

BAB I PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Section caesarea meningkat cepat di tahun tujuh puluhan dan awal delapan puluhan. Wanita melahirkan dengan seksio sesarea dilaporkan meningkat empat kalidibanding 30 tahun sebelumnya. Sebabnya multifaktorial, termasuk di antaryameningkatnya indikasi seksio sesarea ulang pada kehamilan dengan parut uterus. Sampai saat ini belum ada hasil penelitian berdasarkan Randomised Controlled Trial (RCT) untuk menilai keuntungan atau kerugian antara persalinan dan seksio sesareaulang pada kasus kehamilan dengan parut uterus. Terdapat **4 indikasi utama** untuk melakukan seksio saesarea, yaitu **(1) distosia, (2) gawat janin, (3) kelainan letak, dan (4) parut uterus**. Kehamilan dan **persalinan setelah wanita melahirkan dengan seksiosesarea** akan mendapat **resiko tinggi terjadinya morbiditas dan mortalitas** yang meningkat **berkenaan dengan parut uterus**.¹

Indikasi parut uterus berkisar 25 - 30% dari angka kenaikan seksio sesarea di Amerika Serikat. Dilihat dari angka kejadian seksio sesarea, dilaporkan bahwa di Amerika Serikat prevalensi seksio sesarea dengan indikasi parut uterus sebesar 35%, Australia 35%, Skotlandia 43%, dan Perancis 28%. Di tahun sembilan puluhan, angka seksio sesarea atas indikasi parut uterus menurun dengan dikembangkannya persalinan pada parut uterus, Vaginal Birth After Cesarean (VBAC) atau dikenal pulasebagai Trial of Labor After Cesarean (TOLAC). Di Amerika Serikat pada tahun duaribuan, dari 10 wanita yang melahirkan pervaginam terdapat satu wanita dengan parututerus. Di Bandung (RS Hassan Sadikin) prevalensi seksio sesarea dengan parututerus adalah 10%, tetapi indikasi awal tidak selalu karena parut uterus. Angkakejadian seksio sesarea primer dan VBAC di Amerika Serikat 1989 - 1998 dilaporkan sebagai berikut : seksio sesarea 20,7 - 22,8% dari seluruh persalinan hidup, seksiosesarea primer 14,6 ± 16,1% pada wanita yang belum pernah mendapat seksio sesareadan 18,9 ± 28,3% wanita melahirkan pervaginam dengan parut uterus (VBAC).¹

BAB II STATUS PASIEN OBSTETRI DAN GINEKOLOGI

2.1 IDENTITAS PASIEN

No Reg	: 296479	
Nama penderita	: Ny. S	Nama
suami	: Tn. M	
Umur penderita	: 35 tahun	Umur
suami	: 38 tahun	
Alamat	: Turen	Alamat
suami	: Turen	
Pekerjaan penderita	: Swasta	Pekerjaan suami :
Guru		
Pendidikan penderita	: S1 (lulus)	
Pendidikan suami	: S1 (lulus)	

2.2 ANAMNESISA

1. Masuk rumah sakit tanggal : 30 Juli 2012
2. Keluhan utama : Ingin memeriksakan kandungannya
3. Riwayat Penyakit Sekarang : Pasien datang ke poli kandungan RSUD Kanjuruhan dengan keluhan ingin memeriksakan kandungannya. Pasien mengaku sudah hamil 9 bulan tapi belum ada tanda-tanda melahirkan,

kenceng-kenceng dan mules-mules (-). Pasien mengaku anak pertamanya dilahirkan dengan cara SC sekitar 7 tahun yang lalu.

4. Riwayat kehamilan yang sekarang : Merupakan kehamilan kedua pasien, pada saat trimester I ada keluhan seperti mual muntah (+).
5. Riwayat menstruasi : Menarche umur 14 tahun, HPHT : 06 November 2011, HPL : 13 Agustus 2012, UK : 38-39 minggu.
6. Riwayat perkawinan : 1 kali, lama 8 tahun, umur pertama menikah 27 tahun.
7. Riwayat persalinan sebelumnya : Pada tanggal 1 September 2005 anak pertama berjenis kelamin perempuan dilahirkan oleh dokter di RS dengan cara SC.
8. Riwayat penggunaan kontrasepsi : suntik dan pil selama 5 tahun.
9. Riwayat penyakit sistemik yang pernah dialami : (-)
10. Riwayat penyakit keluarga : (-).
11. Riwayat kebiasaan dan sosial : Oyok (-), sosial menengah kebawah.
12. Riwayat pengobatan yang telah dilakukan : Pasien mengkonsumsi vitamin yang diberikan bidan ditempat pasien memeriksakan kandungannya.

2.3 PEMERIKSAAN FISIK

- a. Status present
 - Keadaan umum : cukup, kesadaran compos mentis
 - Tekanan darah : 120/80 mmHg, Nadi : 84x/menit, Suhu : 36,5 °C
 - RR : 20 x/menit
 - TB : 143 cm, BB : 58 kg
- b. Pemeriksaan umum
 - Kulit : normal
 - Kepala :
 - Mata : konjungtiva anemis (-/-), ikterik (-/-), odem palpebra (-/-)
 - Wajah : simetris
 - Mulut : kebersihan gigi geligi cukup, stomatitis (-), hiperemi pharyng (-), pembesaran tonsil (-)
 - Leher: pembesaran kelenjar limfe di leher (-), pembesaran kelenjar tyroid (-)
 - Thorax
 - Paru :
 - Inspeksi : Pergerakan pernafasan simetris, tipe pernafasan normal. Retraksi costa (-/-)
 - Palpasi : teraba massa abnormal (-/-), pembesaran kelenjar axilla (-/-)
 - Perkusi : sonor (+/+), hipersonor (-/-), pekak (-/-)
 - Auskultasi : vesikuler (+/+), suara nafas menurun (-/-) wheezing (-/-), ronchi (-/-)
 - Jantung :
 - Inspeksi : iktus cordis tidak tampak
 - Palpasi : thrill (-)
 - Perkusi : batas jantung normal
 - Auskultasi : denyut jantung regular, S1/S2
 - Abdomen
 - Inspeksi : distensi (-), gambaran pembuluh darah collateral (-).

- Palpasi : pembesaran organ (-), nyeri tekan (-), teraba massa abnormal (-). Tinggi fundus uteri 3 jari dibawah processus xyphoideus (33 cm).
- Perkusi : tympani (+)
- Auskultasi : suara bising usus normal, metallic sound (-)
- Ekstremitas: odema (-/-)
- c. Status obstetri :
- Pemeriksaan luar:
- Leopold I : Tinggi fundus uteri 3 jari dibawah processus xyphoideus (33 cm)
- Leopold II : Sebelah kiri teraba tahanan memanjang, sebelah kanan kesan teraba bagian-bagian kecil
- Leopold III : Teraba keras, bundar dan keras, bagian terendah janin adalah kepala
- Leopold IV : Bagian terendah janin belum masuk PAP
- Bunyi jantung janin : 138 x/menit, regular
- Pemeriksaan Dalam:
- Vulva / vagina : Blood (-) slym (+), belum ada pembukaan, penipisan portio belum dapat dievaluasi, kulit ketuban belum dapat dievaluasi, BBA belum dapat dievaluasi.

2.5 DIAGNOSA

G_{II} P₁₀₀₁ AB₀₀₀ usia kehamilan 38-39 minggu dengan post SC

2.6 RENCANA TINDAKAN

1. Observasi TTV dan DJJ (selama pre operasi)
2. IVFD RL 20 tpm
3. Pro SC
4. DC (menjelang operasi)

BAB III TINJAUAN PUSTAKA

3.1 DEFINISI

Sectio caesarea adalah **pembedahan** untuk melahirkan janin dengan **membuka dinding perut** dan **dinding uterus** atau **vagina** atau suatu **histerotomi** untuk **melahirkan janin dari dalam rahim**.

3.2 JENIS – JENIS OPERASI SECTIO CAESAREA

A. Sectio Caesarea **Transperitonealis**

1. Sectio sesar klasik atau corporal (dengan **insisi memanjang** pada **corpus uteri**). Dilakukan dengan membuat sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira 10 cm.
 - Kelebihan:
 - Mengeluarkan janin dengan cepat.
 - Tidak mengakibatkan komplikasi kandung kemih tertarik. Sayatan bisa diperpanjang proksimal atau distal.
 - Kekurangan:
 - Infeksi mudah menyebar secara intra abdominal karena tidak ada reperitonealis yang baik. Untuk persalinan yang berikutnya lebih sering terjadi rupture uteri spontan.
2. Sectio sesar **ismika** atau **profunda** (low servical dengan insisi pada segmen bawah rahim).

Dilakukan dengan melakukan **sayatan melintang konkat pada segmen bawah rahim (low servical transversal)** kira-kira **10 cm**.

➤ 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 peritoneum.
- ❖ Perdarahan tidak begitu banyak.
- ❖ Kemungkinan rupture uteri spontan berkurang atau lebih kecil.

➤ Kekurangan:

- ❖ Luka dapat melebar kekiri, kanan, dan bawah sehingga dapat menyebabkan uteri uterine pecah sehingga mengakibatkan perdarahan banyak.
- ❖ Keluhan pada kandung kemih post operasi tinggi.

B. Sectio Caesarea **Ekstra Peritonealis**

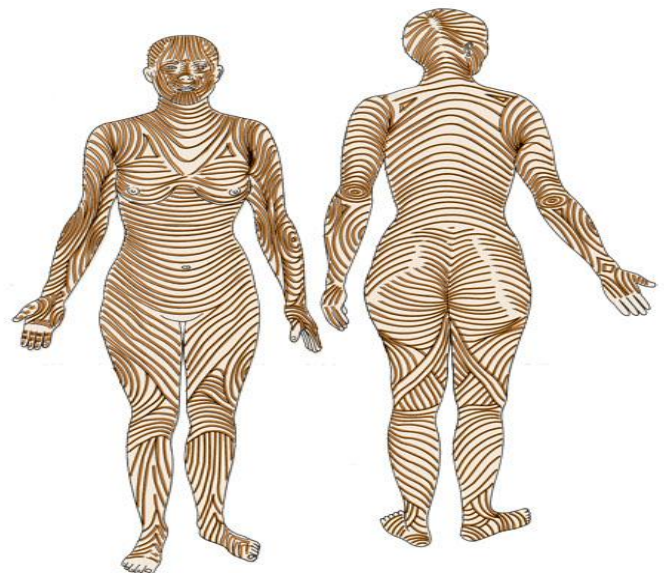
yaitu **tanpa membuka peritoneum parietalis** dengan demikian tidak membuka cavum abdominal.

➔ Vagina (section caesarea vaginalis)

Menurut **sayatan** pada rahim, sectio caesarea dapat dilakukan sebagai berikut:

1. Sayatan **memanjang (longitudinal)**.
2. Sayatan **melintang (transversal)**.
3. Sayatan **huruf T (T insicion)**.

Jenis **insisi** pada sectio sesar **sebaiknya mengikuti garis langer**. Kulit terdiri dari epidermis dan dermis. Garis Langer's (Langer 1861) : garis-garis tranversal sejajar pada tubuh manusia. Bila Insisi kulit dikerjakan **melalui garis Langer's** ini maka jaringan **parut** yang terbentuk adalah **minimal**.



© F. A. Davis 2005 www.fadavis.com

3.3 INDIKASI

Operasi sectio caesarea **dilakukan jika kelahiran pervaginal mungkin akan menyebabkan resiko pada ibu ataupun pada janin**, dengan pertimbangan hal-hal yang perlu tindakan sectio sesarea proses persalinan normal lama/kegagalan proses persalinan normal (Dystosia)

Indikasi seksio sesar dibagikan kepada indikasi menurut ibu dan indikasi menurut janin:

a) **Indikasi ibu**

- i- **Placenta previa totalis** dan **marginalis** (Posterior).
Dalam kepustakaan, kejadian **perdarahan antepartum** yang dilaporkan oleh peneliti dari negara berkembang berkisar antara 0,3%-4,3%. Sebab utama **perdarahan antepartum umumnya** adalah **plasenta previa**.
- ii- **Panggul sempit**
Holmen mengambil **batas terendah** untuk melahirkan janin ialah **Conjugata Vera (CV) = 8 cm**, dimana **jika kurang** dari ukuran ini **ibu tidak dapat melahirkan** janin normal, tapi harus diselesaikan dengan SC. CV antara 8-10 cm boleh dicoba partus percobaan, baru setelah gagal dilakukan SC sekunder.
- iii- **Riwayat SC** pada kehamilan sebelumnya.
- iv- Cefalopelvic disproportion (**CPD**) yang merupakan ketidak seimbangan antara ukuran kepala dengananggul.
- v- **Tumor jalan lahir** yang menimbulkan **obstruksi**.
- vi- **Stenosis servix/vagina**.
- vii- **Ruptur uteri imminens**.
- viii- **Partus lama**.
- ix- **Partus tak maju**
- x- **Pre-eklamsi** dan **Hipertensi**.

b) **Indikasi Janin**

- i- **Kelainan letak, presentasi, sikap** dan **posisi** janin.
Presentasi bokong pada kehamilan cukup bulan hanya 3%-4% saja, tetapi di Amerika Serikat pada tahun 1985 dilaporkan, 79% dari seluruh presentasi bokong dilahirkan dengan operasi sesar.
- ii- **Gawat janin**.
Gawat janin dinyatakan sebagai kontributor kenaikan angka operasi sesar sebesar 10%-15% atau sama dengan 10% dari seluruh indikasi operasi sesar.
- iii- **Syok, Anemia berat**.
- iv- **Kelainan kongenital**.

Riwayat seksio sesarea dan **distosia** merupakan **indikasi utama** sectio caesarea di **amerika serikat** dan negara industri di barat lainnya. Walaupun kita tidak mungkin membuat daftar menyeluruh semua indikasi yang layak untuk seksio sesarea lebih dari 85 % sectio caesarea dilakukan atas indikasi:

1. **Riwayat sectio caesarea**
2. **Distosia persalinan**
3. **Gawat janin**
4. **Letak sungsang**

3.4 RIWAYAT SECTIO SESAREA SEBAGAI INDIKASI SECTIO SESAREA

Selama bertahun – tahun **uterus yang memiliki jaringan parut dianggap merupakan kontra indikasi untuk melahirkan** karena **kekhawatiran** terjadinya **ruptur uteri**. Pada tahun 1916 cragin mengutarakan pendapatnya yang terkenal dan sekarang tampak berlebihan “sekali seksio sesarea selalu seksio sesarea”. Namun perlu diingat saat cragin mengemukakan pendapatnya ini , dokter kebidanan secara rutin melakukan insisi vertikal klasik di uterus. Mengamati insisi transversal kerr belum direkomendasikan sampai pada tahun 1921. Perlu ditekankan juga bahwa sebagian rekan satu era dengan cragin tidak setuju dengan pendapatnya. J. whitridge williams (1917) menyebut pendapat itu berlebihan.

Kriteria Seleksi

Riwayat satu atau dua kali seksio saesarea transversal rendah. Panggul adekuat secara klinis. Tidak ada parut atau riwayat ruptur uteri lain Sepanjang persalinan aktif selalu tersedia dokter yang mampu memantau persalinan dan melakukan seksio saesarea darurat. Ketersediaan anestesi dan petugas untuk seksio saesarea darurat

Dari american college of obstetricans and ginecologists (1999).

Tahun 1978 merupakan tahun penting dalam sejarah riwayat seksio sesarea. Merrill dan gibbs (1978) melaporkan dari university of texas di san antonio bahwa kelahiran pervaginam secara aman dapat dilakukan pada 83 persen pasien yang pernah mengalami sectio sesarea. Pelaporan ini memicu minat terhadap kelahiran pervaginam dengan riwayat sectio sesarea (VBAC) ketika hanya 2 persen wanita amerika yang pernah menjalani sectio sesarea berupaya melahirkan pervaginam. Di amerika serikat VBAC meningkat secara sangat bermakna sehingga pada tahun 1996 telah terjadi peningkatan 14 kali lipat (menjadi 28 persen) wanita dengan riwayat sectio sesarea melahirkan pervaginam.

Sejak tahun 1989 terdapat beberapa laporan yang diterbitkan di seluruh Amerika Serikat dan Kanada yang menyarankan bahwa VBAC lebih beresiko daripada yang diperkirakan (leveno 1999) sebagai contoh scott (1991) menyarankan “pandangan alternatif terhadap keharusan percobaan persalinan.” Didasarkan pada pengalaman terjadinya ruptur uteri di Utah. Ia melaporkan 12 wanita yang mengalami ruptur uteri saat melahirkan pervaginam. Dua wanita memerlukan histerektomi, tiga kematian perinatal dan dua bayi mengalami gangguan neurologis jangka panjang yang signifikan. Potter dkk (1998) kemudian melaporkan terjadinya 26 ruptur uteri di Salt Lake City antara tahun 1990 dan 1996 serta 23 persen bayi meninggal atau cedera akibat afiksia intra partum.

Laporan-laporan semacam ini menimbulkan kekhawatiran serius tentang keamanan VBAC dan meningkatkan silang pendapat (Flamm 1997) memang, American College of Obstetricans and Gynecologists mengeluarkan suatu practice buletin revisi tahun 1998 dan 1999 yang mendesak agar percobaan kelahiran pervaginam dilakukan secara lebih berhati-hati. Dalam satu bagian tertulis “*karena ruptur uteri dapat sangat membahayakan, VBAC harus dicoba hanya di institusi yang memiliki perlengkapan untuk berespon terhadap kedaruratan dengan dokter yang selalu siap untuk memberikan perawatan darurat.*”

American College of Obstetrican and Ginecologist (1999) mengamati bahwa “menjadi semakin jelas bahwa **VBAC berkaitan** dengan peningkatan kecil tetapi bermakna dengan **resiko ruptur uteri** dengan akibat buruk bagi ibu dan bayi. Perkembangan ini yang mendorong pendekatan lebih berhati-hati dalam percobaan persalinan bahkan oleh pendukung VABC yang paling gigih sekalipun, menggambarkan perlunya dilakukan evaluasi ulang terhadap rekomendasi VBAC. Maka dari itu ditetapkan rekomendasi VBAC dari American College of Obstetrican and Ginecologist (1998,1999) yang sedang berlaku, yang walaupun mendorong kita untuk berhati-hati, juga secara gigih mendorong VBAC.

Rekomendasi the American Obsterticians and Ginecologist (1999) tentang seleksi kandidat untuk kelahiran pervaginam dengan riwayat sectio saesarea (VABC)

Dari tabel diatas juga harus diperhitungkan pada kasus riwayat sectio sesar multipel, jaringan parut yang tidak diketahui, presentasi bokong, kehamilan kembar, kehamilan postmatur, dan kecurigaan makrosomia. Sebelum VBAC dilaksanakan pada keadaan-keadaan diatas perlu dilakukan studi lanjut tentang efek sampingnya.

Score flamm dan Geiger juga dapat dipakai untuk menilai kandidat yang cocok untuk lahir pervaginam. Adapun score Flamm and Geiger **untuk VBAC** antara lain:

1. Usia di **bawah 40 tahun (2 poin)**.
2. Ada riwayat **pernah melahirkan normal**/per vagina:
 - A. Sebelum dan setelah sesar (4 poin)
 - B. Setelah sesar pertama (2 poin)
 - C. Sebelum sesar pertama (1 poin)
 - D. Belum pernah melahirkan per vagina (0 poin)
3. Indikasi pada **sesar sebelumnya** adalah **selain karena partus tak maju** (1 poin)
→ **Parameter 1-3 ini berarti bisa dinilai sebelum masuk persalinan.**
4. **Pendataran serviks** (dinilai oleh dokter dalam persalinan)
 - a. >75% (2 poin)
 - b. 25-75% (1 poin)
 - c. <25% (0 poin)
5. **Dilatasi serviks minimal 4 cm** (1 poin).

Selanjutnya poin dijumlah, dan dilihat nilai terhadap **persentase keberhasilan:**

0-2	: 42-49%
3	: 59-60%
4	: 64-67%
5	: 77-79%
6	: 88-89%
7	: 93%
8-10	: 95-99%

Bila persentase keberhasilan **kurang dari 50%**, pasien **sangat dianjurkan** melalui **sesar lagi**. Tetapi bila **lebih dari 90%**, dianjurkan **melalui vagina**.

3.4.1 JENIS INCISI UTERUS SEBELUMNYA

Pasien dengan **jaringan parut melintang** yang terbatas di **segmen uterus bawah kecil kemungkinan** mengalami **robekan jaringan parut** simptomatik pada kehamilan berikutnya. Secara umum **angka terendah untuk ruptur** dilaporkan untuk **incisi transversal rendah** dan **tertinggi** pada **incisi yang meluas ke fundus (incisi klasik)**. Genre dkk. (1997) melaporkan ruptur uteri 7 persen sebelum persalinan pada 62 wanita dengan incisi uterus klasik. Ruptur uteri juga dilaporkan tinggi (8 persen pada wanita dengan riwayat sectio saesarea dan malformasi uterus unikornuata, bikornuata, didelfis dan septata (Ravasia dkk, 1999).

Angka ruptur uteri pada wanita dengan riwayat incisi vertikal yang tidak mencapai fundus masih diperdebatkan. Namun, berdasarkan indikasi dilakukan incisi vertikal, jarang dokter yang tidak melakukan incisi meluas ke segmen aktif. Martin dkk (1997) serta shipp dkk (1999) melaporkan bahwa wanita dengan incisi uterus vertikal rendah tidak memperlihatkan peningkatan resiko ruptur uteri dibandingkan dengan wanita incisi transversal. **American college of obstetricans and gynecologists (1999) menyimpulkan** bahwa walaupun bukti ilmiah masih terbatas dan tidak konsisten, **wanita dengan incisi vertikal di segmen bawah uterus yang tidak meluas ke fundus dapat menjadi kandidat VBAC.**

Wanita yang pernah mengalami ruptur uteri beresiko mengalami kekambuhan. Mereka yang mengalami ruptur sebatas di segmen bawah dilaporkan memiliki angka rekurensi 6

persen pada persalinan berikutnya, sedangkan mereka yang riwayat ruptur mencakup uterus bagian atas mempunyai resiko rekurensi sebesar 32 persen. (Reyes-Ceja dkk, 1969; Ritchie, 1971)

Idealnya wanita dengan riwayat ruptur uteri atau incisi klasik atau bentuk T melahirkan dengan sectio saesarea setelah paru janin matang sebelum awitan persalinan dan bahwa para wanita tersebut diberitahu mengenai bahayanya bersalin tanpa bantuan dan tanda-tanda kemungkinan ruptur uteri. Dalam mempersiapkan laporan operasi setelah melakukan incisi uterus vertikal, dokter perlu mencatat luas sebenarnya dari jaringan parut sedemikian sehingga mungkin tidak disalah artikan oleh dokter berikutnya.

3.4.2 JUMLAH SECTIO SAESAREA SEBELUMNYA

Resiko ruptur uteri meningkat seiring dengan jumlah incisi sebelumnya. Miller dkk (1994) dalam sebuah studi terhadap 12.707 wanita yang menjalani percobaan kelahiran per vaginam setelah sectio saesarea melaporkan angka masing-masing 0,6 persen dan 1,8 persen bagi mereka dengan satu dan dua kali sektio saesarea sebelumnya. Caughey (1999) membandingkan ruptur uteri pada 3757 wanita dengan riwayat satu kali jaringan parut uterus dibandingkan dengan 134 wanita yang memiliki riwayat dua kali incisi. Jenis incisi uterus sebelumnya tidak dispesifikasi selain keterangan bahwa seksio saesarea berulang biasanya menggunakan incisi klasik. Angka ruptur uteri secara bermakna meningkat lima kali lipat pada wanita dengan riwayat dua kali sectio saesarea dibandingkan dengan satu kali riwayat sectio saesarea (3,7 persen versus 0,8 persen). American College of Obstetricans and Gynecologists (1999) berpendapat bahwa wanita dengan riwayat dua kali sectio saesarea incisi transversal rendah dapat dipertimbangkan untuk menjalani VBAC.

3.4.3 INDIKASI SECTIO SAESAREA SEBELUMNYA

Angka keberhasilan percobaan persalinan sedikit tergantung pada indikasi seksio saesarea sebelumnya. Secara umum sekitar 60 sampai 80 persen percobaan persalinan pervaginam pada pasien dengan riwayat seksio saesarea berhasil (american college of obstetricans and gynecologists 1999). Angka keberhasilan agak membaik apabila seksio saesar sebelumnya dilakukan atas indikasi presentasi bokong atau gawat janin daripada distosia. Angka keberhasilan VBAC bagi wanita yang seksio saesarea pertamanya untuk presentasi bokong adalah 91 persen dan menjadi 84 persen apabila indikasi awalnya ialah gawat janin (Wing dan Paul, 1998). Angka tersebut turun menjadi 77 persen pada mereka dengan distosia sebagai indikasi seksio sesarea.

Riwayat kelahiran pervaginam baik sebelum atau sesudah sectio saesarea secara bermakna meningkatkan prognosis keberhasilan VBAC. Bahkan, faktor prognostik yang paling menguntungkan adalah riwayat kelahiran pervaginam.

Menurut American College of Obstetricans and Gynecologists (1999) terdapat kecenderungan untuk memperluas indikasi penerapan VBAC. Indikasi-indikasi tersebut mencakup riwayat sectio saesarea multipel, jaringan parut yang tidak diketahui, presentasi bokong, kehamilan kembar, kehamilan postmatur dan kecurigaan makrosomia.

3.5 OKSITOSIN DAN ANALGESIA EPIDURAL

Pemakaian oksitosin untuk menginduksi atau augmentasi persalinan dilaporkan menjadi **penyebab ruptur uteri pada wanita dengan riwayat seksio sesarea**. Tunner (1997) mengamati bahwa 13 diantara 15 wanita dengan ruptur uteri

yang dirawat di Coombe Hospital di Dublin antara tahun 1982 dan 1991 merupakan wanita dengan riwayat seksio sesarea yang mendapat oksitosin, biasanya untuk induksi persalinan.

Sebaliknya, pemakaian oksitosin intravena secara berhati-hati untuk augmentasi persalinan pada wanita dengan riwayat seksio sesarea di rumah sakit ini jarang berkaitan dengan ruptur uteri. Zellop dkk (1999) mengamati kasus-kasus ruptur uteri di *Brigham and Women Hospital* setelah induksi atau augmentasi persalinan pada wanita dengan riwayat satu kali seksio sesarea. Ruptur uteri terjadi pada 2,3 persen dari mereka yang diinduksi dibandingkan augmentasi (1 persen) atau persalinan spontan (0,4 persen). *American College of Obstetricians and Gynecologists (1999)* merekomendasikan pemantauan pasien secara ketat apabila digunakan oksitosin atau gel prostaglandin pada wanita dengan riwayat seksio sesarea yang menjalani percobaan persalinan pervaginam.

Dahulu pemakaian analgesia epidural diperdebatkan karena kekhawatiran bahwa analgesia epidural dapat menutupi nyeri ruptur uteri. Namun pada kenyataannya, kurang dari 10 persen wanita dengan robekan jaringan parut mengalami nyeri dan perdarahan dan deselerasi frekuensi denyut jantung janin merupakan tanda yang paling mungkin pada kejadian ini (Flamm dkk.,1990) . Beberapa studi membuktikan keamanan analgesia epidural yang dilakukan dengan benar (Farmer dkk., 1991; flamm dkk.,1994)

3.6 SECTIO SAESAREA ELEKTIF BERULANG

Apabila direncanakan seksio sesarea berulang, perlu dipastikan bahwa janin sudah matur sebelum persalinan efektif tersebut. *American College of Obstetricians and Gynecologists 1991/1995*) telah membuat petunjuk mengenai penentuan waktu operatif elektif. Menurut kriteria ini, seksio sesarea elektif dapat dipertimbangkan pada atau setelah 39 minggu apabila paling tidak satu kriteria pada tabel dipenuhi. Pada keadaan lain harus dibuktikan tercapainya kematangan paru janin dengan analisis cairan amnion sebelum dilakukannya seksio sesarea elektif. Alternatifnya, kita menunggu awitan persalinan spontan.

Kriteria penentuan waktu seksio sesarea elektif berulang:

Setidaknya satu diantara kriteria dibawah harus terpenuhi pada seorang wanita dengan daur haid normal dan tidak menggunakan kontrasepsi oral beberapa waktu sebelumnya:

1. Bunyi jantung janin telah tercatat 20 minggu dengan fetoskop non elektronik atau selama 30 minggu dengan doppler.
2. Waktu sudah berlalu 36 minggu sejak uji kehamilan koriogonadotropin urin atau serum yang dilakukan di labolatorium memberikan hasil yang positif.
3. Ukuran panjang kepala bokong dengan USG yang diperoleh pada 6 – 11 minggu, mendukung perkiraan usia gestasi sekurangnya 39 minggu.
4. Pemeriksaan USG yang dilakukan pada minggu ke 12 sampai 20 memastikan usia gestasi paling sedikit 39 minggu yang ditentukan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik.

BAB IV PENUTUP

KESIMPULAN

Persalinan spontan lebih diharapkan pada wanita dengan riwayat SC, penelitian yang telah dilakukan selama ini menyatakan bahwa induksi persalinan aman selama terdapat indikasi pada ibu dan janin serta pasien merupakan kandidat yang memenuhi syarat untuk persalinan pervaginam bekas seksio sesarea (PPBS).