

## BAB VI

### PEMBAHASAN

#### 6.1 Hubungan Antara Usia Ibu Saat Melahirkan Dengan Keberhasilan VBAC

Hasil analisis hubungan antara usia ibu saat melahirkan didapatkan ibu yang berhasil melakukan VBAC paling banyak memiliki usia antara 20-35 tahun yaitu sebanyak 73 orang (74,5%). Tingginya proporsi ibu yang melahirkan pada kelompok usia 20-35 tahun dikarenakan merupakan kelompok usia reproduktif optimal sehingga banyak ibu hamil dan melahirkan pada usia tersebut (Koblinsky, 1997). Kehamilan dan persalinan pada usia 20-35 tahun resiko gangguan kesehatan yang terjadi pada ibu dan janin akan lebih rendah dibandingkan usia lainnya (Riyani Limoa, 2013).

Usia dibagi menjadi 2 kategori, yaitu beresiko tinggi bila usia ibu kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun dan beresiko rendah bila usia ibu antara 20-35 tahun (Manuaba, 1998). Usia resiko rendah merupakan usia yang paling aman untuk memiliki anak dan usia resiko tinggi merupakan usia yang kurang aman untuk mempunyai anak. Selain itu, pada kelompok usia 20-35 tahun kematangan organ reproduksi, kondisi emosional dan aspek-aspek sosial di sekitar wanita sudah mencukupi sehingga siap menjadi ibu dan menerima kehamilannya (Riyani Limoa, 2013;Kusumawati, 2006).

Ibu hamil dengan usia yang beresiko dapat mengakibatkan gangguan pada ibu dan janin pada saat proses persalinan. Ibu yang berumur <20 tahun sistem reproduksinya belum sempurna sehingga

beresiko tinggi baik terhadap kesehatan ibu maupun janinnya sedangkan ibu yang berumur >35 tahun sistem reproduksinya sudah mulai berkurang dan sudah mulai mengalami penurunan kondisi kesehatan (Riyani Limoa, 2013).

Usia ibu saat melahirkan adalah faktor resiko dalam kehamilan dan persalinan. Usia <20 tahun dan >35 tahun merupakan usia diluar reproduksi sehat. Kehamilan dan persalinan pada usia ini mempunyai resiko dua kali lipat dibandingkan dengan kelompok usia reproduksi sehat (20-35 tahun) yang merupakan usia optimal untuk mendapatkan anak. Pada usia <20 tahun immaturitas biologis dan persiapan yang baik dari tubuh untuk mempertahankan kehamilan serta mempersiapkan persalinan yang cukup aman bagi janin belum ada. Begitu juga pada usia >35 tahun dimana alat-alat reproduksi serta kondisi fisik ibu sudah mengalami kemunduran dalam menjalankan fungsinya sehingga dapat meningkatkan kemungkinan komplikasi obstetri dan sosial yang menunjang terjadinya peningkatan angka kematian dan kesakitan perinatal maupun maternal yang tinggi (Ulumiyah, 2014).

Selain itu usia ibu berkaitan dengan alat-alat reproduksi wanita. Usia reproduksi yang sehat dan aman adalah usia 20-35 tahun. Kehamilan diusia <20 tahun dan >35 tahun dapat menyebabkan masalah pada kehamilannya seperti anemia karena pada kehamilan diusia <20 tahun secara biologis belum optimal emosinya cenderung labil, mentalnya belum matang sehingga mudah mengalami keguncangan yang mengakibatkan kurangnya perhatian terhadap pemenuhan kebutuhan zat-zat gizi selama kehamilannya. Sedangkan pada usia >35 tahun terkait dengan penurunan daya tahan

tubuh serta berbagai penyakit yang sering muncul diusia ini (Amirudin dan Wahyuddin, 2004).

## 6.2 Hubungan Antara Indikasi Ibu Melakukan Seksio Sesarea Pada Persalinan Sebelumnya Dengan Keberhasilan VBAC

Hasil analisis hubungan antara indikasi seksio sesarea pada persalinan sebelumnya didapatkan bahwa ibu yang gagal melakukan VBAC sebagian besar memiliki indikasi distosia yaitu sebanyak 31 ibu (31,6%) dan ibu yang berhasil melakukan VBAC dengan indikasi distosia pada persalinan sebelumnya yaitu hanya 6 ibu (6,1%). Hasil uji statistik menjelaskan bahwa ada hubungan yang signifikan antara indikasi ibu melakukan seksio sesarea pada persalinan sebelumnya dengan keberhasilan VBAC dan ibu yang mencoba melakukan VBAC dengan indikasi SC sebelumnya bukan distosia memiliki peluang untuk berhasil sebesar 0,274 kali. Interpretasi *Odds Ratio* (OR) didapatkan  $OR < 1$  maka indikasi SC pada persalinan sebelumnya merupakan faktor protektif, bukan faktor resiko.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Peaceman dkk (2006) menemukan bahwa wanita yang indikasinya karena distosia memiliki angka keberhasilan yang lebih rendah secara bermakna dibandingkan dengan karena indikasi lain.

Proses mekanis persalinan dan hambatan yang potensial pada distosia terlihat pada akhir kehamilan dan persalinan yaitu pada serviks dan uterus bagian bawah. Pada akhir kehamilan, agar kepala janin dapat melewati jalan lahir, harus melewati segmen uterus bagian bawah yang relatif lebih tebal dan serviks yang tidak *berdilatasi*. Otot fundus uteri yang

kurang berkembang menyebabkan tenaga ibu yang kurang. Kondisi uterus, resistensi serviks dan tekanan kedepan yang dihasilkan akibat majunya bagian janin merupakan faktor yang mempengaruhi kemajuan persalinan kala satu (Cunningham, 2012).

Namun, setelah dilatasi serviks sempurna, hubungan antara ukuran kepala janin dan posisi janin serta kapasitas panggul, yang dikenal dengan istilah *proporsi fetopelvic*, menjadi lebih jelas saat saat janin mulai turun. Berdasarkan hal tersebut, abnormalitas pada *proporsi fetopelvic* menjadi lebih terlihat saat kala dua tercapai. Malfungsi otot uterus dapat disebabkan akibat uterus yang terlalu *berdistensi* atau persalinan yang terhambat atau dapat juga terjadi karena kombinasi keduanya. Jadi, persalinan yang tidak efektif biasanya dianggap sebagai tanda peringatan dari CPD (*cephalopelvic disproportion*) (Cunningham, 2012).

Pada hasil penelitian didapatkan ibu yang mengalami distosia paling banyak di sebabkan karena CPD sebanyak 18 ibu (18,37%). CPD adalah ketidak mampuan janin untuk melewati panggul dikarenakan kapasitas pelvik yang kecil, ukuran janin yang besar atau kombinasi dari keduanya. CPD dibedakan menjadi 2 yaitu disproporsi absolut dan relatif. Absolut apabila janin sama sekali tidak akan selamat dapat melewati jalan lahir dan relatif jika ada faktor-faktor lain yang berpengaruh (Cunningham, 2012).

Selama persalinan, setiap kontraksi diameter pelvik yang mengurangi kapasitasnya dapat menyebabkan distosia selama persalinan. Pelvik yang sempit dapat terjadi karena kontraksi pada pintu atas panggul, pintu tengah panggul, pintu bawah panggul atau kombinasinya (Cunningham, 2012).

Menurut *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (2015) keberhasilan VBAC diantara wanita dengan indikasi seksio sesarea pada persalinan yang lalu jika indikasinya adalah kelainan letak (84%), gawat janin (73%) dan distosia (64%). Menurut NICHD (*National Institute of Child Health and Human Development*), indikasi distosia pada seksio sesarea yang lalu juga dihubungkan dengan penurunan kemungkinan keberhasilan VBAC.

### 6.3 Hubungan Antara Jarak Persalinan Dengan Keberhasilan VBAC

Hasil analisis hubungan antara jarak persalinan dengan keberhasilan VBAC didapatkan bahwa ibu yang berhasil melakukan VBAC dengan jarak persalinan > 2 tahun sebanyak 46 ibu (46,9%) dan ibu yang melakukan sesar berulang dengan jarak persalinan > 2 tahun sebanyak 37 ibu (37,8%). Hasil uji statistik menjelaskan bahwa ada hubungan yang signifikan antara jarak persalinan dengan keberhasilan VBAC dan ibu yang mencoba melakukan VBAC dengan jarak persalinan > 2 tahun berpeluang untuk berhasil sebesar 0,049 kali dibandingkan dengan ibu yang mencoba melakukan VBAC dengan jarak persalinan  $\leq$  2 tahun. Interpretasi *Odds Ratio* (OR) didapatkan  $OR < 1$  maka jarak persalinan merupakan faktor protektif, bukan faktor resiko.

Jarak kelahiran minimal agar organ reproduksi dapat berfungsi kembali dengan baik adalah 24 bulan. Sedangkan jarak yang ideal adalah 2-9 tahun. Seorang wanita yang melahirkan dengan jarak yang pendek dari kehamilan sebelumnya, akan memberikan dampak yang buruk terhadap kondisi kesehatan ibu dan bayi. Hal ini disebabkan karena bentuk dan fungsi organ reproduksi belum kembali dengan sempurna sehingga fungsinya

dapat terganggu apabila terjadi kehamilan dan persalinan kembali (Cunningham, 2012). Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Zaitoun M *et al* (2013) bahwa jarak persalinan mempengaruhi keberhasilan VBAC. Menurut penelitian Stamilio, David M (2007) memperhatikan peningkatan resiko ruptur uteri tiga kali lipat pada wanita dengan interval persalinan kurang dari 6 bulan dibandingkan dengan 6 bulan atau lebih. Namun, interval persalinan 6-18 bulan tidak meningkatkan resiko ruptur uterus atau morbiditas maternal secara bermakna.

Menurut penelitian Emmanuel Bujold *et al* (2010) ibu dengan jarak persalinan < 18 bulan memiliki pengaruh yang signifikan dengan peningkatan rupture uteri daripada ibu yang memiliki jarak persalinan > 24 bulan, tetapi tidak dengan ibu yang memiliki jarak persalinan 18-24 bulan. Dalam penelitian ini, Bujold tidak banyak menemukan *study* yang meningkatkan resiko ruptur uteri pada jarak persalinan 18-24 bulan.

Menurut penelitian Huang H. Wilson, *et al* (2002), mereka tidak menemukan perbedaan yang signifikan antara jarak persalinan yang pendek dengan jarak persalinan yang lama. Menurut mereka terdapat *confounding factors* yang mempengaruhi seperti ras, usia kehamilan saat persalinan, graviditas atau paritas, riwayat aborsi spontan atau elektif, indikasi seksio sesarea yang lalu, ketuban pecah dini, ketuban dengan mekonium, penggunaan anastesi epidural, jenis kelamin bayi dan berat badan lahir bayi.

Menurut BKKBN (2007), jarak persalinan yang optimal adalah 36 bulan. Penelitian pencitraan *magnetic resonance*, penyembuhan miometrium menunjukkan bahwa involusi dan restorasi anatomi uterus komplit sedikitnya membutuhkan waktu sekitar 6 bulan (Cunningham, 2012). Menurut *American*

*College of Obstetricians and Gynecologists* (2015), keberhasilan VBAC sekitar 60-80%. Keberhasilan tersebut tinggi apabila jarak persalinannya cukup yaitu >2 tahun. Jarak persalinan yang <2 tahun dapat meningkatkan resiko terjadinya kematian maternal. Persalinan dengan jarak persalinan < 2 tahun merupakan kelompok resiko tinggi untuk mengalami perdarahan postpartum, kesakitan dan kematian ibu (Kemenkes, 2013). Pernyataan Haresh (2010) memberi kesamaan bahwa salah satu faktor pendukung keberhasilan VBAC adalah jarak persalinan.

#### **6.4 Hubungan Berat Badan Bayi Lahir Dengan Keberhasilan VBAC**

Hasil analisis hubungan antara berat badan bayi lahir dengan keberhasilan VBAC didapatkan bahwa ibu yang berhasil melakukan VBAC memiliki berat badan bayi lahir sebagian besar < 3500 gram sebanyak 43 ibu (43,9%), 3500-3999 gram sebanyak 6 ibu (6,1%) dan tidak ada yang berhasil melakukan VBAC pada BBL  $\geq$  4000 gram. Hasil uji statistik menjelaskan bahwa ada hubungan yang signifikan antara berat badan bayi lahir dengan keberhasilan VBAC dan ibu yang memiliki berat badan bayi lahir < 4000 gram memiliki peluang berhasil VBAC sebesar 11, 463 kali lipat. Interpretasi *Odds Ratio* (OR) didapatkan OR > 1 maka jarak persalinan merupakan factor resiko.

Berat badan lahir adalah berat badan bayi yang ditimbang 24 jam pertama kelahiran (Oxorn dan Forte, 2010). Banyak faktor yang mempengaruhi berat badan lahir pada saat masih berada dalam kandungan yaitu faktor ibu, bayi dan plasenta. Berat badan lahir pada janin dengan berat lebih dari 4000 gram disertai dengan kepala yang besar dapat menyebabkan distosia sehingga seringkali akan menyebabkan ruptur

perineum (Wiknjosastro, 2010). Semakin besar berat badan bayi yang dilahirkan akan meningkatkan resiko terjadinya ruptur perineum karena perineum tidak cukup kuat menahan regangan bayi dengan berat badan bayi yang besar (Saifuddin, 2010).

Percobaan persalinan pervagina tidak boleh dilakukan bila didapatkan kontraindikasi persalinan pervagina bagi ibu ataupun janin, hiperekstensi kepala janin dan berat badan bayi >3600 gram. Pada bayi makrosomia perbedaan ukuran badan dan bahu janin lebih besar dibandingkan dengan bayi tanpa makrosimia, sehingga bayi makrosomia lebih beresiko menyebabkan ruptur uteri karena semakin menyulitkan bahu untuk dilahirkan (Saifuddin, 2010).

Faktor resiko seperti obesitas, multiparitas dan diabetes berkaitan dengan peningkatan berat badan janin. Angka kejadian distosia bahu meningkat pada berat badan janin yang lebih besar, tetapi hampir setengah dari bayi baru lahir dengan distosia bahu memiliki berat badan bayi kurang dari 4000 gram. Karena sebagian besar kasus distosia bahu tidak dapat diprediksi atau dicegah secara akurat maka kelahiran sesar yang direncanakan dapat dipertimbangkan untuk ibu nondiabetes dengan janin yang diperkirakan memiliki berat badan bayi lahir >5000 gram atau ibu diabetes dengan perkiraan berat badan bayi lahir >4500 gram (Cunningham, 2012).

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Zaitoun M dkk (2013) bahwa berat badan bayi lahir > 4000 menurunkan keberhasilan VBAC. Pada penelitian yang dilakukan oleh Mohammed A. Elkousy dkk (2003) juga menyebutkan bahwa wanita yang memiliki berat badan bayi lahir  $\geq 4000$



gram hanya memiliki tingkat keberhasilan VBAC sebesar 50% saja dan bahkan bisa lebih rendah jika wanita tersebut juka memiliki riwayat CPD atau persalinan tak maju pada persalinan sebelumnya. Menurut penelitiannya tingkat terjadinya ruptur uteri meningkat 3,6% pada wanita dengan berat badan bayi lahir  $\geq 4000$  gram.

Menurut *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (2015) dalam VBAC, berat badan bayi  $\geq 4000$  gram dihubungkan dengan peningkatan resiko ruptur uteri, kegagalan VBAC, distosia bahu dan ruptur perineum derajat 3 sampai 4. Hal ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Jastrow dkk (2010), berat badan bayi lahir  $\geq 4000$  gram dihubungkan dengan tingginya tingkat penggunaan oksitosin dan anestesi epidural, dimana dua intervensi ini bisa menyebabkan persalinan lama dan distosia. Menurut penelitiannya juga berat badan bayi lahir  $\geq 4000$  gram berkaitan dengan semua hasil obstetri yang merugikan, sedangkan berat badan bayi lahir antara 3500-3999 gram dihubungkan dengan kegagalan VBAC dan distosia bahu.

### 6.5 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini masih memiliki beberapa keterbatasan yang dapat dijadikan acuan atau saran guna perbaikan penelitian selanjutnya. Beberapa keterbatasan diantaranya :

- a. Peneliti hanya meneliti beberapa faktor yang mungkin dapat mempengaruhi keberhasilan VBAC (indikasi seksio sesarea pada persalinan sebelumnya, jarak persalinan dan berat badan bayi baru lahir). Sehingga kemungkinan faktor lain yang mungkin dapat

berpengaruh pada keberhasilan VBAC tidak dijadikan variabel di penelitian ini.

- b. Kemungkinan terjadi bias informasi karena pengamatan yang dilakukan adalah menilai efek, setelah itu menelusuri faktor resiko pada masa lampau.

