caesarea* dapat dilakukan dengan menggunakan anestesi regional maupun general. Anestesi regional terbagi dalam beberapa teknik, yaitu anestesi spinal, epidural, kombinasi spinal-epidural. Anestesi general biasanya diberikan jika anestesi spinal atau epidural tidak mungkin diberikan, baik

karena alasan teknis maupun karena dianggap tidak aman. Pada prosedur pemberian anestesi ini akan menghirup oksigen melalui masker wajah selama tiga sampai empat menit sebelum obat diberikan melalui penetasan intravena.

c) Disterilkan

Bagian perut yang akan dibedah, disterilkan sehingga diharapkan tidak ada bakteri yang masuk selama operasi.

d) Pemasangan Alat

Alat-alat pendukung seperti infus dan kateter dipasang. macam peralatan yang dipasang disesuaikan dengan kondisi ibu.

e) Pembedahan

Setelah semua siap, dokter akan melakukan sayatan demi sayatan sampai mencapai rahim dan kemudian selaput ketuban dipecahkan. Selanjutnya dokter akan mengangkat bayi berdasarkan letaknya.

f) Mengambil Plasenta

Setelah bayi lahir, selanjutnya dokter akan mengambil plasenta.

g) Menjahit

Langkah terakhir adalah menjahit sayatan selapis demi selapis sehingga tertutup semua (Juditha, dkk, 2015).

f. Komplikasi Operasi *Sectio Caesarea*

Menurut Padila (2016), kemungkinan yang timbul setelah dilakukan operasi ini antara lain :

- 1) Infeksi puerperal (Nifas)
 - a) Infeksi ringan dengan suhu meningkat dalam beberapa hari
 - b) Sedang suhu meningkat lebih tinggi disertai dengan dehidrasi dan perut sedikit kembung.
 - c) Peritonealis, sepsis dan usus paralitik.
- 2) Perdarahan disebabkan karena pembuluh darah yang terputus dan terbuka dan perdarahan pada plasenta.
- 3) Lukakandung kemih, emboli paru dan keluhan kandung kemih bila peritonealisasi terlalu tinggi.
- 4) Kemungkinan ruptur tinggi spontan pada kehamilan berikutnya.

3. Konsep Preeklamsia

a. Pengertian

Menurut Masruroh (2016), preeklamsia adalah salah satu gangguan kesehatan yang menyerang ibu hamil ditandai dengan meningkatnya tekanan darah dan protein dalam urine ibu hamil dan biasanya terjadi setelah 20 minggu usia kehamilan. Preeklamsi (*toksemia*) adalah peningkatan tekanan darah pada saat hamil. Membengkak tubuh terutama bagian muka dan tangan, peningkatan tekanan darah secara tiba-tiba dan kadar protein yang tinggi pada urin merupakan gejalanya (Indriarti, 2016).

Preeklamsia adalah hipertensi yang timbul setelah 20 minggu kehamilan disertai dengan proteinuria atau suatu sindrom khas kehamilan berupa penurunan perfusi organ akibat vasospasme dan pengaktifan endotel. Dalam hal ini, proteinuria adalah adanya 300 mg atau lebih protein urine per 24 jam atau 30 mg/dl dalam sampel urine acak, bahkan pada kasus yang parah (Padila, 2015).

b. Etiologi

Menurut Padila (2016), penyebab preeklamsia sampai sekarang belum diketahui, namun beberapa teori yang dapat menjelaskan tentang penyebab preeklamsia yaitu sebagai berikut :

- 1) Bertambahnya frekuensi pada primigravida, kehamilan ganda, hidramnion dan molahidatidosa.
- 2) Bertambahnya frekuensi seiring makin tuanya kehamilan.
- 3) Dapat terjadi perbaikan keadaan penderita dengan kematian janin dalam uterus.
- 4) Timbulnya hipertensi, edema, proteinuria, kejang dan koma.

Penyebab preeklamsia adalah kehamilan itu sendiri, jika ibu hamil mengalami darah tinggi sebelum umur kehamilan 20 minggu disebut hipertensi dan kemungkinan ibu menderita hipertensi sebelum hamil. Tetapi kalau mengalami darah tinggi pada usia kehamilan minimal 20 minggu atau lebih, kemungkinan preeklamsia, selain itu preeklamsi juga dapat disebabkan ibu hamil yang kurang nutrisi serta

pada ibu dengan kehamilan pertama, usia ibu yang terlalu muda dan terlalu tua (Masruroh, 2016).

Penyebab preeklamsia adalah penyempitan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai oksigen dan makanan pada janin, sedangkan pada ibu umumnya menyebabkan gangguan fungsi ginjal, pemeriksaan darah pada penderita preeklamsia ditemukan adanya racun yang bisa menghancurkan sel-sel endotel manusia (sel pelapis pembuluh darah) (Indriarti, 2015).

Etiologi dari preeklamsia masih belum diketahui pasti telah banyak hipotesis yang diajukan untuk mencari etiologi dan patogenesis dari preeklamsia namun hingga kini belum memuaskan sehingga preeklamsia sebagai *the diseases of theories*. Adapun hipotesis yang diajukan diantaranya adalah : genetik, iskemia plasenta, hipoksia pada fetus atau plasenta, disfungsi endotel, imunologis (Fauziah, 2015).

c. Gejala

Menurut Padila (2016), manifestasi klinis dari preeklamsia adalah sebagai berikut:

- 1) Pertambahan berat badan yang berlebihan
 - a) Edema
 - b) Hipertensi
 - c) Proteinuria

- d) Pada preeklamsia berat didapatkan sakit kepala di daerah frontal, diplopia, penglihatan kabur, nyeri di daerah epigastrium, mual dan muntah.

Menurut Masruroh (2016), tanda dan gejala preeklamsia adalah sebagai berikut:

- 1) Terjadi pada kehamilan 20 minggu
- 2) Terdapat tanda-tanda preeklamsia (hipertensi, edema, proteinuria, sakit kepala yang berat, penglihatan kabur, nyeri ulu hati, kegelisahan)
- 3) Kejang-kejang atau sampai dengan koma.

Menurut Indiarti (2016) mengatakan bahwa gejala dari preeklamsia adalah sebagai berikut:

- 1) Preeklamsia Ringan
 - a) Tekanan darah sekitar 140/90 mmHg atau kenaikan tekanan darah 30 mmHg untuk sistolic atau 15 mmHg untuk distolic dengan interval pengukuran selama 6 jam.
 - b) Terdapat pengeluaran protein dalam urine 0,3 g/liter atau kualitatif +1, +2
 - c) Edema (bengkak kaki, tangan atau lainnya)
 - d) Kenaikan berat badan lebih dari 1 kg/minggu.
- 2) Preeklamsia Berat (kelanjutan preeklamsia ringan)
 - a) Tekanan darah 160/110 mmHg atau lebih
 - b) Pengeluaran protein dalam urine lebih dari 5 gram/24 jam

- c) Terjadi penurunan produksi urine ≤ 400 cc/24 jam
- d) Terdapat edema paru dan sianosis (kebiruan) dan terasa sesak nafas
- e) Terdapat gejala subjektif (sakit kepala, gangguan penglihatan, nyeri di daerah perut atas).

d. Patofisiologi

Vasokonstriksi merupakan dasar patogenesis preeklamsia, karena vasokonstriksi dapat menimbulkan peningkatan total perifer dan menimbulkan hipertensi. Adanya vasokonstriksi juga akan menimbulkan hipoksia pada endotel setempat, sehingga terjadi kerusakan endotel, kebocoran anterior disertai perdarahan mikro pada tempat endotel (Rukiyah, 2017).

Preeklamsia cenderung terjadi pada wanita dengan kehamilan pertama kali, wanita hamil berusia 35 tahun, hamil kembar, menderita diabetes, hipertensi atau tekanan darah tinggi dan gangguan ginjal, serta faktor genetik juga memiliki kecenderungan terkena gangguan ini. Preeklamsia menyebabkan keracunan pada tubuh ibu dan membahayakan janin, adanya mekanisme imunologi yang kompleks dan aliran darah ke plasenta yang berkurang, mengakibatkan jumlah zat gizi yang dibutuhkan janin tidak terpenuhi. Kadar protein yang tinggi pada urine ditandai dengan warna kuning tua gelap, kecoklatan atau kemerahan (Indiarti, 2015).

Telah diketahui bahwa pada preeklamsia dijumpai kadar aldosteron yang rendah dan konsentrasi prolaktin yang tinggi dari pada kehamilan normal. Aldosteron penting untuk mempertahankan volume plasma dan mengatur retensi air dan natrium. Pada preeklamsia permeabilitas pembuluh darah terhadap protein meningkat (Wiknjosastro, 2016).

e. Klasifikasi

Menurut Padila (2016), preeklamsia dibagi menjadi 2 golongan yaitu sebagai berikut:

1) Preeklamsia Ringan

- a) Tekanan darah 140/90 mmHg, lebih yang diukur pada posisi berbaring terlentang atau kenaikan diastolic 15 mmHg atau lebih, atau kenaikan sistolic 30 mmHg atau lebih. Cara pengukuran sekurang-kurangnya pada 2 kali pemeriksaan dengan jarak periksa 1 jam dan 6 jam.
- b) Edema umum, kaki, jari tangan dan muka atau kenaikan berat 1 kg atau lebih perminggu.
- c) Proteinuria kuantitatif 0,3 gram atau lebih perliter, kualitatif 1+ atau 2+ pada urine kateter.

2) Preeklamsia Berat

- a) Tekanan darah 160/110 mmHg atau lebih
- b) Proteinuria 5 gr atau lebih per liter
- c) Oliguria yaitu jumlah urine kurang dari 5 cc per 24 jam
- d) Terdapat edema paru dan sianosis.

f. Komplikasi

Menurut Padila (2016) komplikasi preeklamsia tergantung derajat preeklamsia yang dialami yaitu sebagai berikut:

1) Pada Ibu

- a) Eklamsia
- b) Solusio Plasenta
- c) Perdarahan Pembekuan Darah (DIC)
- d) Gagal jantung hingga syok dan kematian

2) Pada Janin

- a) Terhambatnya pertumbuhan dan uterus
- b) Premature
- c) Asfiksia neonatorum
- d) Kematian dalam uterus
- e) Peningkatan angka kematian dan kesakitan perinatal.

g. Penatalaksanaan

Menurut Indiarti (2016), pengobatan dan perawatan kehamilan dengan preeklamsia adalah sebagai berikut:

1) Preeklamsia Ringan

Berobat jalan, pantang garam dan dapat diberikan obat penenang. Kontrol setiap minggu, anjurkan segera kembali periksa bisa terjadi gejala makin parah.

2) Preeklamsia Berat

Masuk rumah sakit dalam kamar isolasi yang bebas dari sinar dan suara juga perawatan khusus dipasang infuse untuk mengatur cairan, nutrisi, obat-obatan dan elektrolit.

3) Eklamsia

Perawatan dan pengobatan tetap isolasi ketat dapat menghindari kejang-kejang yang dapat menimbulkan penyulit yang lebih berat dilakukan induksi persalinan dan *sectio caesarea*, setelah dilakukan persalinan masih diperlukan perawatan intensif.

4. Konsep Malpresentasi

a. Definisi

Malpresentasi adalah letak janin tidak normal atau kepala tidak berada pada perut bagian bawah dan bokong tidak berada pada fundus uteri (Mochtar, 2015).

b. Klasifikasi

1) Letak Sungsang

a) Definisi

Persalinan sungsang adalah kehamilan pada bayi dengan presentasi bokong (bokong) dimana bayi letaknya sesuai dengan sumbu badan ibu, kepala berada pada fundus uteri, sedangkan bokong merupakan bagian terbawah di daerah pintu atas panggul atau simfisis (Safuddin, 2016).

Menurut Wiknjosastro (2016), Letak Sungsang merupakan keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala di fundus uteri dan bokong berada di bagian bawah cavum uteri.

b) Bentuk-Bentuk Letak Sungsang

Menurut Manuaba (2010), berdasarkan komposisi dari bokong dan kaki dapat ditentukan bentuk letak sungsang sebagai berikut:

- (1) Letak Bokong Murni: teraba bokong, kedua kaki menjungkit ke atas sampai kepala bertindak sebagai spalk.
- (2) Letak Bokong Kaki Sempurna: teraba bokong, kedua kaki berada di samping bokong.
- (3) Letak Bokong Tak Sempurna: teraba bokong, di samping bokong teraba satu kaki.
- (4) Letak Kaki: bila bagian terendah teraba salah satu dan atau kedua kaki atau lutut, dapat dibedakan letak kaki bila kaki terendah, letak lutut terendah.



Gambar 1. Klasifikasi Letak Sungsang

c) Etiologi

Faktor-faktor penyebab presentasi bokong meliputi multiparitas, prematur, air ketuban yang berlebihan, hidramnion, plasenta previa, hydrocephalus dan anensefalus, kehamilan ganda (gamelli) dan panggul sempit (Saifuddin, 2016).

d) Komplikasi Letak Sungang

Menurut Manuaba (2010) komplikasi persalinan letak sungsang dapat dibagi sebagai berikut:

- (1) Komplikasi Ibu: perdarahan, robekan jalan lahir dan infeksi.
- (2) Komplikasi Pada Bayi antara lain:
 - (a) Asfiksia bayi dapat disebabkan oleh kemacetan persalinan kepala, aspirasi air ketuban dan lendir, perdarahan atau edema jaringan otak kerusakan medulla oblongata, kerusakan persendian tulang dan leher.
 - (b) Trauma persalinan disebabkan oleh dislokasi dan fraktur persendian tulang ekstremitas, kerusakan alat vital seperti paru-paru dan jantung, dislokasi dan fraktur persendian tulang leher seperti fraktur tulang dasar kepala, fraktur tulang kepala, kerusakan pada mata, hidung atau telinga, kerusakan pada jaringan otak.

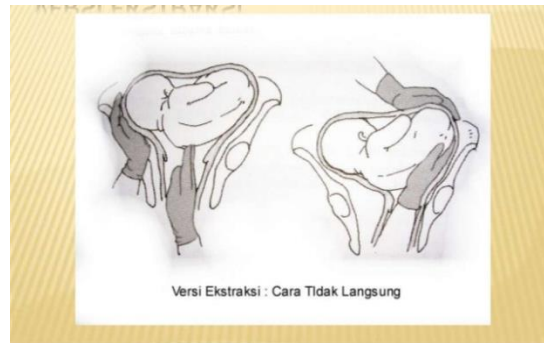
- (c) Infeksi dapat terjadi karena persalinan berlangsung lama, ketuban pecah pada pembukaan kecil, manipulasi dengan pemeriksaan dalam.
- (d) Hipoksia teridentifikasi sebagai penyebab tersering kematian bayi sungsang. Hipoksia terjadi akibat terjepitnya tali pusat antara kepala dan panggul pada waktu kepala memasuki rongga panggul serta akibat retraksi uterus yang dapat mengakibatkan lepasnya plasenta sebelum kepala lahir. Kelahiran kepala janin yang lebih lama dari 8 menit setelah umbilicus dilahirkan akan membahayakan kehidupan janin.
- (e) Persalinan Macet yaitu kelahiran bokong akan menarik umbilicus dan tali pusat masuk ke dalam panggul yang akan menekan tali pusat. Oleh karenanya bokong melewati introitus vagina, perut, dada, lengan dan kepala harus segera dilahirkan.

2) Letak Lintang

a) Definisi

Letak lintang adalah suatu keadaan dimana janin melintang di dalam uterus dengan kepala berada pada sisi yang satu, sedangkan bokong berada pada sisi yang lain. Pada umumnya bokong berada sedikit lebih tinggi daripada kepala

janin, sedangkan bahu berada pada pintu atas panggul (Mochtar, 2015).



Gambar 2.Letak Lintang

b) Etiologi

Menurut Manuaba (2010), penyebab dari letak lintang merupakan kombinasi dari berbagai faktor. Faktor-faktor tersebut adalah:

- (1) Fiksasi kepala tidak ada karena panggul sempit, hidrocefalus, plasenta previa.
- (2) Janin sudah bergerak pada hidramnion, multipara, janin kecil atau janin mati.
- (3) Pada gamelli (kehamilan ganda), kelainan uterus, kandung kemih dan rectum yang penuh.

c) Diagnosis

- (1) Infeksi terdapat perut buncit ke samping
- (2) Palpasi terdapat fundus uteri lebih rendah dari umur kehamilan, fundus kosong, kecuali jika bahu sudah masuk

ke pintu atas panggul (PAP) dan kepala teraba di kanan atau kiri perut ibu.

(3) Auskultasi terdapat hasil pemeriksaan DJJ setinggi pusat kanan atau kiri.

(4) Pemeriksaan dalam terdapat hasil pemeriksaan:

(a) Teraba tulang iga, scapula dan jika tangan menumbung teraba tangan. Untuk menentukan tangan kanan atau kiri lakukan secara bersalaman

(b) Teraba bahu dan ketiak yang bisa menutup ke kanan atau ke kiri. Bila kepala terletak di kiri, ketiak menutup ke kiri.

(c) Letak punggung ditentukan dengan adanya scapula, letak dada dengan klavikula.

(d) Pemeriksaan dalam agar sukar dilakukan bila pembukaan kecil dan ketuban cepat basah.

(5) Foto Rontgen, akan tampak janin dalam letak lintang.

5. Konsep Kala II Lama

a. Definisi

Menurut Harry Oxorn (2015), begitu serviks mencapai dilatasi penuh, jangka waktu sampai terjadinya kelahiran tidak boleh melampaui 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multipara. Kala II yang lebih lama dari 2 jam untuk primigravida atau 1 jam untuk multipara dianggap abnormal (Varney, 2015). Dikatakan sebagai kala

II lama apabila proses persalinan kala II berlangsung lebih dari 2 jam untuk primi dan 1 jam untuk multi (Saifuddin, 2016).

b. Fase Kala II Lama

Menurut Varney (2015), kala II dibagi menjadi 3 fase yaitu fase I tenang, mulai dari pembukaan lengkap sampai ada keinginan untuk meneran. Fase II yaitu fase peneranan, mulai dari timbul ketakutan hingga lahirnya kepala. Fase III yaitu fase perineum, mulai dari sejak lahirnya kepala janin sampai lahirnya seluruh bayi.

c. Penyebab Kala II Lama

Sebab-sebab terjadinya persalinan kala II lama yaitu multikomplek atau bergantung pada pengawasan selagi hamil, pertolongan persalinan yang baik dan penatalaksanaannya. Menurut Saifuddin (2016), faktor-faktor yang berhubungan dengan persalinan kala II lama adalah:

1) Faktor Penyebab

a) Kelainan his (his tidak efisien)

His yang tidak normal dalam kekuatan atau sifatnya menyebabkan kerintangan pada jalan lahir yang lazim terdapat pada setiap persalinan, tidak dapat diatasi sehingga persalinan mengalami hambatan atau kemacetan. Kelainan his dibagi menjadi 3 yaitu, inersia uteri (*hypotonic contraction*), his terlampau kuat (*hypertonic uterine contraction*), his yang tidak terkoordinir (*incoordinate uterine action*).

b) Faktor janin (malpresentasi, malposisi, janin besar)

Malpresentasi adalah semua presentasi lain dari janin selain vertex (presentasi bokong, dahi, wajah). Malposisi adalah posisi kepala janin relative terhadap pelvis dengan oksiput sebagai titik referansi. Janin yang dalam keadaan malpresentasi dan malposisi kemungkinan menyebabkan partus lama atau partus macet.

c) Faktor jalan lahir (panggul sempit, kelainan serviks, vagina, tumor)

Panggul sempit atau disproporsi sefalopelvik terjadi karena bayi terlalu besar dan pelvic kecil sehingga menyebabkan partus macet. Cara penilaian serviks yang baik adalah dengan melakukan partus percobaan (*trial of labor*). Kegunaan pelvimetre klinis terbatas.

2) Faktor lain (Predisposisi)

- a) Paritas
- b) Umur
- c) Interval kelahiran
- d) Ketuban Pecah Dini
- e) Penolong persalinan (Analgesia epidural, dan posisi Ibu)
- f) Psikis ibu (kecemasan, kelelahan, kekhawatiran).

d. Patofisiologis

Pada kala II his menjadi lebih kuat dan lebih cepat, kira-kira 2 sampai 3 menit sekali. Karena biasanya dalam hal ini kepala janin sudah masuk diruang panggul, maka pada his dirasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflektoris menimbulkan rasa mengedan. Wanita merasa pula tekanan kepada *rectum* dan hendak buang air besar. Kemudian mulai membuka dan tidak lama kemudian kepala janin tampak dalam vulva pada waktu his (Muhimah, 2016).

Bila dasar panggul sudah lebih berelaksasi, kepala janin tidak masuk lagi di luar his dan dengan his serta kekuatan mengedan maksimal kepala janin dilahirkan dengan suboksiput di bawah simfisis dan dahi, muka, dan dagu melewati perineum. Setelah istirahat sebentar, his mulai lagi untuk mengeluarkan badan dan anggota bayi. Para primigravida kala II berlangsung rata-rata 1,5 jam dan pada multipara 0,5 jam (Muhimah, 2016).

e. Gejala Klinik Persalinan Kala II Lama

Menurut Saifuddin (2016), gejala klinik dari persalinan kala III antara lain adalah:

- 1) Pada ibu seperti, gelisah, letih, suhu tanda meningkat, berkeringat, nadi cepat, pernafasan cepat, meteorismus, didaerah sering dijumpai bandling, edema vulva, edema serviks, cairan ketuban berbau terdapat mekonium

2) Janin seperti, DJJ cepat, hebat, tidak teratur bahkan negatif, air ketuban terdapat nekrosis kental kehijau-hijauan, cairan berbau caput succedaneum yang besar, mouldage yang hebat, kematian janin dalam kandungan.

f. Penanganan

Upaya mengejan ibu menambah resiko pada bayi karena mengurangi jumlah oksigen ke plasenta, maka dari itu sebaiknya dianjurkan mengejan secara spontan, mengejan dan menahan nafas yang terlalu lama tidak dianjurkan, perhatikan denyut jantung janin, bradikardi yang lama mungkin terjadi lilitan tali pusat, dalam hal ini dilakukan ekstraksi vakum atau ekstraksi forceps bila syarat terpenuhi. Apabila ekstraksi gagal, maka dilakukan sectio caesarea (Saifuddin, 2016).

6. Konsep Ketuban Pecah Dini

a. Definisi

Ketuban Pecah Dini ditandai dengan keluarnya cairan berupa air-air dari vagina setelah kehamilan berusia 22 minggu dan dapat dinyatakan pecah dini terjadi sebelum proses persalinan berlangsung. Ketuban Pecah Dini adalah pecahnya ketuban sebelum waktu melahirkan yang terjadi pada saat akhir kehamilan maupun jauh sebelumnya (Sagita, 2017).

Ketuban pecah dini atau Premature Rupture of the Membranes (PROM) adalah keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum terjadinya

proses persalinan pada kehamilan aterm. Berdasarkan waktunya, ketuban pecah dini dapat terjadi pada kehamilan preterm atau kehamilan kurang bulan terjadi sebelum minggu ke-37 usia kehamilan, sedangkan pada kehamilan aterm atau kehamilan cukup bulan terjadi setelah minggu ke-37 dari usia kehamilan (Mamede, 2016).

Ketuban Pecah Dini adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan atau sebelum inpartu, pada pembukaan <4cm. Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan (Nugroho, 2015). Ketuban pecah dini didefinisikan sebagai pecahnya selaput ketuban secara spontan sebelum terjadinya tanda-tanda persalinan. Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun pertengahan kehamilan jauh sebelum waktu melahirkan. (Sarwono, 2009).

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda-tanda persalinan mulai dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartu. Sebagian ketuban pecah dini terjadi pada kehamilan aterm lebih dari 37 minggu sedangkan kurang dari 36 minggu tidak terlalu banyak (Manuaba, 2009).

b. Klasifikasi

Klasifikasi Ketuban Pecah Dini, yaitu:

1. Premature Rupture of the Membranes (PROM)

Ketuban Pecah Dini pada saat usia kehamilan >37 minggu.

Penyebab PROM dikarenakan melemahnya membran amnion

secara fisiologis. Kondisi klinis seperti inkompetensi serviks dan polihidramnion telah diidentifikasi sebagai faktor risiko yang jelas dalam beberapa kasus ketuban pecah dini.

2. Preterm Premature Rupture of the Membranes (PPROM)

Ketuban Pecah Dini yang terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu dan sebelum persalinan. Penyebabnya adalah penurunan dalam kekuatan peregangan membran amnion, cacat lokal pada membran amnion, penurunan kolagen cairan ketuban dan perubahan dalam struktur kolagen, iritabilitas uterus, apoptosis, degradasi kolagen, dan peregangan membran. Pada jaringan Maternal-Fetal Medicine Unit (MFMU) menemukan bahwa faktor resiko PPRM adalah PPRM sebelumnya. Fibronektin janin positif pada kehamilan 23 minggu dan leher rahim pendek (<25mm) pada umur kehamilam 23 minggu.

3. Prolonged Premature Rupture of the Membranes

Ketuban pecah yang terjadi lebih dari 12 jam sebelum waktunya melahirkan.

c. Etiologi

Adapun penyebab terjadinya ketuban pecah dini menurut (Manuaba, 2009) yaitu sebagai berikut:

1. Multipara dan Grandemultipara
2. Hidramnion
3. Kelainan letak: sungsang atau lintang

4. Cephalo Pelvic Disproportion (CPD)
5. Kehamilan ganda
6. Kelainan selaput bawaan

Adapun hasil penelitian yang dilakukan (Rahayu and Sari 2017) mengenai penyebab kejadian ketuban pecah dini pada ibu bersalin bahwa kejadian ketuban pecah dini mayoritas pada ibu multipara, usia ibu 20-35 tahun, umur kehamilan ≥ 37 minggu, pembesaran uterus normal dan letak janin preskep.

Menurut Sualman (2009), ketuban pecah dini dapat disebabkan oleh beberapa faktor meliputi :

1. Infeksi

Ada 2 penyebab dari infeksi yaitu :

- a. Infeksi genetalia

Dari berbagai macam infeksi yang terjadi selama kehamilan disebabkan oleh candida vaginalis, bakterial vaginosis dan trikomonas yang bisa menyebabkan kekuarangnya kekuatan membran selaput ketuban sehingga akan terjadi ketuban pecah dini.

- b. Infeksi (amnionitis atau koreoamnitis)

Koreoamnitis adalah keadaan dimana koreon amnion dan cairan ketuban terkena infeksi bakteri. Amnionitis sering disebabkan group bakteri streptococcus microorganism, selain itu bakterioide fragilis, laktobacilli dan stapilococcus epidermis

adalah bakteri-bakteri yang sering ditemukan pada cairan ketuban. Bakteri tersebut melepaskan mediator inflamasi yang menyebabkan kontraksi uterus. Hal ini akan menyebabkan pembukaan servik dan pecahnya selaput ketuban

2. Servik yang tidak mengalami kontraksi (Inkompetensi)

Inkompetensi servik dapat menyebabkan kehilangan kehamilan pada trimester kedua. Kelainan ini berhubungan dengan kelainan uterus yang lain seperti septum uterus dan bikornis. Bisa juga karena kasus bedah servik pada konisasi, produksi eksisi elektrosurgical, dilatasi berlebihan servik pada terminasi kehamilan atau bekas laserasi.

3. Trauma

Trauma yang disebabkan misalnya hubungan seksual saat hamil baik dari frekuensi yang lebih 3 kali seminggu, posisi koitus yaitu suami diatas dan penetrasi penis yang terlalu dalam sebesar 37,50% memicu terjadinya ketuban pecah dini.

4. Faktor Paritas

Paritas adalah banyaknya anak yang dilahirkan oleh ibu dari anak pertama sampai dengan anak terakhir. Adapun pembagian paritas yaitu primipara, multipara, dan grande multipara. Primipara adalah seorang wanita yang baru pertama kali melahirkan dimana janin mencapai usia kehamilan 28 minggu atau lebih. Multipara adalah seorang wanita yang telah mengalami kehamilan dengan usia 9

kehamilan minimal 28 minggu dan telah melahirkan buah kehamilannya 2 kali atau lebih. Sedangkan grande multipara adalah seorang wanita yang telah mengalami hamil dengan usia kehamilan minimal 28 minggu dan telah melahirkan buah kehamilannya lebih dari 5 kali (Wikjosastro, 2007). Wanita yang telah melahirkan beberapa kali dan pernah mengalami KPD pada kehamilan sebelumnya serta jarak kelahiran yang terlampau dekat diyakini lebih beresiko akan mengalami KPD pada kehamilan berikutnya.

5. Riwayat ketuban pecah dini

Riwayat ketuban pecah dini sebelumnya beresiko 2-4 kali mengalami ketuban pecah dini kembali. Hal ini karena akibat adanya penurunan kandungan kolagen dalam membrane sehingga memicu terjadinya ketuban pecah dini dan pada preterm terutama pada pasien yang beresiko tinggi karena membran yang menjadi mudah rapuh dan kandungan kolagen yang semakin menurun pada kehamilan berikutnya.

6. Tekanan intra uteri yang meningkat secara berlebihan

Tekanan intra uterin yang meninggi atau meningkat secara berlebihan dapat menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini, misalnya :

- a. Trauma yang berupa hubungan seksual, pemeriksaan dalam, amniosintesis

b. Gamelli (kehamilan kembar) adalah suatu kehamilan dua janin atau lebih. Pada kehamilan gemelli terjadi distensi uterus yang berlebihan, sehingga menimbulkan adanya ketegangan rahim secara berlebihan. Hal ini terjadi karena jumlahnya berlebih, rahim yang lebih besar dan kantung (selaput ketuban) relative kecil sedangkan dibagian bawah tidak ada yang menahan sehingga mengakibatkan selaput ketuban tipis dan mudah pecah.

7. Usia ibu kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun

Usia untuk reproduksi optimal bagi seorang ibu adalah antara umur 20-35 tahun. Pada ibu hamil dengan usia yang terlalu muda keadaan uterus kurang matur untuk melahirkan sehingga rentan untuk mengalami ketuban pecah dini dan pada ibu hamil dengan usia lebih 35 tahun tergolong usia terlalu tua untuk melahirkan sehingga beresiko tinggi untuk terjadi ketuban pecah dini.

d. Patofisiologi

Selaput ketuban yang membatasi rongga amnion terdiri atas amnion dan korion yang sangat erat ikatannya. Lapisan ini terdiri atas sel epitel, sel mesenkrim, dan sel trofoblas yang terkait dalam matriks kolagen. Selaput ketuban berfungsi menghasilkan air ketuban serta melindungi janin terhadap infeksi. Ketuban pecah pada ibu hamil disebabkan oleh adanya kontraksi uterus dan peregangan yang berulang. Selaput ketuban pecah karena pada daerah tertentu terjadi

perubahan biokimia, yang menyebabkan selaput ketuban inferior rapuh. Selaput ketuban pada kehamilan muda sangat kuat, pada trimester 3 selaput ketuban mudah pecah. Melemahnya kekuatan selaput ada hubungannya dengan pembesaran uterus, kontraksi rahim, dan gerakan janin. Pecahnya ketuban pada kehamilan aterm merupakan hal fisiologis. Ketuban pecah dini pada kehamilan prematur disebabkan oleh faktor-faktor eksternal, misalnya infeksi yang menjangkit vagina (Sarwono, 2012)

Pecahnya selaput ketuban disebabkan oleh hilangnya elastisitas pada daerah tepi robekan selaput ketuban. Hilangnya elastisitas selaput ketuban ini sangat erat kaitannya dengan jaringan kolagen yang dapat terjadi karena penipisan oleh infeksi atau rendahnya kadar kolagen. Kolagen pada selaput terdapat pada amnion di daerah lapisan kompakta, fibroblas serta pada korion di daerah lapisan retikuler atau trofoblas. Perubahan struktur, jumlah sel dan katabolisme kolagen menyebabkan aktivitas kolagen berubah dan menyebabkan selaput ketuban pecah (Mamede, 2012).

Mekanisme ketuban pecah dini ini terjadi karena pembukaan prematur servik dan membran terkait dengan pembukaan terjadi devolarisasi dan nekrosis serta dapat diikuti pecah spontan jaringan ikat yang menyangga membran ketuban, dipercepat dengan infeksi yang mengeluarkan enzim proteolitik, enzim kolagenase. Masa interval sejak

ketuban pecah dini sampai terjadi kontraksi disebut fase laten (Manuaba,2010)

e. Tanda dan Gejala

Menurut Taufan Nugroho (2012), ketuban pecah dini terjadi dengan tanda dan gejala sebagai berikut:

1. Keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina
2. Aroma air ketuban berbau manis dan tidak seperti bau amoniak, berwarna pucat
3. Cairan ini tidak akan berhenti atau kering karena uterus diproduksi sampai kelahiran mendatang. Tetapi, bila duduk atau berdiri, kepala janin yang sudah terletak di bawah biasanya “menganjal” atau “menyumbat” kebocoran untuk sementara
4. Demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, denyut jantung janin bertambah cepat merupakan tanda-tanda infeksi yang terjadi.

f. Diagnosis

Menurut Sarwono (2012) dan Nugroho (2012) cara menegakkan diagnosa ketuban pecah dini dapat dilakukan dengan berbagai cara yang meliputi :

1. Menentukan pecahnya selaput ketuban dengan adanya cairan ketuban di vagina.
2. Memeriksa cairan yang keluar biasanya berisi mekonium, vernik kaseosa, rambut lanugo dan kadang – kadang bau kalau ada infeksi

3. Dari pemeriksaan inspekulo terlihat keluar cairan ketuban dari servikalis
 4. Pemeriksaan dalam didapatkan cairan didalam vagina dan selaput ketuban sudah tidak ada lagi.
 5. Test nitrazin atau kertas lakmus merah berubah menjadi biru (basa) bila ketuban sudah pecah. Jika kertas lakmus merah berubah menjadi biru menunjukkan adanya air ketuban. pH air ketuban 7-7,5 darah dan infeksi vagina dapat menghasilkan tes palsu.
 6. Pemeriksaan penunjang dengan menggunakan USG untuk membantu dalam menentukan usia kehamilan, letak janin, berat janin, letak plasenta serta jumlah air ketuban
 7. Pemeriksaan air ketuban dengan tes leukosit esterase, bila leukosit darah lebih dari 15.000/mm³, kemungkinan adanya infeksi.
- g. Komplikasi

Menurut Varney (2010) komplikasi akibat ketuban pecah dini adalah:

1. Persalinan premature

Setelah ketuban pecah biasanya segera timbul persalinan. Periode laten tergantung umur kehamilan. Pada kehamilan aterm 90% terjadi dalam 24 jam setelah ketuban pecah, sedangkan pada kehamilan 28-34 minggu 50% persalinan terjadi dalam 24 jam. Pada kehamilan kurang dari 26 minggu persalinan terjadi dalam 1 minggu.

2. Infeksi

Resiko infeksi meningkat pada ibu dan janin, pada ibu terjadi korioamnionitis, pada bayi terjadi septikemia, pneumonia, dan pada umumnya terjadi korioamnionitis sebelum janin terinfeksi. Pada ketuban pecah dini prematur infeksi lebih sering dari pada aterm. Secara umum insiden infeksi sekunder pada ketuban pecah dini meningkat sebanding dengan lamanya periode laten

3. Hipoksia dan asfiksia

Dengan pecahnya ketuban akan terjadi oligohidramnion yang menekan tali pusat hingga terjadi asfiksia atau hipoksia. Terdapat hubungan antara terjadinya gawat janin dan derajat oligohidramnion, semakin sedikit air ketuban, janin semakin gawat.

4. Sindrom deformitas janin

Bila ketuban pecah terlalu dini maka akan menyebabkan pertumbuhan janin terhambat. Komplikasi yang sering terjadi pada ketuban pecah dini sebelum kehamilan 37 minggu adalah sindrom distress pernafasan, ini terjadi pada 10-40% bayi baru lahir. Resiko infeksi akan meningkat pada kejadian ketuban pecah dini, semua ibu hamil dengan ketuban pecah dini prematur sebaiknya dievaluasi untuk kemungkinan terjadinya korioamnionitis. Selain itu kejadian prolaps atau keluarnya tali pusat bisa terjadi pada ketuban pecah dini. Resiko kecacatan dan kematian janin meningkat pada ketuban pecah dini

preterm, kejadiannya hampir 100%, apabila ketuban pecah dini preterm ini terjadi pada usia kehamilan kurang 23 minggu.

h. Penatalaksanaan

Menurut Sarwono (2010), penatalaksanaan ketuban pecah dini terbagi menjadi 2 diantaranya adalah:

1. Penatalaksanaan konservatif

- a. Beri antibiotik bila ketuban pecah > 6 jam berupa ampicillin 4x 500 mg atau gentamisin 1x80 mg
- b. Umur kehamilan < 32 – 34 minggu dirawat selama air ketuban masih keluar sampai air ketuban tidak keluar lagi.
- c. Berikan steroid 2x6 mg selama 2 hari untuk kematangan paru janin.

2. Penatalaksanaan aktif

Kehamilan > 37 minggu dilakukan

- a. Induksi oksitosin, jika gagal dilakukan seksio sesarea
- b. Berikan misoprosol 50 mg intra vagina tiap 6 jam, maksimal 4 kali pemberian , jika gagal dilakukan seksio sesarea.
- c. Cara induksi yaitu 5 ui oksitosin dalam dektrose 5% dimulai 4 tetes per menit, tiap ¼ jam dinaikan 4 tetes sampai maksimum 40 tetes per menit. Pada keadaan CPD, letak lintang harus dilakukan seksio sesarea. Bila ada tanda – tanda infeksi beri antibiotik dosis tinggi dan persalinan diakhiri.

7. Konsep Gawat janin (Fetal Distress)

a. Definisi

Gawat janin adalah Suatu keadaan atau reaksi ketika janin tidak memperoleh oksigen yang cukup, sehingga mengalami hipoksia (Abdul Bari Saifuddin dkk, 2015). Gawat janin adalah kekhawatiran obstetri tentang keadaan janin yang kemudian berakhir dengan sectio caesarea atau persalinan buatan lainnya (Sarwono Prawirohardjo, 2013)

Menurut Karlina, Ermalinda (2016), gawat janin dapat diketahui dari tanda-tanda sebagai berikut:

- 1) Frekuensi bunyi jantung janin kurang dari 100 x/menit atau lebih dari 99 x/menit.
- 2) Berkurangnya gerakan janin (janin normal bergerak lebih dari 10 kali per hari)
- 3) Adanya air ketuban bercampur mekonium, warna kehijauan.

Fetal distress mengacu pada gangguan janin yang mengakibatkan keadaan stress yang patologis dan potensial membawa kematian janin (Lockhart dan Saputra, 2015). Fetal distress atau gawat janin merupakan asfiksia janin yang progresif yang dapat menimbulkan berbagai dampak seperti dekompresidan gangguan sistem saraf pusat serta kematian. Jika serviks telah berdilatasi dan kepala janin tidak lebih dari 1/5 di atas symphysis pubis atau bagian teratas tulang, lakukan persalinan dengan ekstraksi vacuum ataupun forceps. Jika

serviks tidak berdilatasi penuh dan kepala janin berada lebih 1/5 atas diatas symphysis pubis, maka lakukan persalinan dengan *sectio caesarea*, karena bahaya janin meninggal dalam kandungan. Sikap bidan adalah melakukan konsultasi dengan dokter pengawasnya dan segera melakukan rujukan sehingga janin dapat diselamatkan dengan tindakan operasi (Andriani, 2010).

b. Klasifikasi

Jenis gawat janin adalah sebagai berikut :

1) Gawat janin yang terjadi secara ilmiah

a) Gawat janin iatrogenic

Gawat janin iatrogenic adalah gawat janin yang timbul akibat tindakan medik atau kelalaian penolong. Resiko dari praktek yang dilakukan telah mengungkapkan patofisiologi gawat janin iatrogenik akibat dari pengalaman pemantauan jantung janin.

b) Posisi tidur ibu

Posisi terlentang dapat menimbulkan tekanan pada aorta dan vena kava sehingga timbul hipotensi. Oksigenisasi dapat diperbaiki dengan perubahan posisi tidur menjadi miring ke kiri atau semilateral.

c) Infuse oksitosin

Bila kontraksi uterus menjadi hipertonic atau sangat kerap, maka relaksasi uterus terganggu yang berarti penyaluran

arus darah uterus mengalami kelainan. Hal ini disebut sebagai hiperstimulasi. Pengawasan kontraksi harus ditujukan agar kontraksi dapat timbul seperti kontraksi fisiologik.

d) Anestesi Epidural (bius lokal)

Sistem simpatik dapat mengakibatkan penurunan arus darah vena, curah jantung dan penyuluhan darah uterus. Obat anestesi epidural dapat menimbulkan kelainan pada denyut jantung janin yaitu berupa penurunan variabilitas, bahkan dapat terjadi deselerasi lambat. Diperkirakan obat-obat tersebut mempunyai pengaruh terhadap otot jantung janin dan vasokonstriksi arteri uterina.

2) Gawat janin kronik

Dapat timbul setelah periode yang panjang selama periode antenatal bila status fisiologi dari ibu-janin-plasenta yang ideal dan normal terganggu.

3) Gawat janin akut

Suatu kejadian bencana yang tiba – tiba mempengaruhi oksigen pada janin.

4) Gawat janin selama persalinan

Menunjukkan hipoksia janin tanpa oksigenasi yang adekuat, denyut jantung janin kehilangan variabilitas dasarnya dan menunjukkan deselerasi lanjut pada kontraksi uterus. Bila hipoksia menetap, glikolisis anaerob menghasilkan asam laktat dengan pH

janin yang menurun. (Kapita Selekt Kedaruratan Obstetri dan Ginekkologi, 2015)

c. Etiologi

Penyebab dari gawat janin adalah sebagai berikut:

- 1) Insufisiensi uteroplasenter akut (kurangnya aliran darah uterus-plasenta dalam waktu singkat) yaitu:
 - a) Aktivitas uterus yang berlebihan, hipertoni uterus dengan pemberian oksitosin.
 - b) Hipotensi ibu, anastesi epidural dengan posisi terlentang.
 - c) Solusio plasenta.
 - d) Plasenta previa dengan pendarahan.
- 2) Insufisiensi uteroplasenter kronik (kurangnya aliran darah uterus-plasenta dalam waktu lama) :
 - a) Penyakit hipertensi
 - b) Diabetes mellitus
 - c) Postmaturitas atau imaturitas
- 3) Kompresi (penekanan) tali pusat
 - a) Oligihidramnion
 - b) Prolaps tali pusat
 - c) Lilitan tali pusat
- 4) Penurunan kemampuan janin membawa oksigen
 - a) Anemia berat misalnya isomunisasi , perdarahan fetomaternal

- b) Kesejahteraan janin dalam persalinan asfiksia intrapartum dan komplikasi
- c) Skor APGAR 0-3 dalam > 5 menit
- d) Disfungsi multi organ neonatal
- e) PH arteri tali pusat 7,0

d. Patofisiologi

Ada beberapa proses atau tahapan terjadinya gawat janin, antara lain :

1) Perubahan pada kehamilan Posterm

Terjadi beberapa perubahan cairan amnion, plasenta dan janin pada kehamilan posterm. Dengan mengetahui perubahan tersebut sebagai dasar untuk mengelola persalinan posterm.

2) Perubahan cairan amnion

Terjadi perubahan kualitas dan kuantitas cairan amnion. Jumlah cairan amnion mencapai puncak pada usia kehamilan 38 minggu sekitar 1000 ml dan menurun sekitar 800 ml pada 40 minggu. Penurunan jumlah cairan amnion berlangsung terus menjadi sekitar 480 ml, 250 ml, 160 ml pada usia kehamilan 42 dan 43 minggu. Penurunan tersebut berhubungan dengan produksi urin janin yang berkurang sehingga aliran darah janin menurun pada kehamilan posterm dan menyebabkan oligohidramnion.

Dengan adanya pengeluaran mekonium maka cairan amnion menjadi hijau atau kuning. Evaluasi volume cairan amnion sangat

penting, karena kematian perinatal meningkat dengan adanya oligohidramnion yang menyebabkan kompresi tali pusat. Keadaan ini menyebabkan gawat janin intra partum pada persalinan posterm. Untuk memperkirakan jumlah cairan amnion dapat diukur dengan pemeriksaan ultrasonografi.

3) Perubahan pada plasenta

Plasenta sebagai perantara untuk suplai makanan dan tempat pertukaran gas antara maternal dan fetal. Dengan bertambahnya umur kehamilan, maka terjadi pula perubahan struktur plasenta. Keadaan ini menurunkan fungsi plasenta sebagai suplai makanan dan pertukaran gas. Hal ini menyebabkan malnutrisi dan asfiksia.

Dengan pemeriksaan ultrasonografi dapat diketahui tingkat kematangan plasenta. Pada kehamilan posterm terjadi perubahan sebagai berikut :

- a) Piring korion : lekukan garis batas piring korion mencapai daerah basal.
- b) Jaringan plasenta : berbentuk sirkuler, bebas gema di tengah, berasal dari satu kotiledon (ada darah dengan densitas gema tinggi dari proses kalsifikasi, mungkin memberikan bayangan akustik) .
- c) Lapisan basal : daerah basal dengan gema kuat dan memberikan gambaran bayangan akustik. Keadaan plasenta ini di kategorikan tingkat 3.

4) Perubahan pada janin

Janin postmatur mengalami penurunan jumlah lemak, kulit menjadi keriput dan vernik kaseosa hilang. Hal ini menyebabkan kulit janin berhubungan langsung dengan cairan amnion. Perubahan lain yaitu: rambut panjang, kuku panjang, warna kulit kehijauan atau kekuningan karena terpapar mekonium. Dengan penambahan berat badan setiap minggu dapat terjadi berat lebih dari 4000 g. keadaan ini sering disebut janin besar. Pada umur kehamilan 38 – 40 minggu insiden janin besar sekitar 10 % dan 43 minggu sekitar 43 %. Dengan keadaan janin tersebut meningkatkan resiko persalinan traumatik.

e. Tanda dan Gejala Gawat Janin

- 1) Tanda utama gawat janin adalah pasokan oksigen yang kurang pada janin (hipoksia janin). Kondisi ini dapat terjadi terkait dengan keadaan ibu atau janin sendiri. Kondisi yang terkait dengan janin, yaitu:
 - a) Berat badan janin yang rendah (*intrauterine growth restriction/IUGR*), yaitu ketika berat janin kurang dari persentil 10 dari berat badan normal dalam usia kehamilan yang sama.
 - b) Pasokan oksigen melalui tali pusat berkurang. Salah satu penyebabnya adalah oligohidramnion, yaitu cairan ketuban yang terlalu sedikit.

- c) Mengalami sindrom aspirasi mekonium. Sindrom ini bisa mengakibatkan iritasi pada paru-paru janin, infeksi, serta menghalangi jalan napas janin.

Sedangkan gawat janin yang dipengaruhi oleh kondisi pada ibu, di antaranya:

- a) Masa kehamilan lebih dari 42 minggu.
 - b) Memiliki penyakit anemia, diabetes, tekanan darah tinggi saat kehamilan, atau preeklamsia.
 - c) Kehamilan pada usia di atas 35 tahun.
 - d) Kehamilan dengan janin kembar atau lebih.
- 2) Gejala Gawat Janin

Janin yang sehat memiliki detak jantung yang stabil dan dapat menanggapi rangsangan dengan gerakan yang tepat. Sedangkan bayi yang sedang mengalami kondisi gawat janin dapat menunjukkan tanda-tanda, sebagai berikut:

- a) Detak jantung yang menurun.
- b) Gerakan bayi yang menurun atau bahkan tidak bergerak sama sekali.

Penting bagi ibu untuk memperhatikan jumlah tendangan bayi. Banyak dokter merekomendasikan bahwa normalnya ibu merasakan tendangan bayi sebanyak 10 tendangan dalam waktu dua jam. Jika ibu merasakan ada perubahan gerak yang bersifat negatif dari bayi, sebaiknya segera hubungi bidan atau dokter.

Dokter mungkin akan memeriksa detak jantung bayi ibu dan melakukan USG untuk mengetahui pertumbuhan bayi.

f. **Diagnosis Gawat Janin**

Berikut pemeriksaan yang biasanya dilakukan dokter untuk mendiagnosis gawat janin:

- 1) **Pemeriksaan USG Doppler.** Pemeriksaan ini dapat digunakan untuk mendeteksi denyut jantung janin (DJJ). DJJ normal berkisar antara 120-160. Pada kondisi gawat janin, DJJ kurang dari 120 kali per menit atau 160 kali per menit.
- 2) **Pemeriksaan cardiotocography (CTG).** Melalui pemeriksaan ini, dapat diketahui respons DJJ terhadap pergerakan janin dan kontraksi rahim ibu. Pemeriksaan ini dapat mendeteksi kondisi gawat janin lebih dini dibandingkan dengan USG Doppler.
- 3) **Biometri janin.** Pemeriksaan biometri janin diukur melalui USG. Bila hasil pemeriksaan biometri menunjukkan ukuran janin lebih kecil dari yang seharusnya, bisa menandakan adanya gangguan plasenta yang mendasari terjadinya gawat janin.

g. **Komplikasi**

Komplikasi yang dapat muncul jika janin mengalami gawat janin yaitu :

- 1) **Asfiksia** yaitu suatu keadaan dimana bayi tidak dapat bernafas secara spontan dan teratur, sehingga dapat menurunkan O₂ dan

semakin meningkatkan CO₂ yang dapat menimbulkan akibat buruk dalam kehidupan selanjutnya (Sukarni, 2013)

- 2) Menyebabkan kematian janin jika tidak segera ditangani dengan baik.

h. Penatalaksanaan

1) Prinsip Umum :

- a) Bebaskan setiap kompresi tali pusat
- b) Perbaiki aliran darah uteroplasenta
- c) Menilai apakah persalinan dapat berlangsung normal atau kelahiran segera merupakan indikasi. Rencana kelahiran (pervaginam) didasarkan pada faktor-faktor etiologi, kondisi janin, riwayat obstetric pasien dan jalannya persalinan.

2) Penatalaksanaan Khusus:

- a) Posisikan ibu dalam keadaan miring sebagai usaha untuk memperbaiki aliran darah balik, curah jantung dan aliran darah uteroplasenta. Perubahan dalam posisi juga dapat membebaskan kompresi tali pusat.
- b) Oksigen diberikan melalui masker muka 6 liter permenit sebagai usaha untuk meningkatkan pergantian oksigen fetomaternal.
- c) Oksigen dihentikan, karena kontraksi uterus akan mengganggu curahan darah.

- d) Hipotensi dikoreksi dengan infus intravena dekstrose 5 % dalam larutan laktat. Transfusi darah dapat di indikasikan pada syok hemoragik.
- e) Pemeriksaan pervaginam menyingkirkan prolaps tali pusat dan menentukan perjalanan persalinan.
- f) Pengisapan mekonium dari jalan napas bayi baru lahir mengurangi risiko aspirasi mekonium. Segera setelah kepala bayi lahir, hidung dan mulut dibersihkan dari mekonium dengan kateter pengisap. Segera setelah kelahiran, pita suara harus dilihat dengan laringoskopi langsung sebagai usaha untuk menyingkirkan mekonium dengan pipa endotrakeal (Abdul Bari Saifuddin dkk, 2015).

8. Hubungan preeklamsia dengan *sectio caesarea*

Pada ibu hamil dengan preeklamsia sangat dianjurkan untuk tidak terlalu mendedan pada saat persalinan karena kondisi ini mampu memperburuk kondisi ibu dan janin, sehingga tindakan *sectio* merupakan salah satu alternatif baik untuk menghindari komplikasi yang dapat di timbulkan oleh preeklamsi (Prawirohardjo, 2016).

Pada kasus preeklamsia lumen arterior akan sedemikian keclinya sehingga hanya dilalui oleh satu sel darah merah. Sehingga tekanan yang meningkat tampaknya merupakan usaha mengatasikenaikan tahanan perifer agar oksigenisasi jaringan dapat dicukupi, kondisi ini membuat ibu dengan preeklamsi berbahaya bila saat melakukan persalinan dengan

tekanan edanan yang terlalu kuat dan sering, karena akan memaksa pembuluh darah yang kecil tadi membesar sehingga resiko pecahnya pembuluh darah masih sangat mungkin. Hal inilah yang menyebabkan tindakan operasi *sectio caesaria* menjadi salah satu pilihan aman bagi ibu dengan preeklamsia (Fauziah, 2015).

Penelitian yang dilakukan oleh Andayasari, dkk (2017) tentang proporsi seksio sesarea dan faktor yang berhubungan dengan *sectio caesarea* di RS Pemerintahan dan RS Swasta Jakarta. Didapatkan banyak proporsi pasien dengan tindakan *sectio caesarea* karena faktor preeklamsia atau eklamsi yaitu 95%.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Anisah dkk (2016) tentang pengalaman perempuan yang mengalami *sectio caesarea* atas indikasi preeklamsia berat di RSUD Prof. dr. Margono Soekarjo Purwokerto. Didapatkan hasil banyaknya ibu dengan indikasi preeklamsia yang melakukan persalinan dengan operasi *sectio caesarea*.

Penelitian yang dilakukan Gondo (2016) dengan judul fenomena sosial *sectio caesarea* di salah satu Rumah Sakit swasta Surabaya, yang menggambarkan tingginya angka kejadian caesarea di Rumah Sakit tersebut, yang diteliti adalah indikasi medis, yaitu preeklamsia, didapatkan sebesar 65,18% dari 3469 pasien dilakukan tindakan *sectio caesarea* dari 7062 persalinan yang ada.

Sedangkan menurut penelitian yang oleh Hikmah (2017) tentang hubungan kejadian preeklamsi dengan tindakan *sectio caesarea* di

Rumah Sakit Umum Daerah Ambarawa. Didapatkan hasil adanya hubungan kejadian preeklamsia dengan tindakan *sectio caesarea* di Rumah Sakit Umum Daerah Ambarawa.

Preeklamsia dan eklamsia merupakan salah satu komplikasi kehamilan yang disebabkan langsung oleh kehamilan itu sendiri terjadinya masih belum jelas. Perlu ditekankan, syndrome preeklamsia dengan hipertensi, edema dan proteinuria sering tidak diperhatikan oleh wanita bersangkutan sehingga tanpa disadari dalam waktu yang singkat, akan muncul preeklamsia berat bahkan eklamsia (Cunningham, 2014).

9. Hubungan malpresentasi dengan *sectio caesarea*

Janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding syaraf rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram. *Sectio caesarea* adalah suatu tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat di atas 500 gram melalui sayatan pada dinding uterus. Letak lintang adalah suatu keadaan dimana janin melintang didalam uterus dengan kepala pada sisi yang satu, sedangkan bokong berada pada sisi yang lain (Mochtar, 2015).

Sedangkan penelitian menurut Zanah (2016) tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan persalinan *sectio caesarea* di RSUD Panembahan Senopati Bantul. Didapatkan hasil tidak ada hubungan antara kelainan letak atau malpresentasi dengan persalinan *sectio caesarea* di RSUD Panembahan Senopati Bantul dengan nilai $p=0,834$.

Penelitian menurut Wulandari, (2016) hubungan beberapa faktor medis dengan jenis persalinan di RSUD dr. Soehadi Prijonagoro Sragen. Didapatkan hasil adanya hubungan antara kelainan letak janin dengan persalinan *sectio caesarea* di RSUD dr. Soehadi Prijonagoro Sragen.

Sectio Caesarea disebabkan karena beberapa faktor, salah satu diantaranya adalah letak sungsang. Letak sungsang merupakan keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala di fundus uteri dan bokong berada di bagian bawah kavum uteri. Dalam keadaan letak sungsang dalam ibu hamil memiliki indikasi untuk melakukan persalinan *sectio caesarea*. Dikarenakan Letak sungsang akan mengakibatkan resiko kematian janin apabila tidak ditangani dengan benar (Winkjosastro, 2016).

10. Hubungan Kala II lama dengan *sectio caesarea*

Kala II lama merupakan fase dan suatu partus yang macet dan berlangsung terlalu lama sehingga menimbulkan gejala-gejala seperti dehidrasi, infeksi, kelelahan, serta asfiksia dan kematian dalam kandungan untuk menghindari terjadinya komplikasi karena kala II lama maka tindakan pembedahan *sectio caesarea* sangat dibutuhkan I (Mochtar, 2015).

Partus tak maju adalah fase laten lebih dari 8 jam. Persalinan telah berlangsung 12 jam atau lebih, bayi belum lahir. Dilatasi serviks di kanan garis waspada persalinan fase aktif, kondisi ini dapat menimbulkan ibu kehabisan tenaga serta bila ketuban sudah pecah dan semakin sedikit

akan berakibat anak meminum air ketuban sehingga diperlukannya tindakan pertolongan segera seperti *sectio caesarea* (Prawirohardjo, 2016).

Sectio caesarea dapat disebabkan karena beberapa faktor, salah satu diantaranya adalah partus tak maju, partus tak maju merupakan fase dari suatu partus yang macet dan berlangsung terlalu lama sehingga menimbulkan gejala-gejala seperti dehidrasi, infeksi, kelelahan, serta asfiksia dan kematian dalam kandungan. Dalam keadaan partus tak maju dalam ibu hamil memiliki indikasi untuk melakukan persalinan *sectio*. Dikarenakan partus tak maju akan mengakibatkan resiko kematian janin apabila tidak ditangani dengan benar (Mulyawati, 2016).

Sedangkan menurut penelitian Aprina, (2016) tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan persalinan *sectio caesarea* RSUD dr. H Abdul Moeloek Provinsi Lampung. Didapatkan hasil adanya hubungan antara partus lamakala II lama dengan persalinan *sectio* RSUD dr. H Abdul Moeloek Provinsi Lampung.

11. Hubungan Ketuban Pecah Dini (KPD) dengan *sectio caesarea*

Ketuban Pecah Dini merupakan komplikasi yang berhubungan dengan kehamilan kurang bulan dan mempunyai kontribusi yang besar pada angka kematian perinatal pada bayi yang kurang bulan. Pengelolaan KPD pada kehamilan kurang dari 34 minggu sangat kompleks, bertujuan untuk menghilangkan kemungkinan terjadinya prematuritas dan RDS (*Respiration Distress Syndrome*). Komplikasi paling sering terjadi pada

ketuban pecah dini sebelum usia kehamilan 37 minggu adalah sindrom distress pernafasan (RDS). Ketuban Pecah Dini mengakibatkan terjadinya oligohidramnion, kondisi ini akan mempengaruhi janin karena sedikitnya volume air ketuban akan menyebabkan tali pusat tertekan oleh bagian tubuh janin akibatnya aliran darah dari ibu ke janin berkurang sehingga bayi mengalami hipoksia atau gangguan pertukaran oksigen hingga fetal distress dan berlanjut menjadi asfiksia pada bayi baru lahir

Mekanisme ketuban pecah dini ini terjadi karena pembukaan prematur servik dan membran terkait dengan pembukaan terjadi devolarisasi dan nekrosis serta dapat di ikuti pecah spontan jaringan ikat yang menyangga membran ketuban, dipercepat dengan infeksi yang mengeluarkan enzim proteolitik, enzim kolagenase. Berdasarkan hasil penelitian menyatakan bahwa ketuban pecah dini merupakan salah satu faktor penyebab asfiksia dan infeksi. Hipoksia pada janin yang menyebabkan asfiksia pada bayi baru lahir terjadi karena gangguan pertukaran gas transport gas oksigen dari ibu ke janin sehingga terdapat gangguan dalam persediaan oksigen dan dalam menghilangkan karbondioksida (Prawirohardjo, 2015).

Penelitian yang dilakukan oleh Martha Friska (2017) tentang proporsi sectio caesarea dan faktor yang berhubungan dengan kejadian ketuban pecah dini diketahui bahwa paritas ibu bersalin terbanyak adalah multipara sebanyak 38 orang (50,7%) sedangkan ibu yang primigravida sebanyak 13 orang (28,9%).

Menurut penelitian Dr. Andok Hestiantoro SpOG (K) dari RSCM, peningkatan resiko akibat persalinan dengan bedah caesar tidak hanya terjadi pada ibu, namun juga terjadi peningkatan resiko bagi bayi yang baru lahir terkait dengan cara persalinan caesar.

12. Hubungan Gawat Janin dengan sectio caesarea

*Gawat janin atau fetal distress adalah kondisi yang menandakan bahwa janin kekurangan oksigen selama masa kehamilan atau saat persalinan. Kondisi ini dapat dirasakan ibu hamil dari gerakan janin yang berkurang. Gawat janin merupakan salah satu indikasi yang banyak di temui pada ibu dengan persalinan *sectio caesarea*, ibu dengan gawat janin tidak dapat melakukan partus normal karena akan membahayakan keselamatan ibu dan bayi. Kondisi ini bisa terjadi sebelum persalinan (antepartum period) maupun selama proses persalinan (intrapartum period).*

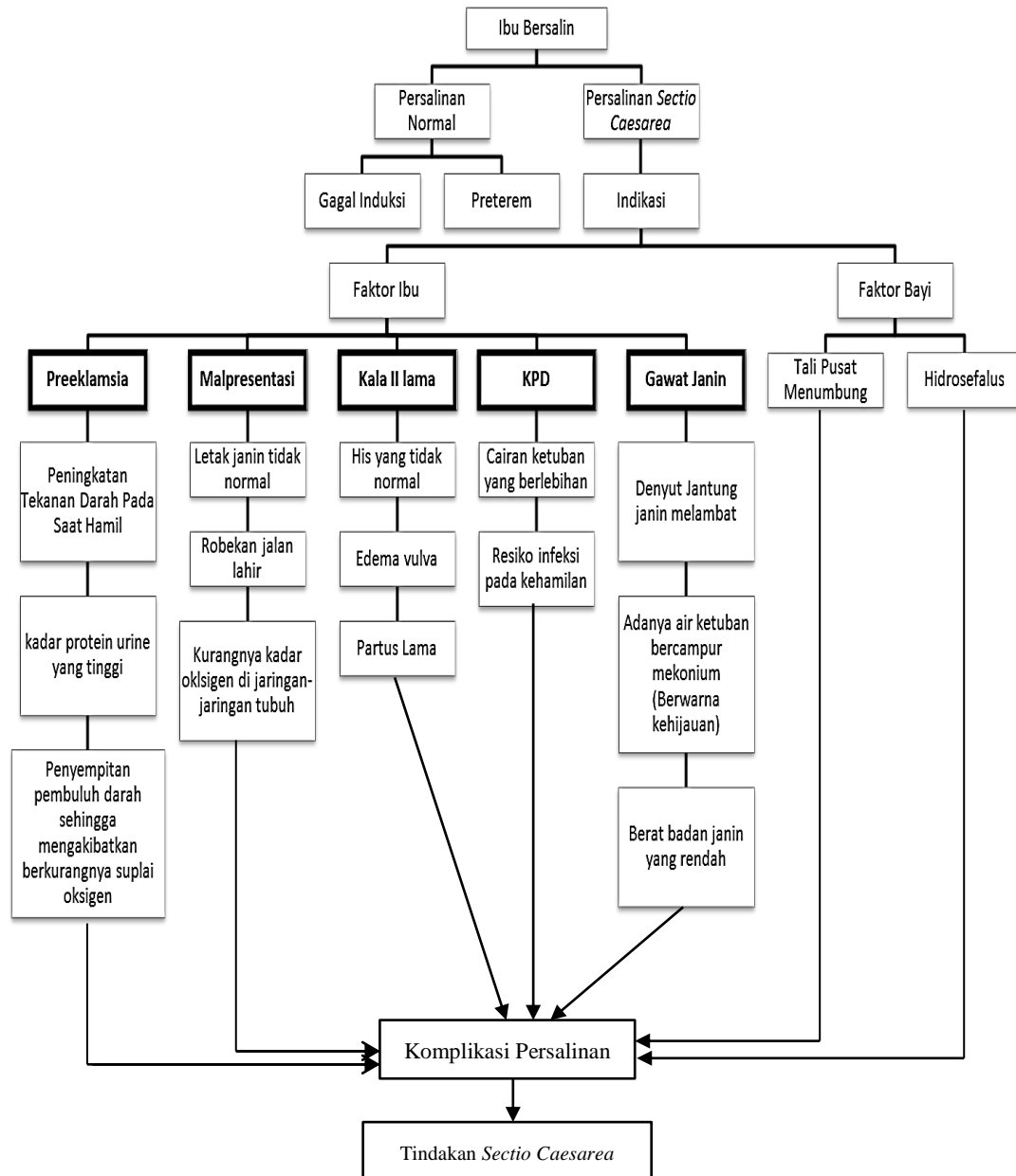
Gawat janin merupakan kondisi gawat darurat yang dapat membahayakan nyawa janin sehingga membutuhkan penanganan segera. Hal tersebut sesuai dengan teori Nugroho (2010) yang menyatakan bahwa, jika serviks tidak berdilatasi penuh dan kepala janin berada lebih dari 1/5 di atas simfisis pubis atau bagian teratas tulang kepala janin berada di atas stasion 0, lakukan persalinan dengan *sectio caesarea*.

Hasil penelitian yang dilakukan Mindarsih (2015) di RS Panembahan Senopati Bantul yang menunjukkan proporsi gawat janin pada persalinan *sectio caesarea* sebesar 22,11%. Namun relatif sama

dengan penelitian di RSUD Dr. Soedarso Pontianak pada tahun 2010 yang menunjukkan proporsi gawat janin dalam tindakan *sectio caesarea* sebesar 13,77%. Gawat janin pada persalinan merupakan suatu keadaan yang serius yang mengancam kesehatan janin.

B. Kerangka Teori

Bagan 1
Kerangka Teori

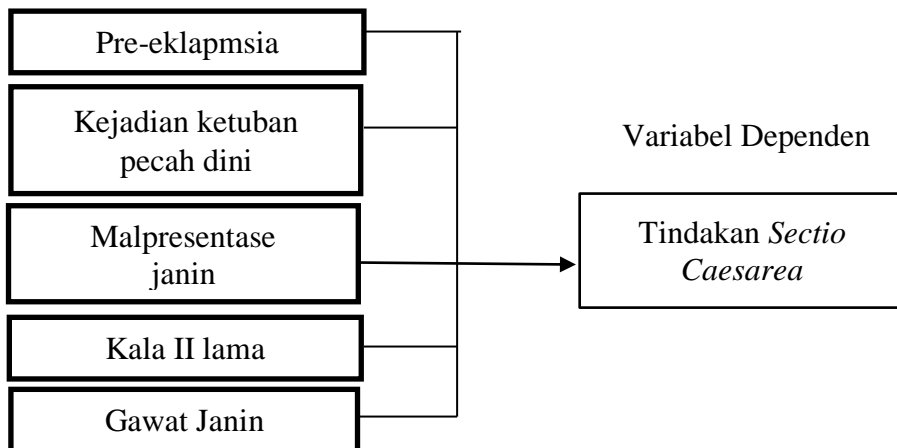


Sumber : Purwoastuti (2016), Suryani (2017), Manuaba (2010)

C. Kerangka Konsep

Bagan 2.
Kerangka Konsep

Variabel Independen



D. Hipotesis

H_{01} : tidak ada hubungan preeklamsia, malpresentasi, kala II lama, ketuban pecah dini dan gawat janin dengan *sectio caesarea* pada ibu bersalin di RSUD Arga Makmur Tahun 2019

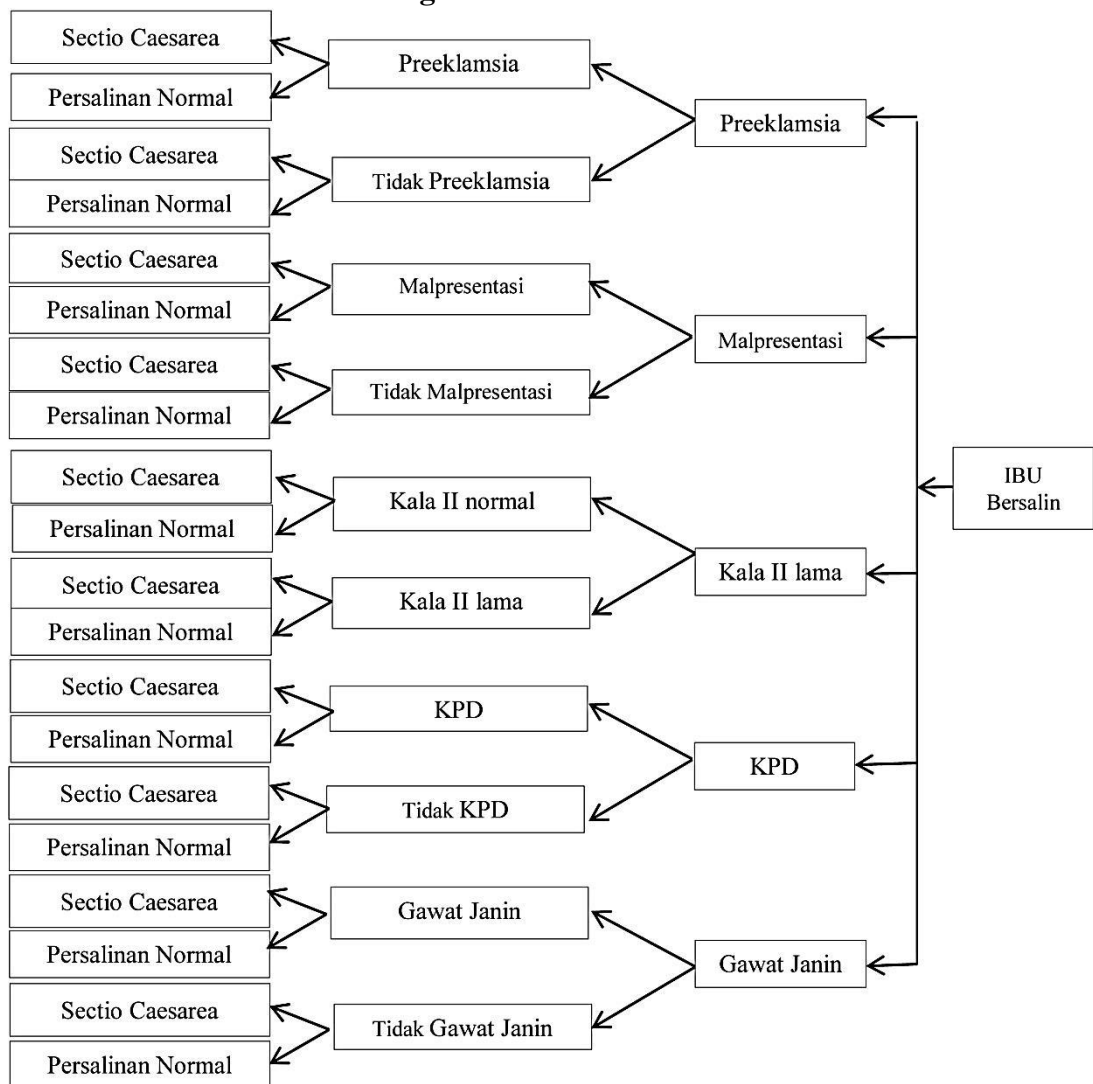
H_{a1} : ada hubungan preeklamsia, malpresentasi, kala II lama, ketuban pecah dini dan gawat janin dengan *sectio caesarea* pada ibu bersalin di RSUD Arga Makmur Tahun 2019

BAB III METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah survey analitik dengan metode *Case Control* yaitu dengan membandingkan antara kelompok kasus dan kelompok kontrol dengan variabel independent (preeklamsia, malpresentasi dan kala II lama) dan variabel dependen (*sectio caesarea*) Ruang Kebidanan RSUD Arga Makmur.

Bagan 3. Desain Penelitian



Sumber : Modifikasi Notoatmodjo (2012)

B. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi dari penelitian ini adalah seluruh ibu bersalin di Ruang Kebidanan RSUD Arga Makmur tahun 2019 sebanyak 1300 orang yang terdiri dari 992 orang dengan persalinan *sectio caesarea* dan 308 orang tidak persalinan *sectio caesarea*.

2. Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah

- a. Sampel kasus dalam penelitian ini adalah ibu bersalin dengan *sectio caesarea* atas indikasi komplikasi, diambil dengan menggunakan teknik random sampling yaitu pengambilan sampel dilakukan secara acak dengan rumus Stanley Lemeshow (1997), sebagai berikut:

$$n = \frac{(Z^2_{1-\alpha_2})^2 p (1-p) N}{d^2 (N-1) + (Z^2_{1-\alpha_2})^2 p (1-p)}$$

$$n = \frac{(1,96)^2 \times 0,5 (1-0,5) 1300}{(0,1)^2 (1300-1) + (1,96)^2 \times 0,5 (1-0,5)}$$

$$n = \frac{3,84 \times 0,5 (0,5) 1300}{0,01 \times 1299 + 3,84 \times 0,5 (0,5)}$$

$$n = \frac{3,84 \times 0,25 \times 1300}{12,99 + 0,96}$$

$$n = \frac{3,84 \times 325}{13,95}$$

$$n = \frac{1248}{13,95} = 89,46 \longrightarrow 90.$$

Keterangan:

n: jumlah sampel minimal yang diperlukan

N: jumlah populasi

Z: derajat kepercayaan 95% (1,96)

d: presisi 10% (0,1)

p: proporsi 50% (0,5)

Berdasarkan hasil perhitungan sampel di atas diperoleh sampel penelitian sebesar $n = 90$. Untuk mengantisipasi kemungkinan responden *drop-out* maka peneliti menambah jumlah responden sebesar 10% dari jumlah sampel hasil perhitungan agar besarnya sampel tetap terpenuhi. Sehingga sampel dalam penelitian ini sebanyak 99 pasien.

- b. Sampel kontrol dalam penelitian ini adalah ibu bersalin yang tidak *sectio caesarea* dengan perbandingan 1:1 dengan sampel kasus sehingga sampel kontrol sejumlah 99. Sehingga didapatkan jumlah total sampel adalah 198 orang.

Tabel 2. Pengambilan Sampel Kontrol

No	Bulan	Pengambilan	Sampel
1.	Januari	$\frac{30}{308} \times 99$	9
2.	Februari	$\frac{26}{308} \times 99$	8
3.	Maret	$\frac{28}{308} \times 99$	9
4.	April	$\frac{28}{308} \times 99$	9
5.	Mei	$\frac{26}{308} \times 99$	8
6.	Juni	$\frac{18}{308} \times 99$	6
7.	Juli	$\frac{26}{308} \times 99$	8
8.	Agustus	$\frac{30}{308} \times 99$	9
9.	September	$\frac{28}{308} \times 99$	9
10.	Oktober	$\frac{18}{308} \times 99$	6
11.	November	$\frac{30}{308} \times 99$	9
12.	Desember	$\frac{28}{308} \times 99$	9
		Jumlah Sampel Kasus	99

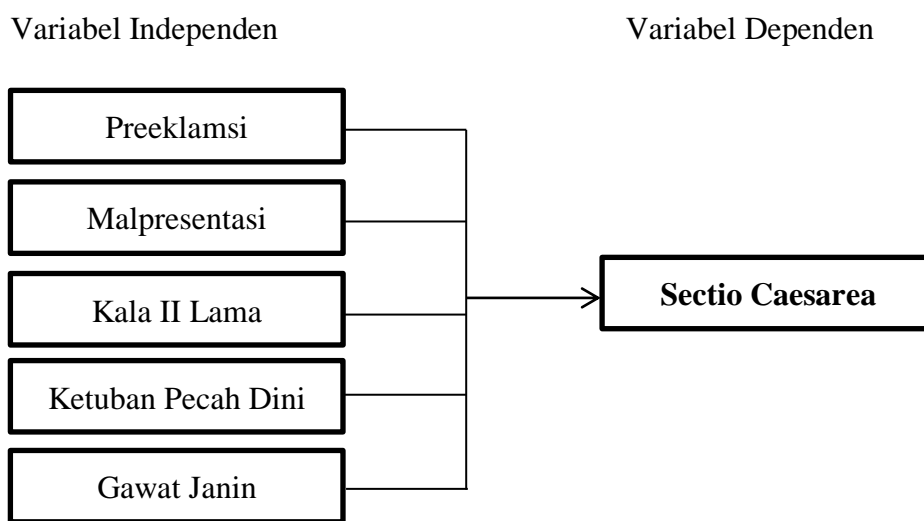
Tabel 3. Pengambilan Sampel Kasus

No	Bulan	Pengambilan	Sampel
1.	Januari	$\frac{96}{992} \times 99$	10
2.	Februari	$\frac{91}{992} \times 99$	9
3.	Maret	$\frac{83}{992} \times 99$	8
4.	April	$\frac{61}{992} \times 99$	6
5.	Mei	$\frac{61}{992} \times 99$	6
6.	Juni	$\frac{83}{992} \times 99$	8
7.	Juli	$\frac{91}{992} \times 99$	9
8.	Agustus	$\frac{96}{992} \times 99$	10
9.	September	$\frac{91}{992} \times 99$	9
10.	Oktober	$\frac{61}{992} \times 99$	6
11.	November	$\frac{96}{992} \times 99$	10
12.	Desember	$\frac{83}{992} \times 99$	8
		Jumlah Sampel Kasus	99

C. Variabel Penelitian

Variabel penelitian ini meliputi variabel dependen dan variabel independen, untuk lebih jelasnya digambarkan sebagai berikut:

Bagan 4.
Variabel Penelitian



D. Definisi Operasional

Tabel 4.
Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Kategori	Skala
1.	Preeklamsia	Peningkatan tekanan darah saat kehamilan 20 minggu atau lebih yang disertai proteinuria dan oedema. Tekanan darah sekitar 140/90 mmHg atau lebih yang tercatat di buku register.	<i>Check list</i>	Mengisi lembar <i>check list</i>	0: Preeklampsia 1: Tidak preeklampsia	Nominal
2.	Malpresentasi	Letak janin tidak normal, kepalaberada di fundus dan bokong berada di bagian bawah (letak lintang dan letak sungsang) yang tercatat di buku register	<i>Check list</i>	Mengisi lembar <i>check list</i>	0 : Malpresentasi 1 : Tidak, malpresentasi	Nominal
3.	Kala II Lama	Persalinan kala II pada multi > 1 jam dan pada primi > 2 jam yang tercatat di buku register	<i>Check list</i>	Mengisi lembar <i>check list</i>	0 : Kala II Lama 1 : Tidak Kala II Lama	Nominal

4.	Ketuban Pecah Dini (KPD)	Pecahnya ketuban sebelum ada tanda-tanda persalinan, pada pembukaan <4 cm yang tercatat di buku register	<i>Check list</i>	Mengisi lembar <i>check list</i>	0: Ketuban Pecah dini 1 : Tidak Ketuban Pecah dini	Nominal
5.	Gawat Janin	Frekuensi bunyi jantung janin kurang dari 100 x/menit atau lebih dari 99 x/menit dan air ketuban hijau kental yang tercatat di buku register	<i>Check list</i>	Mengisi lembar <i>check list</i>	0: Gawat Janin 1: Tidak Gawat Janin	Nominal
6.	Sectio Caesarea	Tindakan persalinan yang dilakukan secara pembedahan abdominal yang tercatat di buku register	<i>Check list</i>	Mengisi lembar <i>check list</i>	0: <i>Sectio caesarea</i> 1: Tidak <i>Sectio caesarea</i>	Nominal

E. Teknik Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data yang dilakukan oleh peneliti adalah sebagai berikut:

1. Peneliti mengajukan surat permohonan ijin untuk pengambilan data studi pendahuluan di RSUD Arga Makmur.
2. Peneliti memberikan surat ijin pengambilan data studi pendahuluan ke bagian rekam medik di RSUD Arga Makmur.
3. Peneliti mengidentifikasi data responden sesuai dengan data operasional.
4. Peneliti mengumpulkan data-data responden meliputi preeklamsia, malpresentasi, kala II lama, ketuban pecah dini dan gawat janin.

F. Instrumen / Alat Penelitian dan Jenis Data

1. Instrumen atau alat penelitian

Instrumen atau alat penelitian yang digunakan adalah format pengumpulan data hasil register ibu tahun 2019.

2. Jenis Data

Jenis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder yaitu data yang diperoleh secara langsung dari responden melainkan data yang diperoleh peneliti dari catatan rekam medik di Rumah Sakit Umum Arga Makmur pada bulan Januari s.d Desember 2019.

G. Teknik Pengolahan Data dan Analisa Data

Peneliti melakukan beberapa tahap dalam pengolahan data yang meliputi data *coding*, data *entering*, data *cleaning*, data *output* dan data *analyzing*.

1. *Coding*

Coding merupakan suatu proses penyusunan secara sistematis data mentah ke dalam bentuk yang mudah dibaca untuk pengolahan data.

2. *Entering*

Entering adalah memindahkan data yang telah diubah menjadi kode ke dalam mesin pengolah data. Program komputer yang dipakai dalam pengolahan data statistik.

Data dari checklist direkap dan dimasukkan ke dalam tabulasi excel yang kemudian dikelompokkan berdasar kategori yang sudah dibuat sesuai dengan definisi operasional. Masing-masing kategori diberi coding.

3. *Cleaning*

Peneliti memastikan bahwa seluruh data yang telah dimasukkan ke dalam mesin pengolah data sudah sesuai dengan sebenarnya.

4. *Output*

Output merupakan hasil pengolahan data. Hasil pengolahan data disesuaikan dalam bentuk angka dan tabel / grafik.

5. *Analyzing*

Analisa data merupakan suatu proses lanjut dari proses pengolahan data untuk melihat bagaimana interpretasi hasil pengolahan tersebut. Analisa data dilakukan setelah semua data terkumpul melalui beberapa tahap ditandai dengan *editing* untuk memeriksa kelengkapan identitas responden, kemudian data diberi *coding* untuk memudahkan peneliti

dalam melakukan analisa data. Selanjutnya *entry* data dalam komputer dan dilakukan pengolahan data dengan menggunakan teknik komputerisasi.

a. *Analisa Univariat*

Analisa univariat adalah analisa yang dilakukan untuk menganalisis tiap variabel dari hasil peneliiian. Analisa univariat berfungsi untuk meringkas kumpulan data tersebut berubah menjadi informasi yang berguna, yang berupa ukuran statistik, tabel grafik. Analisa univariat dilakukan masing-masing proporsinya dengan hasil presentase (Sugiyono, 2014).

b. *Analisa Bivariat*

Analisa bivariat yaitu analisis yang digunakan untuk melihat hubungan variabel independen (preeklamsia, malpresentasi, kala II lama, ketuban pecah dini dan gawat janin) dan variabel dependen (*sectio caesarea*) dengan cara analisis hubungan *corelasional* menggunakan *chi-square*, sedangkan untuk mengetahui keeratan hubungan dengan menggunakan uji statistik *Contingency Coefficient* (C). Untuk mengetahui faktor resiko menggunakan *Odd Ratio* (OR) (Sugiyono, 2014).

c. *Analisa Multivariat*

Analisa multivariat adalah suatu analisa yang melibatkan variabel dalam jumlah lebih dari satu atau sama dengan tiga variabel, dimana minimal ada satu variabel terikat dan lebih dari satu variabel bebas serta terdapat korelasi atau keterikatan antara satu variabel

dengan variabel lainnya (Sugiyono, 2014). Uji statistik yang digunakan untuk analisa multivariat ini adalah uji regresi logistik. Regresi Logistik adalah sebuah pendekatan untuk membuat model prediksi seperti halnya regresi linear atau yang biasa disebut dengan istilah *Ordinal Least Square (OLS) regression*. Pada regresi logistik peneliti memprediksi variabel terikat yang berskala dikotomi. Skala dikotomi yang dimaksud adalah skala data nominal dengan dua kategori, misalnya: ya dan tidak baik dan burukatau tinggi dan rendah.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Jalannya Penelitian

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian *sectio caesarea* pada ibu bersalin di RSUD Arga Makmur Tahun 2019. Tahap persiapan meliputi kegiatan penetapan judul, merumuskan masalah penelitian, menyiapkan instrument penelitian, ujian proposal, mendapatkan izin penelitian dari penguji dan pembimbing, serta mengurus surat izin penelitian. Selesai mendapatkan izin dari Kantor Kesbangpol Bengkulu Utara, izin dari ruang rekam medis, izin dari ruang keperawatan dan ruang kebidanan RSUD Arga Makmur, peneliti melakukan penelitian dan pengumpulan data. Pengumpulan data dilakukan pada tanggal 20 Desember 2020 sampai tanggal 3 Januari tahun 2021 yang diambil dari register di ruang kebidanan RSUD Arga Makmur.

Kegiatan pertama yang dilakukan adalah mengumpulkan data sekunder. Sampel dalam penelitian ini berjumlah 198 sampel diambil dengan teknik *case control* yaitu dengan perbandingan 1:1 yaitu 99 kelompok kontrol dan 99 kelompok kasus diambil dengan teknik *systematic random sampling* pada kelompok kasus dengan interval 10 dan pada kelompok kontrol dengan interval 3. Tahap selanjutnya peneliti kemudian memilih responden berdasarkan kriteria yang telah ditentukan, selanjutnya peneliti mencatat register yang ada baik pada responden pada kelompok kasus maupun pada kontrol. Setelah mendapatkan semua sampel, selanjutnya hasil tersebut dimasukkan dan diolah dengan master tabel agar mudah bagi peneliti untuk

melakukan analisis data. Setelah itu, data yang diperoleh dapat diolah dengan menggunakan system komputerisasi, selanjutnya dianalisis dengan menggunakan analisis *univariat*, *bivariat* dan *multivariat*.

B. Hasil Penelitian

1. Analisis Univariat.

Analisis univariat pada penelitian ini untuk melihat distribusi frekuensi variabel penelitian yaitu distribusi frekuensi preeklamsia, malpresentasi, kala II lama, ketuban pecah dini, gawat janin dan tindakan *sectio caesarea* pada ibu bersalin di RSUD Arga Makmur Tahun 2019 yang dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5
Distribusi Frekuensi Preeklamsia, Malpresentasi, Kala II Lama,
Ketuban Pecah Dini, Gawat Janin Dan Tindakan
***Sectio Caesarea* Pada Ibu Bersalin**
di RSUD Arga Makmur
Tahun 2019

Variabel	F	%
<i>Sectio Caesarea</i>		
SC	99	50.0
Tidak SC	99	50.0
Preeklamsia		
Preeklamsia	31	15,7
Tidak Preeklamsia	167	84,3
Malpresentasi		
Malpresentasi	8	4.0
Tidak Malpresentasi	190	96.0
Kala II Lama		
Kala II Lama	32	16.2
Tidak ada Kala II Lama	166	83.8
Ketuban Pecah Dini		
Ketuban Pecah Dini	34	17.2
Tidak Ketuban Pecah Dini	164	82.8
Gawat Janin		
Gawat Janin	11	5.6
Tidak gawat janin	187	94.4

Berdasarkan tabel 4.1 diketahui bahwa distribusi subjek pada kelompok kasus dan kontrol berdasarkan preeklamsia, malpresentasi, kala II

lama, ketuban pecah dini, gawat janin dan tindakan *sectio caesarea* menunjukkan bahwa sebagian kecil responden (15,7%), mengalami preeklamsia, sebagian kecil responden (4,0%), mengalami malpresentasi, sebagian kecil responden (16.2%), mengalami kala II lama, sebagian kecil responden (17.2%), mengalami ketuban pecah dini dan sebagian kecil responden (5,6%), mengalami gawat janin.

2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat pada penelitian ini untuk melihat hubungan variabel penelitian independen dan variabel dependen meliputi hubungan preeklamsia, malpresentasi, kala II lama, ketuban pecah dini dan gawat janin dengan *sectio caesarea* pada ibu bersalin di RSUD Arga Makmur Tahun 2019 yang dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 6
Hubungan Preeklamsia dengan *Sectio Caesarea* Pada Ibu Bersalin di RSUD Arga Makmur Tahun 2019

Variabel	Persalinan				Total	<i>p</i> Value	OR (95% CI)
	SC		Normal				
	n	%	n	%	n	%	
Preeklamsia	28	28.3	3	3.0	31	15.7	12.620
Tidak Preeklamsia	71	71.7	96	97.0	167	84.3	(3.690-43.156)
Total	99	100	99	100	198	100	

Berdasarkan tabel 4.2 diketahui bahwa dari 99 responden yang menjalani persalinan *sectio caesarea* terdapat 28 (28,3%) responden dengan riwayat preeklamsia dan dari 99 responden yang menjalani persalinan normal terdapat 3 (3,0%), responden yang mempunyai riwayat preeklamsia. Hasil analisis *chi-square* menunjukkan bahwa nilai $p=0,000$

lebih kecil dari nilai alpha 0,000 artinya adahubungan preeklamsia dengan *sectio caesarea* pada ibu bersalin di RSUD Arga Makmur tahun 2019.

Hasil analisis nilai *Odds Ratio* (OR) sebesar 12.620 artinya ibu hamil yang mempunyai riwayat preeklamsia akan beresiko mengalami persalinan *sectio caesarease* sebesar 12.620 kali dibandingkan dengan ibu hamil yang tidak mempunyai riwayat preeklamsia.

Tabel 7
Hubungan Malpresentasi dengan *Sectio Caesarea* Pada Ibu Bersalin di RSUD Arga Makmur Tahun 2019

Variabel	Persalinan				Total	<i>P Value</i>	OR (95% CI)
	SC		Normal				
Malpresentasi	n	%	n	%	n	%	
Malpresentasi	7	7.1	1	1.0	8	4.0	
Tidak Malpresentasi	92	92.9	98	99.0	190	96.0	7.457 (0.900-61.782)
Total	99	100	99	100	198	100	

Berdasarkan tabel 4.3 diketahui bahwa dari 99 responden yang menjalani persalinan *sectio caesarea* terdapat 7 (7,1%) responden dengan riwayat malpresentasi dan dari 99 responden yang menjalani persalinan normal terdapat 1 (1,0%), responden yang mempunyai riwayat malpresentasi. Hasil analisis *chi-square* menunjukkan bahwa nilai $p=0,065$ lebih besar dari nilai alpa 0,05 artinya tidak ada hubungan malpresentasi dengan *sectio caesarea* pada ibu bersalin di RSUD Arga Makmur tahun 2019. Hasil analisis nilai *Odds Ratio* (OR) sebesar 7.457 artinya ibu hamil yang mempunyai riwayat malpresentasi akan beresiko mengalami persalinan *sectio caesarea* sebesar 7.457 kali dibandingkan dengan ibu hamil yang tidak mempunyai riwayat malpresentasi.

Tabel 8
Hubungan Kala II Lama dengan *Sectio Caesarea* Pada Ibu Bersalin di RSUD Arga Makmur Tahun 2019

Variabel	Persalinan				Total	<i>P Value</i>	OR (95% CI)
	SC		Normal				
Kala II Lama	n	%	n	%	n	%	
Kala II Lama	24	24.2	8	8.1	32	16.2	0,004 3.640 (1.546-8.57)
Tidak Kala II Lama	75	75.8	91	91.9	166	83.8	
Total	99	100	99	100	198	100	

Berdasarkan tabel 4.4 diketahui bahwa dari 99 responden yang menjalani persalinan *sectio caesarea* terdapat 24 (24,2%) responden dengan riwayat kala II lama dan dari 99 responden yang menjalani persalinan normal terdapat 8 (8,1%), responden yang mempunyai riwayat kala II lama. Hasil analisis *chi-square* menunjukkan bahwa nilai $p=0,004$ lebih kecil dari nilai alpha 0,05 artinya ada hubungan kala II lama dengan *sectio caesarea* pada ibu bersalin di RSUD Arga Makmur tahun 2019.

Hasil analisis nilai *Odds Ratio* (OR) sebesar 3.640 artinya ibu yang mempunyai riwayat kala II lama akan beresiko mengalami persalinan *sectio caesarea* sebesar 3.640 kali dibandingkan dengan ibu yang tidak mempunyai riwayat kala II lama.

Tabel 9
Hubungan Ketuban Pecah Dini dengan *Sectio Caesarea* Pada Ibu Bersalin di RSUD Arga Makmur Tahun 2019

Variabel	Persalinan				Total	<i>P Value</i>	OR (95% CI)
	SC		Normal				
	n	%	n	%			
Ketuban Pecah Dini							
KPD	31	31.3	3	3.0	34	17.2	14.588
Tidak KPD	68	68.7	96	97.0	164	82.8	(4.285-49.667)
Total	99	100	99	100	198	100	

Berdasarkan tabel 4.5 diketahui bahwa dari 99 responden yang menjalani persalinan *sectio caesarea* terdapat 31 (31,3%) responden dengan riwayat ketuban pecah dini dan dari 99 responden yang menjalani persalinan normal terdapat 3 (3,0%), responden yang mempunyai riwayat ketuban pecah dini. Hasil analisis *chi-square* menunjukkan bahwa nilai $p=0,000$ lebih kecil dari nilai alpha 0,05 artinya ada hubungan ketuban pecah dini dengan *sectio caesarea* pada ibu bersalin di RSUD Arga Makmur tahun 2019.

Hasil analisis nilai *Odds Ratio* (OR) sebesar 14.588 artinya ibu hamil yang mempunyai riwayat ketuban pecah dini akan beresiko mengalami persalinan *sectio caesarea* sebesar 14.588 kali dibandingkan dengan ibu yang tidak mempunyai riwayat ketuban pecah dini.

Tabel 10
Hubungan Gawat Janin dengan *Sectio Caesarea* Pada Ibu Bersalin di RSUD Arga Makmur Tahun 2019

Variabel	Persalinan				Total	<i>P Value</i>	OR (95% CI)
	SC		Normal				
	n	%	n	%			
Gawat Janin							
Gawat Janin	9	9.1	2	2.0	11		4.85
Tidak Gawat Janin	90	90.9	97	98.0	187	0,058	(1.02-23.053)
Total	99	100	99	100	198	100	

Berdasarkan tabel 4.6 diketahui bahwa dari 99 responden yang menjalani persalinan *sectio caesarea* terdapat 9 (9,1%) responden dengan riwayat gawat janin dan dari 99 responden yang menjalani persalinan normal terdapat 2 (2,0%), responden yang mempunyai riwayat gawat janin. Hasil analisis *chi-square* menunjukkan bahwa nilai $p=0,058$ lebih besar dari nilai alpha 0,05 artinya tidak ada hubungan gawat janin dengan *sectio caesarea* pada ibu bersalin di RSUD Arga Makmur tahun 2019. Hasil analisis nilai *Odds Ratio* (OR) sebesar 4.85 artinya ibu hamil yang mengalami gawat janin akan beresiko mengalami persalinan *sectio caesarea* sebesar 4.85 kali dibandingkan dengan ibu hamil yang tidak mengalami gawat janin.

3. Analisis Multivariat

Analisis multivariat merupakan analisis lanjutan dari analisis univariat maupun bivariat ($p < 0,25$). Secara ilmiah untuk menjelaskan fenomena sosial perlu dilakukan percobaan dengan pengumpulan dan analisis data. Karena dalam data akan terdapat pengaruh beberapa variabel terhadap variabel lainnya dalam waktu yang bersamaan.

Pada penelitian ini yang bersifat *case control* atau *cross sectional*, interpretasi yang dilakukan hanya menjelaskan nilai OR (Exp B) pada masing-masing variabel. Untuk mengetahui variabel mana yang paling besar pengaruhnya terhadap variabel dependen, dilihat dari nilai Exp (B), semakin besar nilai Exp (B) berarti semakin besar pengaruhnya terhadap variabel dependen yang dianalisis pada penelitian ini terdapat 3 variabel yang dilakukan analisis multivariat yaitu preeklamsia, kala II lama dan

ketuban pecah dini. Sedangkan pada variabel malpresentasi dan gawat janin tidak diikuti sertakan dalam analisis multivariat karena tidak berhubungan. Hasil uji analisis dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 11
Hasil Analisis Multivariat Dengan Uji Regresi Logistik faktor yang paling berhubungan terhadap tindakan *sectio caesarea* pada ibu bersalin di RSUD Arga Makmur Tahun 2019

No	Faktor Resiko	β	P Value	OR	CI 95%
1	Preeklamsia	3.810	0.000	45.152	12.298-165.777
2	Kala II lama	2.667	0.000	14.401	5.527-37.526
3	Ketuban Pecah Dini	3.945	0.000	51.695	14.167-188.627

Dari tabel 4.7 diatas didapatkan bahwa variabel preeklamsia, kala II lama dan ketuban pecah dinimempunyai nilai $p=0,000$ lebih kecil dari nilai alpha 0,05 artinya preeklamsia, kala II lama dan ketuban pecah dini berhubungan dengan tidakan *sectio caesarea* pada ibu bersalin di RSUD Arga Makmur Tahun 2019. Sedangkan variabel yang dominan berhubungan dengan tindakan *sectio caesarea* adalah variabel ketuban pecah dini dimana hasil analisis didapatkan nilai p value $0,000 < 0,05$ dengan derajat odd ratio (OR) dari variabel olahraga 51.695 (95% CI: 14.167-188.627) paling tinggi diantara jika dibandingkan dengan nilai OR pada variabel preeklamsia dan kala II lama.

C. Pembahasan

1. Gambaran preeklamsi, malpresentasi, kala II lama, ketuban pecah dini, gawat janin dan tindakan *sectio caesarea* pada ibu bersalin di RSUD Arga Makmur Tahun 2019

Hasil penelitian menunjukkan bahwa distribusi subjek pada kelompok kasus dan kontrol berdasarkan preeklamsia, malpresentasi, kala II lama, ketuban pecah dini, gawat janin dan tindakan *sectio caesarea* menunjukkan bahwa sebagian kecil responden (15,7%), mengalami preeklamsia, sebagian kecil responden (4,0%), mengalami malpresentasi, sebagian kecil responden (16,2%), mengalami kala II lama, sebagian kecil responden (17,2%), mengalami ketuban pecah dini dan sebagian kecil responden (5,6%), mengalami gawat janin.

Hasil penelitian ini menggambarkan bahwa dari beberapa faktor yang mempengaruhi ibu dalam mengambil keputusan dalam tindakan *sectio caesarea* yang paling tinggi adalah ketuban pecah dini, selanjutnya ibu mengalami kala II lama dan ibu mengalami preeklamsia. Indikasi tersebut merupakan hal yang sering menjadi indikasi ibu dalam melakukan tindakan *sectio caesarea* karena dengan keadaan ketuban pecah dini, kala II lama dan preeklamsia dapat menjadi hambatan dalam proses persalinan dan resiko yang akan dialami ibu maupun janinnya sangat tinggi.

Menurut Suryani (2017), beberapa indikasi dilakukannya operasi *sectio caesarea* antara lain : Indikasi pada ibu, proses persalinan normal yang lama atau kegagalan proses persalinan normal (*dystosia*), detak jantung janin melambat, Ibu menderita herpes, putusnya tali pusat, resiko luka parah pada rahim, bayi besar, masalah plasenta seperti plasenta previa, pernah

mengalami masalah pada penyembuhan perineum, distosia, *sectio caesarea* berulang, presentasi bokong hipertensi akibat kehamilan (*pregnancy induced hypertension*). Indikasi pada janin, prolapsus funikuli (tali pusat menumbung), primigravida tua, kehamilan dengan diabetes mellitus, infeksi intra partum, kehamilan kembar, kehamilan dengan kelainan *congenital* dan *Anomaly* janin misalnya *hidrosefalus*.

Menurut Indriati (2016), tindakan *sectio caesarea* juga merupakan salah satu alternatif bagi seorang wanita dalam memilih proses persalinandi samping adanya indikasi medis dan indikasi nonmedis. Operasi *sectio caesarea* dengan indikasi medis antara lain adalah kontraktur panggul, riwayat *sectio caesarea*, ketidakseimbangan antara ukuran kepala dan panggul, gawat janin, letak sungsang, solusio plasenta, plasenta previa, panggul sempit, janin terlalu besar, perdarahan hebat, eklamsi (tekanan darah tinggi yang dapat menyebabkan terjadinya kekejangan) dan partus lama.

Ketuban Pecah Dini merupakan komplikasi yang berhubungan dengan kehamilan kurang bulan dan mempunyai kontribusi yang besar pada angka kematian perinatal pada bayi yang kurang bulan. Pengelolaan ketuban pecah dini pada kehamilan kurang dari 34 minggu sangat kompleks, bertujuan untuk menghilangkan kemungkinan terjadinya prematuritas dan RDS (*Respiration Distress Syndrome*). Komplikasi paling sering terjadi pada ketuban pecah dini sebelum usia kehamilan 37 minggu adalah sindrom distress pernafasan (RDS). Ketuban Pecah Dini mengakibatkan terjadinya oligohidramnion, kondisi ini akan mempengaruhi janin karena sedikitnya

volume air ketuban akan menyebabkan tali pusat tertekan oleh bagian tubuh janin akibatnya aliran darah dari ibu ke janin berkurang sehingga bayi mengalami hipoksia atau gangguan pertukaran oksigen hingga fetal distress dan berlanjut menjadi asfiksia pada bayi baru lahir (Prawirohardjo, 2015)

Mekanisme ketuban pecah dini ini terjadi karena pembukaan prematur servik dan membran terkait dengan pembukaan terjadi devolarisasi dan nekrosis serta dapat di ikuti pecah spontan jaringan ikat yang menyangga membran ketuban, dipercepat dengan infeksi yang mengeluarkan enzim proteolitik, enzim kolagenase. Berdasarkan hasil penelitian menyatakan bahwa ketuban pecah dini merupakan salah satu faktor penyebab asfiksia dan infeksi. Hipoksia pada janin yang menyebabkan asfiksia pada bayi baru lahir terjadi karena gangguan pertukaran gas transport gas oksigen dari ibu ke janin sehingga terdapat gangguan dalam persediaan oksigen dan dalam menghilangkan karbondioksida sehingga dalam penanganan persalinan dianjurkan ibu untuk melakukan tindakan *sectio caesarea* (Prawirohardjo, 2015).

2. Hubungan preeklamsia dengan tindakan *sectio caesarea* pada ibu bersalin di RSUD Arga Makmur Tahun 2019

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tabulasi silang diketahui bahwa dari 99 responden yang menjalani persalinan *sectio caesarea* terdapat 28 (28,3%) responden dengan riwayat preeklamsia dan dari 99 responden yang menjalani persalinan normal terdapat 3 (3,0%), responden yang mempunyai riwayat preeklamsia. Hasil analisis *chi-square* menunjukkan bahwa ada hubungan preeklamsia dengan tindakan *sectio caesarea* pada ibu bersalin di

RSUD Arga Makmur tahun 2019 ($p=0,000$). Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa ibu hamil yang mempunyai riwayat preeklamsia akan beresiko mengalami persalinan SC sebesar 12.620 dibandingkan dengan ibu hamil yang tidak mempunyai riwayat preeklamsia.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Penelitian yang dilakukan oleh Andayasari, dkk (2017) tentang proporsi *sectio caesarea* dan faktor yang berhubungan dengan *sectio caesarea* di RS Pemerintah dan RS Swasta Jakarta. Didapatkan banyak proporsi pasien dengan tindakan *sectio caesarea* karena faktor pre-eklamsi atau eklamsi yaitu 95%. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa ibu dengan indikasi hipertensi beresiko 7 kali lebih besar untuk dilakukan persalinan *sectio caesarea* secara emergensi dibandingkan dengan ibu tanpa hipertensi.

Hasil penelitian ini juga sejalan dengan penelitian Salamba (2016), di Rumah Sakit Umum Bahteramas yang menunjukkan bahwa ada hubungan preeklamsia berat/ eklamsia dengan kejadian *sectio caesarea* dengan p value = 0,000 dan OR = 5,778.

Penelitian yang dilakukan Gondo (2016) dengan judul fenomena sosial *sectio caesarea* di salah satu Rumah Sakit swasta Surabaya, yang menggambarkan tingginya angka kejadian *sectio caesarea* di Rumah Sakit tersebut, yang diteliti adalah indikasi medis, yaitu preeklamsia, didapatkan sebesar 65,18% dari 3469 pasien dilakukan tindakan *sectio caesarea* dari 7062 persalinan yang ada.

Sedangkan menurut penelitian yang oleh Hikmah (2017) tentang hubungan kejadian preeklamsi dengan tindakan *sectio caesarea* di Rumah

Sakit Umum Daerah Ambarawa. Didapatkan hasil adanya hubungan kejadian preeklamsi dengan tindakan *sectio caesarea* di Rumah Sakit Umum Daerah Ambarawa.

Pada kasus preeklamsia lumen arterior akan sedemikian keclinya sehingga hanya dilalui oleh satu sel darah merah. Sehingga tekanan yang meningkat tampaknya merupakan usaha mengatasikenaikan tahanan perifer agar oksigenisasi jaringan dapat dicukupi, kondisi ini membuat ibu dengan preeklamsi berbahaya bila saat melakukan persalinan dengan tekanan edanan yang terlalu kuat dan sering, karena akan memaksa pembuluh darah yang kecil tadi membesar sehingga resiko pecahnya pembuluh darah masih sangat mungkin. Hal inilah yang menyebabkan tindakan operasi *sectio caesarea* menjadi salah satu pilihan aman bagi ibu dengan preeklamsia (Fauziyah, 2015).

Berdasarkan hasil penelitian dan teori yang dijelaskan dapat disimpulkan bahwa ibu hamil dengan preeklamsia meningkatkan resiko terjadinya tindakan *sectio caesarea* oleh karena kondisi ini merupakan salah satu masalah kegawatdaruratan pada ibu hamil yang harus segera ditangani, mengingat resiko yang ditimbulkan dapat meningkatkan angka mortalitas dan morbiditas pada ibu dan perinatal.

3. Hubungan malpresentasi dengan tindakan *sectio caesarea* pada ibu bersalin di RSUD Arga Makmur tahun 2019

Hasil penelitian menunjukkan bahwa berdasarkan tabulasi silang diketahui bahwa dari 99 responden yang menjalani persalinan *sectio caesarea* terdapat 7 (7,1%) responden dengan riwayat malpresentasi dan

dari 99 responden yang menjalani persalinan normal terdapat 1 (1,0%), responden yang mempunyai riwayat malpresentasi. Hasil analisis *chi-square* menunjukkan tidak ada hubungan malpresentasi dengan *sectio caesarea* pada ibu bersalin di RSUD Arga Makmur tahun 2019. Hasil penelitian ini menunjukkan juga bahwa ibu hamil yang mempunyai riwayat malpresentasi akan beresiko mengalami persalinan *sectio caesarea* sebesar 7.457 kali dibandingkan dengan ibu hamil yang tidak mempunyai riwayat malpresentasi.

Tidak terdapatnya hubungan dalam penelitian ini dapat terjadi karena adanya faktor lain yang dapat mempengaruhi tindakan SC pada ibu hamil seperti, riwayat SC sebelumnya, indikasi KPD, preeklamsia dan faktor lainnya. Seperti hasil penelitian Zanah (2016), faktor-faktor yang berhubungan dengan persalinan *sectio caesarea* di RSUD Panembahan Senopati Bantul yang menunjukkan bahwa faktor-faktor yang berhubungan dengan SC diperoleh p-value 0.000, terdapat hubungan pada DKP, KPD, Kelainan kontraksi Rahim, Gawat janin, Plasenta previa, Riwayat SC dengan persalinan *section caesarea*.

Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian Zanah (2016) tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan persalinan *sectio caesarea* di RSUD Panembahan Senopati Bantul. Didapatkan hasil tidak ada hubungan antara kelainan letak atau malpresentasi dengan persalinan *sectio caesarea* di RSUD Panembahan Senopati Bantul dengan nilai $p=0,834$.

Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian Wulandari, (2016) hubungan beberapa faktor medis dengan jenis persalinan di RSUD dr.

Soehadi Prijonagoro Sragen. Didapatkan hasil adanya hubungan antara kelainan letak janin dengan persalinan *sectio caesarea* di RSUD dr. Soehadi Prijonagoro Sragen.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan pendapat Winkjosastro, (2016), *sectio Caesarea* disebabkan karena beberapa faktor, salah satu diantaranya adalah letak sungsang. Letak sungsang merupakan keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala di fundus uteri dan bokong berada di bagian bawah cavum uteri. Dalam keadaan letak sungsang dalam ibu hamil memiliki indikasi untuk melakukan persalinan *sectio caesarea*. Dikarenakan letak sungsang akan mengakibatkan resiko kematian janin apabila tidak ditangani dengan benar.

Janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding syaraf rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram. *Sectio caesarea* adalah suatu tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat di atas 500 gram melalui sayatan pada dinding uterus. Letak lintang adalah suatu keadaan dimana janin melintang didalam uterus dengan kepala pada sisi yang satu, sedangkan bokong berada pada sisi yang lain (Mochtar, 2015).

Berdasarkan hasil penelitian dan teori yang telah dikemukakan dapat dijelaskan bahwa walaupun secara uji statistik tidak terdapat hubungan namun berdasarkan hasil uji OR diketahui bahwa dengan malpresentasi akan meningkatkan resiko dilakukannya tindakan *sectio caesarea*, hal ini terjadi karena dengan malpresentasi akan menyulitkan bayi untuk dilahirkan secara normal melalui jalan lahir. Maka dari itu diperlukan upaya untuk dilakukan

tindakan sesuai dan tepat untuk proses persalinan yang aman salah satunya dengan tindakan operasi *sectio caesarea*.

4. Hubungan kala II lama dengan *sectio caesarea* pada ibu bersalin di RSUD Arga Makmur tahun 2019

Hasil tabulasi silang dari 99 responden yang menjalani persalinan *sectio caesarea* terdapat 24 (24,2%) responden dengan riwayat kala II lama dan dari 99 responden yang menjalani persalinan normal terdapat 8 (8,1%), responden yang mempunyai riwayat kala II lama. Hasil analisis *chi-square* menunjukkan bahwa ada hubungan kala II lama dengan *sectio caesarea* pada ibu bersalin di RSUD Arga Makmur tahun 2019 ($p=0,004$). Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa ibu yang mempunyai riwayat kala II lama akan beresiko mengalami persalinan *sectio caesarea* sebesar 3.640 kali dibandingkan dengan ibu yang tidak mempunyai riwayat kala II lama.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Aprina, (2016) tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan persalinan *sectio caesarea* RSUD dr. H Abdul Moeloek Provinsi Lampung. Didapatkan hasil adanya hubungan antara partus lama, kala II lama dengan persalinan *sectio caesarea* RSUD dr. H Abdul Moeloek Provinsi Lampung.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Esta (2017), tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan terjadinya persalinan *sectio caesarea* di RSUD Rantau prapat yang menunjukkan bahwa adanya hubungan yang signifikan antara partus lama ibu dengan kejadian persalinan *sectio caesarea*. Hal ini dapat dikatakan ibu hamil dengan partus lama lebih

berisiko mengalami persalinan *sectio caesarea* sebesar 1.474 kali dibandingkan ibu hamil dengan tidak partus lama.

Menurut Prawirohardjo (2016), partus tak maju adalah fase laten lebih dari 8 jam. Persalinan telah berlangsung 12 jam atau lebih, bayi belum lahir. Dilatasi serviks di kanan garis waspada persalinan fase aktif, kondisi ini dapat menimbulkan ibu kehabisan tenaga serta bila ketuban sudah pecah dan semakin sedikit akan berakibat anak meminum air ketuban sehingga diperlukannya tindakan pertolongan segera seperti *sectio caesarea*.

Sectio Caesarea dapat disebabkan karena beberapa faktor, salah satu diantaranya adalah partus tak maju, partus tak maju merupakan fase dari suatu partus yang macet dan berlangsung terlalu lama sehingga menimbulkan gejala-gejala seperti dehidrasi, infeksi, kelelahan, serta asfiksia dan kematian dalam kandungan. Dalam keadaan partus tak maju dalam ibu hamil memiliki indikasi untuk melakukan persalinan *sectio*. Dikarenakan partus tak maju akan mengakibatkan resiko kematian janin apabila tidak ditangani dengan benar (Mulyawati, 2016).

Berdasarkan hasil penelitian dan teori yang telah dikemukakan diatas dapat disimpulkan bahwa ibu hamil yang melakukan persalinan dengan kala II lama akan meningkatkan resiko tindakan persalinan dengan *sectio caesarea* hal ini terjadi karena persalinan yang berlangsung lebih dari 18-24 jam digolongkan sebagai persalinan lama. Permasalahan harus dikenali dan diatasi sebelum batas waktu tercapai. Sebagian besar partus lama menunjukkan pemanjangan kala satu. Penelitian ini sesuai dengan prinsip penanganan persalinan lama adalah menilai keadaan umum wanita tersebut

termasuk tanda vital dan tingkat hidrasinya, periksa denyut jantung janin jika terdapat gawat janin lakukan *sectio caesarea*, kecuali jika syarat – syaratnya dipenuhi, lakukan ekstraksi vakum atau forceps. Persalinan yang aman adalah hal yang penting dalam upaya meningkatkan kesejahteraan ibu dan bayi oleh karena partus lama dapat memberikan dampak yang berbahaya baik bagi ibu maupun janin, resiko tersebut naik dengan cepat setelah waktu 24 jam. Terjadi kenaikan atonia uteri, laserasi, perdarahan, infeksi, kelelahan ibu dan syok. Pada janin akan memberikan bahaya meningkatnya mortalitas dan morbiditas oleh karen asfiksia, trauma kepala akibat penekanan kepala janin hal inilah yang meningkatkan resiko persalinan dengan *sectio caesarea* menjadi pilihan.

5. Hubungan ketuban pecah dini dengan *sectio caesarea* pada ibu bersalin di RSUD Arga Makmur tahun 2019

Hasil tabulasi silang diketahui bahwa dari 99 responden yang menjalani persalinan *sectio caesarea* terdapat 31 (31,3%) responden dengan riwayat ketuban pecah dini dan dari 99 responden yang menjalani persalinan normal terdapat 3 (3,0%), responden yang mempunyai riwayat ketuban pecah dini. Hasil analisis *chi-square* menunjukkan bahwa ada hubungan ketuban pecah dini dengan *sectio caesarea* pada ibu bersalin di RSUD Arga Makmur tahun 2019 ($p=0,000$). Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa ibu hamil yang mempunyai riwayat ketuban pecah dini akan beresiko mengalami persalinan *sectio caesarea* sebesar 14.588 kali dibandingkan dengan ibu yang tidak mempunyai riwayat ketuban pecah dini.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Setiana (2019), tentang hubungan kelainan letak janin preeklamsia, ketuban pecah dini dengan persalinan *sectio caesarea* yang menunjukkan bahwa ada hubungan ketuban pecah dini dengan persalinan *sectio caesarea*. Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa responden yang mengalami ketuban pecah dini memiliki risiko 7,583 atau 7 kali mengalami *sectio caesarea* dibandingkan dengan responden yang tidak mengalami ketuban pecah dini.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Salamba (2017), yang menunjukkan bahwa Ada hubungan ketuban pecah dini dengan kejadian *sectio caesarea* dengan p value = 0,000 dan OR = 5,914

Penelitian Esta (2017), tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan terjadinya persalinan *sectio caesarea* di RSUD Rantaupraptadanya hubungan yang signifikan antara ketuban pecah dini ibu dengan kejadian persalinan *sectio caesarea*. Hal ini dapat dikatakan ibu hamil dengan ketuban pecah dini lebih beresiko mengalami persalinan *sectio caesarea* sebesar 1,352 kali dibandingkan ibu hamil dengan tidak ketuban pecah dini.

Menurut Rukiyah, (2015), ketuban Pecah Dini merupakan masalah penting dalam obstetrik berkaitan dengan persalinan prematur dan terjadinya infeksi khorioamnionitis (radang pada khorion dan amnion). Selain itu juga terjadinya infeksi puerperalis (nifas) akibat luka jalan lahir pasca persalinan yang terdiri dari infeksi yang bersifat ringan, sedang dan berat. Jika tidak segera dilakukan tindakan maka kemungkinan besar akan terjadi sepsis yang ditandai dengan peradangan akut di seluruh tubuh, demam, peningkatan

leukosit dan denyut jantung yang cepat. Penyebab sebagian besar gejala sepsis berakibat pada kerusakan organ serta pembuluh darah, dengan perawatan segera pun mungkin akan berkembang menjadi sindrom disfungsi organ multipel dan akhirnya menyebabkan kematian.

Mekanisme ketuban pecah dini ini terjadi karena pembukaan prematur servik dan membran terkait dengan pembukaan terjadi devolarisasi dan nekrosis serta dapat di ikuti pecah spontan jaringan ikat yang menyangga membran ketuban, dipercepat dengan infeksi yang mengeluarkan enzim proteolitik, enzim kolagenase. Berdasarkan hasil penelitian menyatakan bahwa ketuban pecah dini merupakan salah satu faktor penyebab asfiksia dan infeksi. Hipoksia pada janin yang menyebabkan asfiksia pada bayi baru lahir terjadi karena gangguan pertukaran gas transport gas oksigen dari ibu kejanin sehingga terdapat gangguan dalam persediaan oksigen dan dalam menghilangkan karbondioksida (Prawirohardjo, 2015).

Hasil berdasarkan hasil penelitian ini dan beberapa teori yang telah diuraikan dapat disimpulkan bahwa ketuban pecah dini merupakan salah satu faktor yang meningkatkan resiko tindakan *sectio caesarea*, dimana komplikasi yang ditimbulkan akibat ketuban pecah dini diantaranya infeksi maternal ataupun neonatus, persalinan prematur, hipoksia karena kompresi tali pusat, deformitas janin, hal ini meningkatkan tindakan *sectio caesarea* yang meningkat karena persalinan normal yang gagal. Selain itu Pada kasus ketuban pecah dini memungkinkan terjadinya infeksi intrapartum, infeksi puerpuralis atau nifas hingga peritonitis dan septikemia. Kasus infeksi pada ketuban pecah dini lebih sering terjadi pada persalinan preterm daripada

aterm dan secara umum insiden infeksi sekunder pada ketuban pecah dini meningkat sebanding dengan lamanya periode laten. Maka dari itu sebagai upaya penanganan yang tepat pada persalinan dianjurkan dengan persalinan *sectio caesarea*.

6. Hubungan gawat janin dengan tindakan *sectio caesarea* pada ibu bersalin di RSUD Arga Makmur tahun 2019

Hasil tabulasi silang diketahui bahwa dari 99 responden yang menjalani persalinan *sectio caesarea* terdapat 9 (9,1%) responden dengan riwayat gawat janin dan dari 99 responden yang menjalani persalinan normal terdapat 2 (2,0%), responden yang mempunyai riwayat gawat janin. Hasil analisis *chi-square* menunjukkan bahwa nilai $p=0,058$ lebih besar dari nilai alpha 0,05 artinya tidak ada hubungan gawat janin dengan *sectio caesarea* pada ibu bersalin di RSUD Arga Makmur tahun 2019. Hasil analisis nilai *Odds Ratio* (OR) sebesar 4.85 artinya ibu hamil yang mengalamigawat janin akan beresiko mengalami persalinan *sectio caesareasebesar* 4.85 kali dibandingkan dengan ibu hamil yang tidak mengalamigawat janin.

Tidak terdapatnya hubungan pada gawat janin karena tidak semua ibu yang mengalami gawat janin dilakukan tindakan SC hal ini karena ibu dapat melahirkan dengan normal sesuai dengan keadaan yang ibu. Hasil penelitian ini di dukung oleh penelitian Arman (2017), yang menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara gawat janin dengan pemilihan metode persalinan *sectio caesarea*. Dari hasil penelitian juga diketahui bahwa nilai *Risk Prevalens* adalah sebesar 1,304.

Cunningham (2010) menyatakan bahwa semakin canggihnya teknologi yang digunakan dalam pemantauan untuk mendeteksi gawat janin semakin banyak digunakan. Sehingga kejadian gawat janin dapat dideteksi secara segera saat dilakukan pemeriksaan kehamilan. Hal tersebut semakin meningkatkan angka terjadinya sesar terutama secara elektif.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Sari (2019), di Rumah Sakit DKT Bengkulu menunjukkan bahwa hasil uji Continuity Correction didapat nilai $\chi^2=12,853$ dengan $p=0,000>0,05$ berarti signifikan, maka H_0 ditolak dan H_a diterima, jadi terdapat hubungan antara gawat janin dengan tindakan *sectio caesarea*, dengan kata lain tindakan *sectio caesarea* ditentukan oleh gawat janin. Hasil uji contingency coefficient didapat nilai $C= 0,215$ bermakna keeratan antar variabel lemah, $OR=1,358$ berarti pasien dengan gawat janin memiliki resiko 1,358 kali untuk dilakukan tindakan *sectio caesaria*.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Andayasari, dkk (2015) di RS di Jakarta yang menyatakan ada hubungan antara Gawat janin dengan tindakan *sectio caesarea*, hasil penelitian ini menunjukkan gawat janin dalam penelitiannya memiliki risiko 5,4 kali untuk dilakukan tindakan *section caesarea*.

Gawat janin atau fetal distress adalah kondisi yang menandakan bahwa janin kekurangan oksigen selama masa kehamilan atau saat persalinan. Kondisi ini dapat dirasakan ibu hamil dari gerakan janin yang berkurang. Gawat janin merupakan salah satu indikasi yang banyak di temui

pada ibu dengan persalinan *sectio caesarea*, ibu dengan gawat janin tidak dapat melakukan partus normal karena akan membahayakan keselamatan ibu dan bayi. Kondisi ini bisa terjadi sebelum persalinan (*antepartum period*) maupun selama proses persalinan (*Intrapartum period*) (Nugroho, 2010).

Gawat janin, cacat atau kematian janin sebelumnya, *insufiensi plasenta*, *prolapsus funiculus umbilical*, diabetes maternal, inkompatibilitas rhesus, post mortem caesarean dan infeksi virus herpes pada traktus genitalis merupakan indikasi dilakukan *sectio caesarea* untuk menyelamatkan bayi (Oxorn, 2010)

Gawat janin pada persalinan merupakan suatu keadaan yang serius yang mengancam kesehatan janin. Umumnya digunakan untuk menjelaskan kondisi hipoksia. Hipoksia pada janin menyebabkan kerusakan permanen sistem saraf pusat dan organ lain sehingga terjadi kecacatan sampai kematian. Hipoksia pada janin menyebabkan asfiksia neonatorum. Asfiksia berada di urutan ketiga sebagai penyebab utama kematian neonatal (23%) di Indonesia setelah lahir prematur 28% dan infeksi berat 26%(Andayasari, dkk, 2014)

Berdasarkan hasil penelitian dan teori yang telah di kemukakan dapat dijelaskan bahwa gawat janin merupakan hal yang penting mendapat penanganan serius, walaupun dalam penelitian ini tidak terdapat pengaruh yang signifikan terhadap tindakan *sectio caesarea* namun ada peningkatan resiko dilakukan *sectio caesarea* apabila penanganan selain *sectio caesarea* tidak dapat dilakukan. Maka dari itu sebagai tenaga kesehatan terutama

bidan diharapkan dapat menerapkan intervensi yang tepat dalam menentukan tindakan penanganan pada gawat janin.

Peran bidan melakukan observasi kondisi janin dan kemajuan persalinan sangat penting karena, terlambatnya deteksi kondisi kegawatan pada janin akan berakibat kerusakan pada organ vital janin bahkan akan berakibat pada kematian. Pemanfaatan perkembangan teknologi dalam memantau kondisi janin dapat dilakukan secara lebih tepat dan akurat sehingga komplikasi pada janin akan lebih minimal agar tidak terjadi keterlambatan dalam rujukan yang dapat menyebabkan kematian ibu dan anak. Bidan sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan diharapkan mampu mendeteksi faktor risiko dan mampu memberikan penanganan yang tepat. Beberapa faktor risiko gawat janin diantaranya adalah persalinan lama, persalinan preterm atau postterm serta persalinan dengan induksi.

7. Faktor yang paling berhubungan terhadap tindakan *sectio caesarea* pada ibu bersalin di RSUD Arga Makmur Tahun 2019

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa variabel preeklamsia, kala II lama dan ketuban pecah dini mempunyai nilai $p=0,000$ lebih kecil dari nilai $\alpha 0,05$ artinya preeklamsia, kala II lama dan ketuban pecah dini berhubungan dengan tindakan *sectio caesarea* pada ibu bersalin di RSUD Arga Makmur Tahun 2019. Sedangkan variabel yang dominan berhubungan dengan tindakan *sectio caesarea* adalah variabel ketuban pecah dini dimana hasil analisis didapatkan nilai p value $0,000 < 0,05$ dengan derajat OR (OR) dari variabel olahraga 51.695 (95% CI: 14.167-188.627). Paling tinggi

diantara jika dibandingkan dengan nilai OR pada variabel preeklamsia dan ketuban pecah dini.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Khodijah (2014), di Rumah Sakit Tk Iv 01.07.001 Kesdaam I/Bb Pematang Siantar, yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara faktor indikasi dengan tindakan *sectio caesarea*, dengan indikasi ketuban pecah dini yang dilakukan *sectio caesarea* sebesar (95,2%).

Hasil penelitian Susanto, (2020), tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan penatalaksanaan persalinan *sectio caesarea* di RS TK. II Pelamonia Makassar, menunjukkan bahwa ada hubungan antara ketuban pecah dini terhadap penatalaksanaan persalinan *sectio caesarea* di RS TK.II Pelamonia tahun 2019 ($p=0.003$), ada hubungan antara riwayat *sectio caesarea* terhadap penatalaksanaan persalinan *sectio caesarea* di RS TK.II Pelamonia tahun 2019 ($p=0.000$) dan ada hubungan antara PEterhadap penatalaksanaan persalinan *sectio caesarea* di RS TK.II Pelamonia tahun 2019($p=0.028$).

Ketuban Pecah Dini merupakan komplikasi yang berhubungan dengan kehamilan kurang bulan dan mempunyai kontribusi yang besar pada angka kematian perinatal pada bayi yang kurang bulan. Pengelolaan ketuban pecah dini pada kehamilan kurang dari 34 minggu sangat kompleks, bertujuan untuk menghilangkan kemungkinan terjadinya prematuritas dan RDS (*Respiration Distress Syndrome*). Komplikasi paling sering terjadi pada ketuban pecah dini sebelum usia kehamilan 37 minggu adalah sindrom distress pernafasan (RDS). Ketuban Pecah Dini mengakibatkan terjadinya

oligohidramnion, kondisi ini akan mempengaruhi janin karena sedikitnya volume air ketuban akan menyebabkan tali pusat tertekan oleh bagian tubuh janin akibatnya aliran darah dari ibu ke janin berkurang sehingga bayi mengalami hipoksia atau gangguan pertukaran oksigen hingga fetal distress dan berlanjut menjadi asfiksia pada bayi baru lahir (Prawirohardjo, 2015).

Ketuban Pecah Dini erat kaitannya dengan komplikasi persalinan seperti kelahiran prematur, kompresi tali pusat, khorionionitis, sindrom gawat janin yang dapat meningkatkan mortalitas dan morbiditas perinatal. Semakin lama ketuban pecah dini, semakin besar komplikasi persalinan yang ditimbulkan sehingga meningkatnya risiko terjadinya asfiksia dan itu menjadi indikasi untuk dilakukannya persalinan *sectio caesarea* (Manuaba, 2015).

Ketuban Pecah Dini ditegaskan bila air ketuban keluar sebelum proses persalinan berlangsung. Ketuban merupakan masalah penting dalam obstetrik berkaitan dengan penyulit kelahiran dan premature dan terjadinya infeksi khorionionitis sampai sepsis yang akan meningkatkan morbiditas dan mortalitas perinatal dan menyebabkan infeksi pada ibu. Penangannya jika ketuban pecah lebih dari 18 jam berikan antibiotik profilaksis, lalu nilai jika serviks sudah matang dan persalinan belum mulai setelah 24 jam maka lakukan induksi persalinan dengan oksitosin, jika serviks belum matang maka matangkan serviks dengan prostaglandin dan infuse oksitosin atau lahirkan dengan *sectio caesarea* jika induksi persalinan dengan oksitosin tidak berhasil (Karlina, dkk. 2016).

D. Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan dalam penelitian ini adalah peneliti melakukan penelitian mengambil data selama 3 tahun terakhir. Penelitian yang dilakukan dengan metode *case control* yang mana variabel yang mana tidak diketahuinya efek variable luar oleh karena keterbatasan teknis yaitu tidak mengetahui keadaan sebenarnya dari keadaan responden secara langsung, namun berdasarkan hasil rekam medis, sehingga untuk faktor-faktor risiko yang tidak jelas informasinya dari anamnesis maupun data rancangan sekunder sangat berisiko bila menggunakan rancangan mengatasinya, anamnesis sebaiknya dilengkapi data penunjang yang diperlukan untuk menegakkan diagnosis, misalnya pemeriksaan laboratorium klinis, roentgenologi, mikrobiologis dan imunologis. Apabila data tersebut adalah data sekunder, perlu dilengkapi dengan uraian mengenai cara memperoleh data secara lengkap. Dalam memilih kontrol dengan *matching* mengalami kesulitan oleh karena banyaknya faktor risiko dan/ atau sedikitnya subyek penelitian.

Selain itu dalam melakukan penelitian pengambilan sampel secara sistematis random sampling sehingga setiap unit penelitian tidak mempunyai peluang yang sama untuk diambil sebagai sampel. Oleh karena itu, populasi (N) harus besar sehingga pengambilan sampel mendekati acak lagi.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan tentang Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian *Sectio Caesarea* Pada Ibu Bersalin di RSUD Arga Makmur Tahun 2019, dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Sebagian kecil responden (15,7%) mengalami preeklamsia, sebagian kecil responden (4,0%) mengalami malpresentasi, sebagian kecil responden (16,2%) mengalami kala II lama, sebagian kecil responden (17,2%) mengalami ketuban pecah dini dan sebagian kecil responden (5,6%), mengalami gawat janin.
2. Ada hubungan preeklamsia, kala II lama dan ketuban pecah dini dengan *sectio caesarea* pada ibu bersalin di RSUD Arga Makmur Tahun 2019
3. Tidak ada hubungan malpresentasi dan gawat janin dengan *sectio caesarea* pada ibu bersalin di RSUD Arga Makmur Tahun 2019
4. Faktor ketuban pecah dini merupakan faktor yang paling berhubungan terhadap tindakan *sectio caesarea* pada ibu bersalin di RSUD Arga Makmur Tahun 2019

B. Saran

Berdasarkan hasil penelitian faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian *sectio caesarea* pada ibu bersalin di RSUD Arga Makmur tahun 2019, maka peneliti ingin memberikan saran kepada beberapa pihak yang terkait:

1. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan kepada pihak RSUD Arga Makmur dapat meningkatkan pelayanan kepada ibu hamil seperti meningkatkan pelayanan pendukung pada ibu hamil dengan menyediakan akses yang mudah pada ibu hamil untuk melakukan deteksi dini dalam kehamilan selain itu pihak rumah sakit harus melakukan upaya pengendalian dan pengawasan agar tindakan *sectio caesarea* dilakukan terhadap ibu dengan kasus yang sesuai dengan kebutuhan medisnya.

2. Bagi Akademik

Diharapkan bagi institusi pendidikan dapat menambah bahan bacaan dan literatur tentang tindakan *sectio caesarea*, bagi mahasiswa dan diharapkan kepada pihak institusi pendidikan dapat meningkatkan pengetahuan mahasiswa tentang deteksi dini kehamilan beresiko tinggi serta indikasi tentang tindakan *sectio caesarea*, penanganan komplikasi persalinan *sectio caesarea*.

3. Bagi Peneliti Lain

Bagi peneliti lain diharapkan dapat mengembangkan penelitian ini ditinjau dari faktor lain seperti riwayat *sectio caesarea*, kehamilan ganda, dan faktor lainnya yang diduga berpengaruh terhadap tindakan *sectio caesarea*.

DAFTAR PUSTAKA

- Andayasari, L. 2015. *Proporsi Sectio Caesarea dan Faktor yang berhubungan dengan section caesarea di Jakarta, Pusat Teknologi Terapan Kesehatan dan Epidemiologi Klinik*. Diakses di <https://www.ejournal.litbang.depkes.go.id> pada tanggal 3 Juni 2019
- Andayasri, dkk. 2016. *Proporsi seccio caesarea dan faktor yang berhubungan dengan sectio caesarea di RS Pemerintahan dan RS Swasta Jakarta*. Diakses pada tanggal 05 Februari 2018
- Anisah, dkk. 2014. *Pengalaman perempuan yang mengalami sectio caesarea atas indikasi preeklampsia berat di RSUD Prof. dr. Margono Soekarjo Purwokerto*. Diakses pada tanggal 05 Februari 2018
- Aprina, dkk. 2016. *Faktor-faktor yang berhubungan dengan persalinan sectio caesarea di RSUD dr. h Abdul Moeloek Provinsi Lampung*. Diakses pada tanggal 05 Februari 2018
- Bobak, I. 2016 *Buku Ajar Keperawatan Matemitas Edisi 4*. Jakarta: EGC
- Cunningham, F.G. 2012. *Obstetri Williams Volume 1*. Jakarta: EGC
- David. T V. 2014. *Manual Persalinan*. Jakarta: EGC
- Dinkes Kabupaten Bengkulu Utara, 2018. *Profil Kesehatan Kabupaten Bengkulu Utara*
- Dinkes Provinsi Bengkulu, 2017, *Profil Dinas Kesehatan Provinsi Bengkulu tahun 2016*.
- Esta. 2017. *faktor-faktor yang berhubungan dengan terjadinya persalinan sectio caesarea di RSUD Rantauprapat*. <http://repo.poltekkes-medan.ac.id/jspui/bitstream/123456789/1889/1/SKRIPSI%20All%20pdf.pdf>
- Fauziah, Y. 2015 *Obstetric patologi*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Gondo. 2016. *fenomena sosial sectio caesarea di salah satu Rumah Sakit swasta Surabaya*. <https://erepository.uwks.ac.id/2891/>
- Hikmah. 2017. *Hubungan kejadian preeklamsi dengan tindakan sectio caesarea di Rumah Sakit Umum Daerah Ambarawa*. <http://eprints.poltekkesjogja.ac.id/1689/>
- Indriati, M.T. 2016. *Jurnal Penelitian Tentang Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Persalinan Sectio Caesarea di RSUD DR H Abdul Moeloek Provinsi Lampung*. Diakses pada tanggal 22 Januari 2018

- Indriati, M.T. 2016. *Jurnal Penelitian Tentang Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Persalinan Sectio Caesarea di RSUD DR H Abdul Moeloek Provinsi Lampung*. Diakses pada tanggal 22 Januari 2018
- Juditha, I & Cynthia, I 2015. *Tips praktis bagi wanita hamil*. Forum Kita: Jakarta
- Karlina dkk. 2014. *Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal & Neonatal*. Bogor: IN MEDIA.
- Khodijah. 2014. *Hubungan Karakteristik Ibu Dengan Sectio Caesarea Di Rumah Sakit Tk Iv 01.07.001 Kesdam I/Bb Pematangsiantar*. <http://ojs.poltekkes-medan.ac.id/pannmed/article/view/364>
- Manuaba, I.B.G. 2010. *Ilmu Kebidanan Dan Penyakit dan Kandungan Dan Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan* Jakarta: EGC
- Manuaba.2015. *Pengantar Kuliah Obstetri*. Jakarta: EGC
- Masruroh, H. 2016. *Patologi Dan Fisiologi Persalinan*: Jakarta: INDI Yayasan Essentia Medica
- Mulyawati, G. 2014. *Bedah kebidanan dalam synopsis obstetri, obstetri operatif, obstetri social*. Jakarta : EGC
- Mochtar. 2015. *Sinopsis Obstetri*. Jakarta: EGC.
- Nugroho, Taufan. 2012. *Obgyn: Obstetri dan Ginekologi*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Oxorn H, 2010. *Ilmu kebidanan, Patologi & Fisiologi. Persalinan*. Yogyakarta: Yayasan Essentia Medika (YEM)
- Padila, 2016 *Asuhan Keperawatan Maternitas II*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Prawirohardjo, 2015. *Buku Konsep Kebidanan*. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo : Jakarta
- Rukiyah. 2015. *Asuhan kebidanan patologi*. Trans Info Media : Jakarta
- Setiana. 2019. *hubungan kelainan letak janin preeklamsia, ketuban pecah dini dengan persalinan sectio caesarea*. Jurnal Kesehatan dan Pembangunan. <http://e-jurnal.stikesmitraadiguna.ac.id/index.php/jkp/article/view/45>
- Sari. 2019. *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Tindakan Sectio Caesarea di Rumah Sakit DKT Bengkulu*. <http://ojs.umsida.ac.id/index.php/midwiferia/article/download/2076/1682>
- Salamba. 2016. *Determinan Kejadian Persalinan Seksio Sesarea Di Rumah Sakit Umum Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2016*. <http://repository.poltekkes-kdi.ac.id/id/eprint/19>

- Suryani. 2017. *Pengaruh Tindakan Slow Stroke Back Massage Dengan Virgin Coconut Oil Terhadap Penurunan Skala Nyeri Pada Pasien Post Sectio Caesarea Di Ruang Nakula Rs. Permata Bunda Purwodadi*. Jurnal The Shine Cahaya Dunia D-III Keperawatan. <http://ejournal.annurpurwodadi.ac.id/index.php/TSCD3Kep/article/view/41>
- Wulandari, 2014. *Hubungan beberapa factor medis dengan jenis persalinan di RSUD dr. Soehadi Prijonagoro Sragen*. Diakses pada tanggal 05 Februari 2018
- Wulandari. 2011. *Hubungan Beberapa Faktor Medis dengan Jenis Persalinan di RSUD Dr. Soehadi Prijonagoro Sragen*. Universitas Muhammadiyah Surakarta;2013
- Yaeni, M. 2013. *Jurnal Penelitian tentang Analisa Indikasi Dilakukan Persalinan Sectio Caesarea di RSUP DR. Soeradji Tirtonegoro Klaten*. Diakses pada tanggal 22 Januari 2018
- Zanah, kk. 2016. *Faktor-faktor yang berhubungan dengan persalinan sectio caesarea di RSUD panembahan senopati bantul*. Diakses pada tanggal 05 Februari 2018

**L
A
M
P
I
R
A
N**



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU
JURUSAN KEBIDANAN

Jalan Indra Giri No.03 Padang Harapan Kota Bengkulu Telp. (0736) 341212



LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI

Nama Pembimbing II : Afrina Mizawati, SST, MPH
NIP : 198404302008012004
Nama Mahasiswa : Sumarni Afriani
NIM : P05140419050
Judul Skripsi : Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan
Kejadian *Sectio Caesarea* pada Ibu Bersalin di
RSUD Argamakmur Tahun 2019

No	Hari/Tanggal	Topik	Saran	Paraf Pembimbing
1	Rabu/ 02 September 2020	Konsul judul proposal	Acc Judul Skripsi	
2	Jumat/ 11 September 2020	Penyerahan hasil pencarian jurnal terkait judul	Buat bab I-III	
3	Jumat/ 25 September 2020	Konsul Bab I	Perbaiki Bab I	
4	Kamis/ 22 Oktober 2020	Konsul Bab I	Lanjut Bab II	
5	Jumat/ 23 Oktober 2020	Konsul Bab II	Lanjut Bab III	
6	Selasa/ 27 Oktober 2020	Konsul Bab III	Perbaiki Bab III	
7	Senin/ 02 November 2020	Konsul Bab III	Tambahkan bagan penelitian dan kerangka teori	
8	Rabu/ 04 November 2020	Acc Bab I-II-III	Lanjut ke seminar Proposal	
9	Selasa/ 15 Desember 2020	Konsul Bab IV-V	Perbaiki Bab IV-V	
10	Jumat/ 18 Desember 2020	Konsul Bab IV-V	Perbaiki Bab IV-V	

11	Kamis/ 07 Januari 2021	Konsul Bab IV-V	Perbaiki Bab IV-V	AS
12	Selasa/ 12 Januari 2021	Konsul Bab IV-V	ACC Ujian Hasil	AS



**KEMENTERIAN
KESEHATAN RI
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU
JURUSAN KEBIDANAN**

Jalan Indra Giri No.03 Padang Harapan Kota Bengkulu Telp. (0736) 341212

LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI

Nama Pembimbing I : Lusi Andriani, SST, M. Kes
NIP : 19800819 200212 2 002
Nama Mahasiswa : Sumarni Afriani
NIM : P05140419050
Judul Skripsi : Faktor-faktor yang Berhubungan dengan
Kejadian *Sectio Caesarea* pada Ibu Bersalin di
RSUD Arga Makmur Tahun 2019

No	Hari/Tgl	Topik	Saran	Paraf Pembimbing
1	Rabu/ 26 Agustus 2020	Konsul judul proposal	Acc judul skripsi	
2	Rabu/ 09 September 2020	Penyerahan hasil pencarian jurnal terkait judul	Buat Bab I-III	
3	Selasa/ 29 September 2020	Konsul Bab I	Perbaiki Bab I	
4	Senin/ 05 Oktober 2020	Konsul Bab I	Lanjut Bab II	
5	Jumat/ 9 Oktober 2020	Konsul Bab II	Lanjut Bab III	
6	Selasa/ 13 Oktober 2020	Konsul Bab III	Perbaiki Bab III	
7	Jumat/ 16 Oktober 2020	Konsul Bab III	Perbaiki Bab III	
8	Selasa/ 20 Oktober 2020	Acc Bab I-II-III	Lanjut ke seminar proposal	

9	Selasa/ Desember 2020	15	Konsul Bab IV-V	Perbaikan Bab IV-V	
10	Jum'at/ Desember 2021	18	Konsul Bab IV-V	Perbaikan Bab IV-V	
11	Kamis/ Januari 2021	07	Konsul Bab IV-V	Perbaikan Bab IV-V	
12	Selasa/ Januari 2021	12	Konsul Bab IV-V	ACC Ujian Hasil	

HASIL PENGOLAHAN DATA PENELITIAN

A. ANALISIS UNIVARIAT

Preeklampsia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Preeklampsia	31	15.7	15.7	15.7
	Tidak Preeklampsia	167	84.3	84.3	100.0
	Total	198	100.0	100.0	

Malpresentasi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Malpresentasi	8	4.0	4.0	4.0
	Tidak Malpresentasi	190	96.0	96.0	100.0
	Total	198	100.0	100.0	

Kala II Lama

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kala II Lama	32	16.2	16.2	16.2
	Tidak Kala II Lama	166	83.8	83.8	100.0
	Total	198	100.0	100.0	

KPD

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	KPD	34	17.2	17.2	17.2
	Tidak KPD	164	82.8	82.8	100.0
	Total	198	100.0	100.0	

Gawat Janin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Gawat Janin	11	5.6	5.6	5.6
	Tidak Gawat Janin	187	94.4	94.4	100.0
	Total	198	100.0	100.0	

Sectio Caesarea

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SC	99	50.0	50.0	50.0
	Tidak SC	99	50.0	50.0	100.0

Sectio Caesarea

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SC	99	50.0	50.0	50.0
	Tidak SC	99	50.0	50.0	100.0
	Total	198	100.0	100.0	

B. ANALISIS BIVARIAT

Preeklamsia * Sectio Caesarea

Crosstab

			Sectio Caesarea		Total
			SC	Tidak SC	
Preeklamsia	Preeklamsia	Count	28	3	31
		% within Sectio Caesarea	28.3%	3.0%	15.7%
	Tidak Preeklamsia	Count	71	96	167
		% within Sectio Caesarea	71.7%	97.0%	84.3%
Total		Count	99	99	198
		% within Sectio Caesarea	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	23.904 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	22.030	1	.000		
Likelihood Ratio	27.020	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	23.783	1	.000		
N of Valid Cases ^b	198				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15.50.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.328	.000
N of Valid Cases		198	

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Preeklamsia (Preeklamsia / Tidak Preeklamsia)	12.620	3.690	43.156
For cohort Sectio Caesarea = SC	2.124	1.721	2.623
For cohort Sectio Caesarea = Tidak SC	.168	.057	.497
N of Valid Cases	198		

Malpresentasi * Sectio Caesarea

Crosstab

			Sectio Caesarea		Total
			SC	Tidak SC	
Malpresentasi	Malpresentasi	Count	7	1	8
		% within Sectio Caesarea	7.1%	1.0%	4.0%
	Tidak Malpresentasi	Count	92	98	190
		% within Sectio Caesarea	92.9%	99.0%	96.0%
Total	Count	99	99	198	
	% within Sectio Caesarea	100.0%	100.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.689 ^a	1	.030		
Continuity Correction ^b	3.257	1	.071		
Likelihood Ratio	5.252	1	.022		
Fisher's Exact Test				.065	.032
Linear-by-Linear Association	4.666	1	.031		
N of Valid Cases ^b	198				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.00.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.152	.030
N of Valid Cases		198	

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Malpresentasi (Malpresentasi / Tidak Malpresentasi)	7.457	.900	61.782
For cohort Sectio Caesarea = SC	1.807	1.338	2.440
For cohort Sectio Caesarea = Tidak SC	.242	.039	1.524
N of Valid Cases	198		

Kala II Lama * Sectio Caesarea

Crosstab

			Sectio Caesarea		Total
			SC	Tidak SC	
Kala II Lama	Kala II Lama	Count	24	8	32
		% within Sectio Caesarea	24.2%	8.1%	16.2%
Tidak Kala II Lama	Tidak Kala II Lama	Count	75	91	166
		% within Sectio Caesarea	75.8%	91.9%	83.8%
Total		Count	99	99	198
		% within Sectio Caesarea	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	9.542 ^a	1	.002		
Continuity Correction ^d	8.387	1	.004		
Likelihood Ratio	9.917	1	.002		
Fisher's Exact Test				.003	.002
Linear-by-Linear Association	9.494	1	.002		
N of Valid Cases ^d	198				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 16.00.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.214	.002
N of Valid Cases	198	

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Kala II Lama (Kala II Lama / Tidak Kala II Lama)	3.640	1.546	8.572
For cohort Sectio Caesarea = SC	1.660	1.279	2.155
For cohort Sectio Caesarea = Tidak SC	.456	.246	.844
N of Valid Cases	198		

KPD * Sectio Caesarea

Crosstab

			Sectio Caesarea		Total
			SC	Tidak SC	
KPD	KPD	Count	31	3	34
		% within Sectio Caesarea	31.3%	3.0%	17.2%
Tidak KPD	Tidak KPD	Count	68	96	164
		% within Sectio Caesarea	68.7%	97.0%	82.8%
Total		Count	99	99	198
		% within Sectio Caesarea	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	27.839 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^d	25.886	1	.000		
Likelihood Ratio	31.644	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	27.699	1	.000		
N of Valid Cases ^d	198				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 17.00.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.351	.000
N of Valid Cases		198	

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for KPD (KPD / Tidak KPD)	14.588	4.285	49.667
For cohort Sectio Caesarea = SC	2.199	1.783	2.712
For cohort Sectio Caesarea = Tidak SC	.151	.051	.448
N of Valid Cases	198		

Gawat Janin * Sectio Caesarea

Crosstab

			Sectio Caesarea		Total
			SC	Tidak SC	
Gawat Janin	Gawat Janin	Count	9	2	11
		% within Sectio Caesarea	9.1%	2.0%	5.6%
	Tidak Gawat Janin	Count	90	97	187
		% within Sectio Caesarea	90.9%	98.0%	94.4%
Total	Count	99	99	198	
	% within Sectio Caesarea	100.0%	100.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.717 ^a	1	.030		
Continuity Correction ^b	3.465	1	.063		
Likelihood Ratio	5.080	1	.024		
Fisher's Exact Test				.058	.029
Linear-by-Linear Association	4.693	1	.030		
N of Valid Cases ^b	198				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.50.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.153	.030
N of Valid Cases		198	

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Gawat Janin (Gawat Janin / Tidak Gawat Janin)	4.850	1.020	23.053
For cohort Sectio Caesarea = SC	1.700	1.240	2.331
For cohort Sectio Caesarea = Tidak SC	.351	.099	1.237
N of Valid Cases	198		

C. ANALISIS MULTIVARIAT

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	107.354	3	.000
	Block	107.354	3	.000
	Model	107.354	3	.000

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	167.132 ^a	.419	.558

a. Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than .001.

Hosmer and Lemeshow Test

Step	Chi-square	df	Sig.
1	.000	2	1.000

Classification Table^a

Observed		Predicted			
		Sectio Caesarea		Percentage Correct	
		SC	Tidak SC		
Step 1	Sectio Caesarea	SC	82	17	82.8
		Tidak SC	14	85	85.9
	Overall Percentage				84.3

a. The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1 ^a	Preeklamsia	3.810	.664	32.965	1	.000	45.152	12.298	165.777
	Kala_II_Lama	2.667	.489	29.797	1	.000	14.401	5.527	37.526
	KPD	3.945	.660	35.688	1	.000	51.695	14.167	188.627
	Constant	-8.813	1.088	65.576	1	.000	.000		

a. Variable(s) entered on step 1: Preeklamsia, Kala_II_Lama, KPD.

DOKUMENTASI





KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA

KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU

Jalan Indragiri No. 03 Padang Harapan Kota Bengkulu 38225
Telepon: (0736) 341212 Faximile (0736) 21514, 25343
website: www.poltekkes-kemenkes-bengkulu.ac.id, email: poltekkes26bengkulu@gmail.com



Quality
ISO 9001:2015
SAI GLOBAL
QE C30130

25 Agustus 2020

Nomor : : DM. 01.04/...503.../2/2020
Lampiran : -
Hal : **Izin Pra Penelitian**

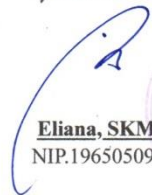
Yang Terhormat,
Dinas Kesehatan Kabupaten Bengkulu Utara
di_
Bengkulu

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir mahasiswa dalam bentuk Skripsi bagi Mahasiswa Prodi Diploma IV Kebidanan Alih Jenjang Poltekkes Kemenkes Bengkulu Tahun Akademik 2020/2021, maka dengan ini kami mohon kiranya Bapak/Ibu dapat memberikan rekomendasi izin pengambilan data, untuk Skripsi dimaksud. Nama mahasiswa tersebut adalah :

Nama : Sumarni Afriani
NIM : P05140419050
Judul : Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Sectio
Caesarea Pada Ibu Bersalin Di RSUD Arga Makmur

Lokasi :
Demikianlah, atas perhatian dan bantuan Bapak/Ibu diucapkan terimakasih.

Wakil Direktur Bidang Akademik,


Eliana, SKM, M.PH
NIP.196505091989032001



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA

KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU

Jalan Indragiri No. 03 Padang Harapan Kota Bengkulu 38225
Telepon: (0736) 341212 Faximile (0736) 21514, 25343
website: www.poltekkes-kemenkes-bengkulu.ac.id, email: poltekkes26bengkulu@gmail.com



Quality
ISO 9001 : 2015
SAI GLOBAL
QE C30130

25 Agustus 2020

Nomor : : DM. 01.04/...../2/2020
Lampiran : -
Hal : **Izin Pra Penelitian**

Yang Terhormat,
RSUD Arga Makmur
di_
Bengkulu

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir mahasiswa dalam bentuk Skripsi bagi Mahasiswa Prodi Diploma IV Kebidanan Alih Jenjang Poltekkes Kemenkes Bengkulu Tahun Akademik 2020/2021, maka dengan ini kami mohon kiranya Bapak/Ibu dapat memberikan rekomendasi izin pengambilan data, untuk Skripsi dimaksud. Nama mahasiswa tersebut adalah :

Nama : Sumarni Afriani
NIM : P05140419050
Judul : Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Sectio
Caesarea Pada Ibu Bersalin Di RSUD Arga Makmur

Lokasi :
Demikianlah, atas perhatian dan bantuan Bapak/Ibu diucapkan terimakasih.

Wakil Direktur Bidang Akademik,


Eliana, SKM, M.PH
NIP.196505091989032001



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU

Jalan Indragiri No. 03 Padang Harapan Kota Bengkulu 38225
Telepon: (0736) 341212 Faximile (0736) 21514, 25343
website: www.poltekkes-kemenkes-bengkulu.ac.id, email: poltekkes26bengkulu@gmail.com



12 November 2020

Nomor : : DM. 01.04/...~~655~~.../2/2020
Lampiran : -
Hal : : **Izin Penelitian**

Yang Terhormat,
Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Bengkulu Utara
di
Tempat

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir mahasiswa dalam bentuk Skripsi bagi Mahasiswa Prodi Diploma IV Kebidanan Alih Jenjang Poltekkes Kemenkes Bengkulu Tahun Akademik 2019/2020, maka bersama ini kami mohon Bapak/Ibu dapat memberikan izin pengambilan data kepada:

Nama : Sumarni Afriani
NIM : P05140419050
Program Studi : Diploma IV Kebidanan Alih Jenjang
No Handphone : 082179363482
Tempat Penelitian : RSUD Arga Makmur Kabupaten Bengkulu Utara
Waktu Penelitian : November - Desember 2020
Judul : Faktor - Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Sectio Caesarea pada Ibu Bersalin di RSUD Arga Makmur Tahun 2019

Demikianlah, atas perhatian dan bantuan Bapak/Ibu diucapkan terimakasih.

an. Direktur Poltekkes Kemenkes Bengkulu
Wakil Direktur Bidang Akademik,

Ns. Agung Riyadi, S.Kep., M.Kes
NIP.196810071988031005

Tembusan disampaikan kepada:
Kepala Dinas Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Bengkulu Utara



PEMERINTAH KABUPATEN BENGKULU UTARA
KANTOR KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

Jln. Jenderal Sudirman No.77 Telp/Fax. (0737) 521271

ARGA MAKMUR

Kode Pos 38611

SURAT KETERANGAN

Nomor : 070/583 / Kesbangpol / 2020

TENTANG PENELITIAN

- DASAR : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor : 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian.
2. Peraturan Bupati Bengkulu Utara Nomor 80 Tahun 2016 tentang Pelimpahan Kewenangan Pelayanan Perizinan dan Non Perizinan Kepada Unit Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Bengkulu Utara.
3. Peraturan Bupati Bengkulu Utara Nomor 81 Tahun 2016 tentang Pembentukan Tim Teknis Dalam Rangka Pelaksanaan Pelayanan Perizinan dan Non Perizinan Pada Unit Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Bengkulu Utara
4. Surat Dari Direktur Bidang Akademik Politeknik Kesehatan Bengkulu Nomor : DM.01.04/655/2/2020 tentang Izin Penelitian tanggal 12 November 2020

Berdasarkan hal tersebut diatas maka bersama ini kepala Kantor Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Bengkulu Utara, selaku Ketua Tim Teknis dengan ini menerangkan :

Nama : **SUMARNI AFRIANI**
NPM : P05140419050
Pekerjaan : Mahasiswi
Maksud dan Tujuan : Melakukan Penelitian
Judul Proposal Penelitian : **Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Sectio Caesarea pada Ibu Bersalin di RSUD Argamakmur Tahun 2019**
Lokasi Penelitian : RSUD Argamakmur Kabupaten Bengkulu Utara
Waktu Penelitian : 1 (Satu) Bulan
Penanggung Jawab : Direktur Bidang Akademik Politeknik Kesehatan Bengkulu

Bermaksud ingin melakukan penelitian pada Instansi/ Lembaga/ OPD/ sebutan lainnya yang Bapak Pimpin. Adapun Surat dari Universitas/ Lembaga yang ditujukan ke Kantor Kesatuan Bangsa dan Politik dengan di sertai lampiran :

1. Proposal yang sudah disahkan oleh Dosen / Lembaga Terkait
2. Surat Permohonan Izin Penelitian
3. Photo Copy atau Identitas lainnya
4. Mengisi Surat Pernyataan oleh yang bersangkutan dibubuhi Materai 6000.

Surat Keterangan ini dikeluarkan dengan ketentuan :

- a. Sebelum melakukan penelitian harus melapor kepada Bupati Cq, Kepala Dinas/ Badan/ Kantor/ Kecamatan/ Kelurahan atau sebutan lain setempat.
- b. Harus mentaati sesuai Surat Pernyataan yang sudah ditanda tangani.
- c. Surat Keterangan ini tidak berlaku atau dapat diabaikan apabila Data, Variabel dan Dokumen yang diamati merupakan Data, Variabel dan Dokumen Rahasia yang tidak boleh disebar luaskan berdasarkan Peraturan Perundang-Undangan yang berlaku.

Demikianlah Surat Keterangan ini dikeluarkan, untuk dapat dipergunakan seperlunya, dan apabila terdapat kekeliruan akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Dikeluarkan di : Arga Makmur
Tanggal : 21 Desember 2020

a.n. Kepala Kantor Kesatuan Bangsa dan Politik
Kabupaten Bengkulu Utara
Kasi Kewaspadaan Nasional dan Politik
Selaku Tim Teknis



Tembusan disampaikan kepada Yth. :

1. Direktur Bidang Akademik Politeknik Kesehatan Bengkulu
2. Dinas Kesehatan Kabupaten Bengkulu Utara.
3. Direktur RSUD Argamakmur Kabupaten Bengkulu Utara
4. Yang Bersangkutan.



PEMERINTAH KABUPATEN BENGKULU UTARA
DINAS KESEHATAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ARGAMA MAKMUR

Jalan. Siti Khadijah No. 08 Bengkulu Utara Kode Pos 38611
Telp.(0737) 521118 Fax .(0737) 521118

SURAT KETERANGAN

Nomor : 800 / 42 - RSUD Arma / I / 2021

Yang bertanda tangan dibawah ini Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Arga Makmur Kabupaten Bengkulu Utara dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : SUMARNI AFRIANI
NIM : P0 5140419050
Fakultas : Politeknik Kesehatan Bengkulu
Prodi : Kebidanan Program Sarjana Terapan
Waktu Penelitian : 1 (Satu) Bulan

Yang bersangkutan telah selesai melaksanakan Penelitian di Rumah Sakit Umum Daerah Arga Makmur Kabupaten Bengkulu Utara, dengan Judul Penelitian "FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN SECTIO CAESAREA PADA IBU BERSALIN DI RSUD ARGAMA MAKMUR TAHUN 2019".

Demikian surat keterangan ini dibuat agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Dikeluarkan di : Arga Makmur.
Pada Tanggal : 11 Januari 2021



Direktur
RSUD Arga Makmur
Kabupaten Bengkulu Utara
dr. JASMEK SILITONGA, M.Kes, Sp.KK
19680212 200012 1 002

Tembusan :
1. Arsip



PEMERINTAH KABUPATEN BENGKULU UTARA
DINAS KESEHATAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ARGA MAKMUR
Jalan. Siti Khadijah No. 08 Bengkulu Utara Kode Pos 38611
Telp.(0737) 521118 Fax .(0737) 521118

Arga Makmur, 29 Desember 2020

Nomor : 011/1221 - RSUD Arma/x11/20
Lampiran : -
Perihal : **Permohonan Izin Penelitian**

Kepada Yth,
Wakil Direktur Bidang Akademik
Politeknik Kesehatan Bengkulu

Di -
Tempat

Berdasarkan surat dari Wakil Direktur Bidang Akademik Politeknik Kesehatan Tanggal 12 November 2020 Nomor :DM.01.04/652/2/2020
Perihal : Permohonan Izin Penelitian

Nama : SUMARNI AFRIANI
NPM : P05140419050
Judul : "FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN SECTIO CAESAREA PADA IBU BERSALIN DI RSUD ARGMA MAKMUR TAHUN 2019"

Pada Prinsipnya kami tidak keberatan dan menerima Mahasiswa tersebut, untuk melakukan Penelitian di RSUD Arga Makmur Kabupaten Bengkulu Utara.

Dengan Catatan :

1. Mematuhi segala peraturan yang berada di RSUD Arga Makmur.
2. Melaporkan hasil Penelitian kepada Direktur RSUD Arga Makmur.

Demikian, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

An. Direktur
RSUD Arga Makmur
Kabupaten Bengkulu Utara
Kabag Data Usaha
FATARANI,SKM,M.Sc
NIP. 19640706 198712 1 001

Tembusan Yth:

- Kabid Keperawatan dan Log.Keperawatan
- Yang Bersangkutan