

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Seksio Sesarea

2.1.1 Pengertian

Menurut Wiknjosastro (2010), seksio sesarea adalah suatu persalinan buatan, dimana janin di lahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram. Menurut Rasjidi (2009) seksio sesarea di definisikan sebagai lahirnya janin melalui insisi pada dinding abdomen (laparotomi) dan dinding uterus (histerektomi).

Sedangkan menurut Lenovo (2009) kelahiran dengan seksio sesar didefinisikan sebagai kelahiran janin melalui insisi di dinding abdomen (laparotomi) dan dinding uterus (histerektomi). definisi ini tidak mencakup pengeluaran janin dari rongga abdomen pada kasus ruptur uterus atau pada kasus kehamilan abdomen.

2.1.2 Istilah Bedah Sesar

Istilah bedas sesar menurut Sofian (2011) antara lain :

a. **Bedah sesar primer (efektif)**

Bedah sesar ini merupakan tindakan yang telah di rencanakan bahwa janin akan dilahirkan secara sesar, tidak di harapkan kelahiran

pervaginam, dapat di contohkan dengan adanya masalah pada ibu, yaitu panggul sempit.

b. Bedah sesar sekunder

Pada bedah sesar sekunder di lakukan persalinan dengan metode sesar jika tidak ada kemajuan persalinan atau partus percobaan gagal.

c. Bedah sesar ulang

Tindakan bersalin dengan metode sesar yang di lakukan pada ibu dengan riwayat persalinan yang lalu dengan metode seksio sesarea.

d. Bedah sesar histerektomi

Suatu operasi yang meliputi kelahiran janin dengan bedah sesar yang secara langsung diikuti histerektomi karean suatu indikasi.

e. Operasi porro

Suatu operasi tanpa mengeluarkan janin dari kavum uteri (pada janin mati), dan langsung di lakukan histerektomi pada kasus infeksi rahim yang berat.

2.1.3 Indikasi Seksio Sesarea menurut Rasjidi dan Sukoco (2009)

Ada beberapa indikasi seorang ibu dilakukan persalinan menggunakan seksio sesarea, yaitu :

a. Indikasi Mutlak

1) Indikasi ibu

Beberapa faktor ibu harus dilakukan seksio sesarea adalah, panggul sempit, kegagalan melahirkan secara pervaginam karena kurang adekuat stimulasi, tumor-tumor jalan lahir yang menyebabkan obstruksi, stenosis serviks atau vagina, plasenta previa, disproporsi sefalopelvik, dan ruptur uteri membakat.

2) Indikasi janin

Tidak hanya faktor ibu, namun keadaan janin tertentu juga dapat menjadi indikasi dilakukannya seksio sesarea, yaitu kelaian letak, gawat janin, prolapsus placenta, perkembangan bayi yang terhambat dan gawat janin.

b. Indikasi Relatif

Indikasi relatif adalah persalinan dengan seksio sesarea dilakukan karena risiko persalinan pervaginam lebih besar, seperti ibu dengan riwayat seksio sesarea sebelumnya, presentasi bokong, distosia, *fetal distress*, pre-eklamsia berat, penyakit kardiovaskuler, dan diabetes serta ibu dengan HIV positif sebelum inpartu.

Sedangkan menurut Eastman dalam manual seksio sesarea, seksio sesarea pada gemeli dianjurkan bila janin pertama letak lintang dan

presentasi bahu, bila terjadi *interlock*, distosia oleh karena tumor dan IUFD (*Intra Uterine Fetal Death*).

c. Indikasi Sosial

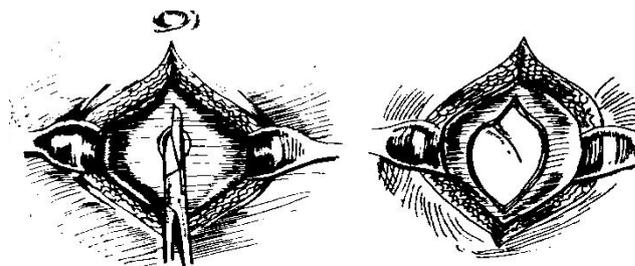
- 1) Wanita yang takut melahirkan berdasarkan pengalaman sebelumnya.
- 2) Wanita yang ingin seksio sesarea elektif karena takut bayinya mengalami cedera atau asfiksia selama persalinan atau mengurangi risiko kerusakan dasar panggul.
- 3) Wanita yang takut terjadinya perubahan pada tubuhnya atau *sexuality image* setelah melahirkan.

2.1.4 Jenis Seksio Sesarea

Menurut Wiknjosastro (2010) terdapat beberapa jenis Seksio Sesarea, yaitu :

a. Seksio sesarea klasik

Teknik seksio sesarea ini dilakukan pada dinding perut dibuat insisi mediana mulai dari atas simfisis sepanjang ± 12 cm sampai di bawah umbilikus lapis demi lapis sehingga cavum peritoneal terbuka. Teknik insisi di buat pada segmen atas rahim (SAR).

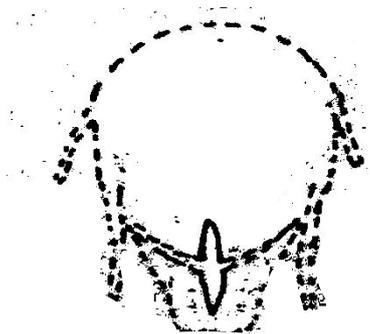


Gambar 2.1
Seksio Sesarea Klasik sumber Wiknjosastro 2010

Seksio sesarea klasik dapat dilakukan jika terjadi kesukaran dalam memisahkan kandung kencing untuk mencapai segmen bawah rahim, misalnya karena adanya perlekatan-perlekatan akibat pembedahan seksio sesarea yang lalu, atau adanya tumor-tumor di daerah segmen bawah rahim. Selain itu juga dapat dilakukan pada janin besar dalam letak lintang dan plasenta previa dengan insersi plasenta di dinding depan segmen bawah rahim.

b. Teknik seksio sesarea transperitoneal profunda

Teknik seksio sesarea ini dilakukan pada dinding perut dibuat insisi mediana mulai dari atas simfisis sampai di bawah umbilikus lapis demi lapis sehingga kavum peritoneal terbuka, setelah itu dibuat *bladder-flap*, yaitu dengan menggantung peritoneum kandung kencing (plika vesikouterina) di depan segmen bawah rahim (SBR) secara melintang. Arah insisi pada segmen bawah rahim dapat melintang (transversal) atau membujur (sagital).



Gambar 2.

Seksio sesarea Transperitoneal Profunda dengan irisan sagital dan transversal

2.1.5 Komplikasi dan Efek Persalinan Seksio Sesarea

Komplikasi utama persalinan seksio sesarea adalah kerusakan organ-organ seperti vesika urinaria dan uterus saat dilangsungkan operasi, komplikasi anastesi, perdarahan, infeksi dan tromboemboli. Kematian ibu lebih besar pada persalinan seksio sesarea dibandingkan persalinan pervaginam. Takipnue sesaat pada bayi baru lahir sering terjadi pada persalinan seksio sesarea, dan kejadian trauma persalinan pun tidak dapat disingkirkan. Risiko jangka panjang yang dapat terjadi adalah terjadinya plasenta previa, solusio plasenta, plasenta akreta dan ruptur uteri (Rasjidi, 2009).

Rasjidi (2009) menyatakan selain komplikasi, terdapat juga efek dari persalinan menggunakan metode seksio sesarea, yaitu ;

- a. Nyeri abdomen
- b. Perlukaan vesika urinaria
- c. Perlukaan uterus
- d. Perawatan intensif
- e. Lama rawat inap
- f. Kematian maternal
- g. Morbiditas pernafasan pada neonatus
- h. Kebutuhan operasi pada persalinan selanjutnya
- i. Histerektomi

Dibandingkan dengan persalinan pervaginam, wanita yang menjalani seksio sesarea lebih mungkin mengalami komplikasi pasca operasi yaitu

rawat inap kembali, probabilitas tinggi sesar berulang di masa depan, kesulitan dengan menyusui dalam kehamilan masa depan, dan dua kali risiko kematian.

Penelitian menunjukkan bahwa seksio sesarea berulang bisa lebih berbahaya untuk ibu berisiko rendah dan bayi mereka. Ibu dan bayi mengalami bahaya baik dalam jangka pendek maupun jangka panjang. Dengan seorang ibu sesar lebih mungkin membutuhkan bantuan pernapasan dan mengembangkan bekuan darah di kaki atau paru-paru yang bisa mengancam jiwa. Cidera bedah pada organ internal dapat terjadi selama operasi. Memilih persalinan dengan metode seksio sesarea dapat berdampak pada kehamilan di masa depan. Operasi yang kedua atau lebih dapat menyebabkan kesulitan hamil kembali, janin di masa depan lebih mungkin terlahir prematur atau berat lahir rendah, masalah pada plasenta sehingga dapat mengganggu pertumbuhan optimal janin dan dapat menyebabkan malformasi janin (Goer, Romano, & Sakala, 2012 dalam Jukelevics, 2015).

2.2 *Vaginal Birth After Caesarea (VBAC)*

2.2.1 Pengertian

VBAC (*Vaginal Birth After Caesarea*) ialah proses persalinan per vaginam yang dilakukan terhadap pasien yang pernah mengalami seksio sesarea pada kehamilan sebelumnya atau pernah mengalami operasi pada dinding rahim (misalnya satu ataupun lebih miomektomi intramural). VBAC dianggap pilihan yang masuk akal dan aman untuk sesar berulang rutin oleh *Institut of Health* pada tahun 1981 (Jukelevics, 2015).

American Collage of Obstetricians and Gynecologist (2004) dalam cunningham (2013) menyatakan bahwa VBAC aman dilakukan jika didampingi dengan petugas yang dapat mengatasi kedaruratan yang dapat terjadi, selain itu komite menekankan jika seorang wanita dengan riwayat seksio sesarea akan menjalani VBAC maka harus dilaksanakan di pelayanan kesehatan yang menunjang.

2.2.2 Faktor-Faktor Yang Berpengaruh

Menurut beberapa ahli terdapat faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan *Vaginal Birth After Caesarea*, yaitu,

a. Usia maternal

Menurut Intan (2012) wanita yang menikah pada usia kurang dari 20 tahun dan wanita yang menikah diatas 35 tahun dapat merugikan kesehatan reproduksi ibu maupun kualitas janin anak. Pada wanita hamil yang usianya di bawah 20 tahun alat reproduksinya belum siap menerima kehamilan sehingga dapat me-

nimbulkan berbagai komplikasi, sedangkan pada ibu yang hamil berumur 35 tahun atau lebih akan mengakibatkan kondisi fisik yang menurun dapat meningkatkan risiko persalinan dengan penyulit, infeksi, perdarahan, serta berisiko melahirkan bayi kurang berat badan.

Usia ibu yang aman untuk melahirkan adalah sekitar 20 tahun sampai 35 tahun. Usia melahirkan dibawah 20 tahun sampai 35 - tahun digolongkan resiko tinggi. Dari penelitian didapatkan wanita yang berumur lebih dari 35 tahun mempunyai angka seksio sesarea yang lebih tinggi. Menurut Patel (2016) dalam peraturan keputusan klinis FLAMM untuk prediksi VBAC usia ibu yang dapat melakukan VBAC adalah kurang dari 40 tahun.

b. Pendidikan

Tingkat pendidikan seseorang dapat mempengaruhi kemampuan intelektual dalam menentukan sebuah keputusan di antara pilihan yang dihadapinya, termasuk menentukan proses persalinan yang akan di jalani (Marchorina, 2015).

Tingkat pendidikan sangat berpengaruh sejak proses kehamilan sampai dengan proses persalinan. Ibu yang berpendidikan tinggi cenderung untuk menikah pada usia yang matur diatas 20 tahun. Pendidikan yang semakin tinggi menyebabkan kemampuan ibu dalam mengatur jarak kehamilan, jumlah anak, dan pemanfaatan

fasilitas kesehatan dalam pemeriksaan kehamilan dan proses persalinan.

c. Riwayat persalinan pervaginam

Riwayat persalinan pervaginam baik sebelum ataupun sesudah seksio sesarea mempengaruhi prognosis keberhasilan VBAC (Cunningham, 2014). Menurut Benedetti (2000) dalam Toth (2012), menyatakan pada pasien bekas seksio sesarea yang sesudahnya pernah berhasil dengan persalinan pervaginam, makin berkurang kemungkinan ruptur uteri pada kehamilan dan persalinan yang akan datang. Walaupun demikian ancaman ruptur uteri tetap ada pada masa kehamilan maupun persalinan, oleh sebab itu pada setiap kasus bekas seksio sesarea harus juga diperhitungkan ruptur uteri pada kehamilan trimester ketiga terutama saat menjalani persalinan pervaginam.

d. Jumlah sesar sebelumnya

Jamelle (2015) menyatakan dikandung sekali seksio sesarea selalu seksio sesarea tidaklah selalu benar, tetapi beliau setuju dengan pernyataan bahwa setelah dua kali seksio sesarea selalu seksio sesarea pada kehamilan berikutnya, dimana diyakini bahwa komplikasi pada ibu dan anak lebih tinggi.

Resiko ruptur uteri meningkat dengan meningkatnya jumlah seksio sesarea sebelumnya. Pasien dengan seksio sesarea lebih dari satu kali mempunyai resiko yang lebih tinggi untuk terjadinya ruptur

uteri. Menurut Cunningham (2014) rupur uteri pada bekas seksio sesarea 2 kali adalah sebesar 1.8 – 3.7 % dan pasien dengan bekas seksio sesarea 2 kali mempunyai resiko ruptur uteri lima kali lebih besar dari bekas seksio sesarea satu kali.

Menurut Farmakides (2013) 77 % dari pasien yang pernah seksio sesarea dua kali atau lebih yang diperbolehkan persalinan pervaginam dan berhasil dengan luaran bayi yang baik. Menurut Cunningham (2010), *American College of Obstetricians and Gynecologists* pada tahun 2005 telah memutuskan bahwa pasien dengan bekas seksio dua kali boleh menjalani persalinan pervaginam dengan pengawasan yang ketat. Angka keberhasilan VBAC akan meningkat jika sesar sebelumnya dilakukan atas indikasi malpresentasi, atau distres janin. Faktor yang paling mendukung adalah riwayat kelahiran pervaginam.

e. Interval kehamilan

Menurut Dicle dalam Cunningham (2013) risiko ruptur uteri akan meningkat jika parut histerektomi tidak memiliki waktu yang cukup untuk sembuh. Pada penelitian yang telah dilakukan penyembuhan miometrium menunjukkan bahwa involusi dan restorasi anatomi uterus membutuhkan waktu sedikitnya 6 bulan.

Dalam penelitian Shipp (2001) yang menguji hubungan antara interval antar kelahiran dengan ruptur uteri pada 2.409 wanita yang memiliki kelahiran sesar satu kali, ruptur uteri terjadi pada 21 wanita

(1,4%), interval antar kelahiran 18 bulan kurang mengakibatkan peningkatan risiko ruptur uteri tiga kali lipat selama percobaan persalinan dibandingkan dengan interval lebih dari 18 bulan.

Sedangkan Stamilio (2007) memperhatikan peningkatan risiko ruptur uteri tiga kali lipat pada wanita dengan interval kurang dari 6 bulan dibandingkan dengan yang 6 bulan atau lebih. Namun, interval jarak kelahiran 6 bulan bukan tidak meningkatkan risiko ruptur uteri atau morbiditas maternal secara bermakna (Cunningham, 2013).

f. Indikasi bedah sesar terdahulu

Angka keberhasilan percobaan persalinan bergantung pada luasnya indikasi bedah sesar sebelumnya. Menurut *American Collage of Obstetricians and Ginecologist* (2004) angka keberhasilan VBAC sebesar 60-80%. Menurut laporan yang ada pada 91% wanita yang melahirkan sesar awal karena presentasi bokong dapat melahirkan pervaginam pada kehamilan selanjutnya. Jika bedah sesar dilakukan karena gawat janin, maka angka keberhasilannya adalah 84%, dan indikasi bedah sesar sebelumnya dikarenakan distosia memiliki angka keberhasilan yang rendah untuk kelahiran pervaginam (Lenovo, 2009).

Riwayat distosia adalah prediksi penting untuk kelahiran pervaginam setelah riwayat seksio sesarea. Pada lebih dari 1.900 wanita, Parcemen (2006) menemukan bahwa wanita yang indikasinya karena distosia memiliki angka keberhasilan lebih

rendah secara bermakna dibandingkan karena indikasi lain (Cunningham, 2013).

g. Jenis insisi uterus sebelumnya

Rasjidi (2009) menyatakan dalam seksio sesarea terdapat beberapa teknik atau prosedur yang pertama adalah seksio sesarea servikal rendah. Seksio sesarea servikal rendah adalah operasi yang melakukan insisi abdomen dengan transversal atau vertikal. Kedua adalah seksio sesarea klasik (korporal) merupakan suatu insisi vertikal pada korpus uteri di atas segmen bawah uterus dan mencapai fundus uterus. Sedangkan yang ke tiga adalah histerektomi sesarea, histerektomi sesarea adalah operasi histerektomi (pengangkatan rahim) dengan sebuah indikasi yang dilakukan setelah janin dilahirkan dengan seksio sesarea.

Dalam Cunningham tahun 2013, Shipp dkk (1999) melaporkan bahwa wanita dengan riwayat insisi uterus vertikal rendah tidak memperlihatkan peningkatan risiko ruptur uteri di bandingkan dengan wanita insisi transversal. *American Collage of Obstetricians and Gynecologists* (1999) menyebutkan angka ruptur uterus pada tipe insisi klasik atau bentuk T mencapai 4-9%, sedangkan angka ruptur uteri pada insisi tranversal rendah mencapai angka 0,2-1,5 %. Hal ini menandakan pasien dengan jaringan parut tranversal rendah terbatas di segmen bawah uterus berisiko kecil mengalami pemisahan jaringan parut pada kehamilan berikutnya.

Sehingga ACOG menyimpulkan bahwa wanita dengan insisi vertikal di segmen bawah uterus yang tidak meluas ke fundus dapat menjadi kandidat untuk *Vaginal Birth After Caesarea* sebaliknya, riwayat insisi uterus klasik atau berbentuk T dianggap kontraindikasi untuk VBAC.

h. Penyembuhan luka pada seksio sesarea sebelumnya

Pada seksio sesarea insisi kulit pada dinding abdomen biasanya melalui sayatan horizontal, kadang-kadang pemotongan atas bawah yang disebut insisi kulit vertikal. Kemudian pemotongan dilanjutkan sampai ke uterus. Daerah uterus yang ditutupi oleh kandung kencing disebut segmen bawah rahim, hampir 90% insisi uterus dilakukan di tempat ini berupa sayatan horizontal. Cara pemotongan uterus seperti ini disebut "*Low Transverse Cesarean Section*". Insisi uterus ini ditutup atau di jahit dan akan sembuh dalam 2 – 6 hari. Insisi uterus dapat juga dibuat dengan potongan vertikal yang dikenal dengan seksio sesarea klasik, irisan ini dilakukan pada otot uterus. Luka pada uterus dengan cara ini mungkin tidak dapat pulih seperti semula dan dapat terbuka lagi sepanjang kehamilan atau persalinan berikutnya. Hal ini disebut kerusakan bekas luka, atau ruptur uteri, sehingga tidak di anjurkan di lakukan persalinan pervaginam. (Cunningham, 2013).

2.2.3 Kandidat percobaan VBAC

Pemilihan wanita yang paling sesuai untuk menjalankan percobaan persalinan merupakan suatu tantangan. Tinjauan oleh Hasyima (2004) dalam Guise (2004) menyimpulkan bahwa tersedia data berkualitas yang sedikit untuk memadu keputusan klinik tersebut. Namun, jelas bahwa makin sedikit jumlah faktor risiko yang rumit, makin besar kemungkinan keberhasilannya (Gregory et al tahun 2008 dalam Cunningham 2013).

Dalam analisis sekunder terkini pada penelitian MFMU Network Grobmen et al membuat sebuah nomogram untuk membantu memperkirakan percobaan persalinan yang berhasil. Model tersebut hanya bermanfaat untuk wanita dengan riwayat kelahiran sesar satu kali yang hamil aterm (Cunningham, 2013).

Selain itu menurut ACOG terdapat beberapa faktor pertimbangan seleksi kandidat untuk kelahiran pervaginam setelah seksio sesarea (VBAC) yaitu sebagai berikut :

Tabel 2.1 Rekomendasi pemilihan kandidat VBAC

Kriteria seleksi
Satu kali riwayat sesar transversal rendah sebelumnya
Pelvis adekuat secara klinis
Tidak terdapat parut uterus atau ruptur uterus sebelumnya
Dokter mudah di hubungi selama persalinan aktif dapat memantau persalinan dan melakukan persalinan sesar darurat
Ketersediaan anestesi dan personel untuk sesar darurat

Sumber : ACOG Practice Bulletin 2004 dalam Cunningham 2013

2.2.4 Kontraindikasi

Menurut SOGC *Clinical Practice Guidelines* tahun 2005 dalam *Guidelines for Vaginal Birth After Caesarea*, terdapat kontraindikasi untuk kelahiran pervaginam setelah seksio sesarea, yaitu :

- a. Bekas luka uterus sebelumnya yang klasik atau terbalik “T” Histerotomi sebelumnya atau miomektomi yang memasuki rongga uterus.
- b. Ruptur uterus sebelumnya.
- c. Adanya kontraindikasi terhadap persalinan, seperti plasenta previa atau malpresentasi.
- d. Wanita yang menolak untuk mencoba bersalin pervaginam setelah seksio sesarea dan permintaan untuk mengulang operasi sesar.

Menurut SOGC seorang pasien dapat melakukan percobaan persalinan pervaginam dengan riwayat seksio sesarea sebelumnya dengan tidak adanya kontraindikasi yang telah di sebutkan, dengan diskusi baik manfaat maupun risiko ibu dan perinatal. Selain diskusi *Inform Consent* merupakan hal yang paling penting dari rencana persalinan pada wanita dengan seksio sesarea sebelumnya.

2.2.5 Sistem skoring VBAC

Sistem skoring yang dapat membantu menilai keberhasilan VBAC yang cukup baik adalah sistem skoring oleh Flamm yang merupakan hasil penelitian prospek multisenter.

Tabel 2.2 Sistem Skoring VBAC Flamm

No	Variabel	Poin
1	Umur kurang dari 40 tahun	2
2	Riwayat persalinan pervaginam	
	a. Sebelum dan sesudah seksio sesarea pertama	4
	b. Setelah seksio sesarea pertama	2
	c. Sebelum seksio sesarea pertama	1
	d. Tidak pernah	0
3	Indikasi seksio sesarea pertama selain dari partus tak maju	1
4	Pendataran serviks dalam persalinan	
	a. >75%	2
	b. 25 - 75%	1
	c. <25%	0
5	Dilatasi serviks 4 cm atau lebih	1

Sumber : Skoring Flamm dalam Original Research Article 2015

Keberhasilan VBAC dengan sistem skoring dapat dilihat dalam tabel berikut,

Tabel 2.3 hasil skoring

Skor	Angka keberhasilan %
0 - 2	49
3	60
4	67
5	77
6	88
7	93
8-10	95

Sumber : Hasil Skoring Flamm dalam Original Research Article 2015

Menurut Patel (2016) sistem skoring FLAMM berguna untuk memprediksi hasil dari satu pasien bedah sesar sebelumnya yang menjalani persalinan pervaginam. Dalam tinjauannya skore lebih dari 5 akan meningkatkan kelahiran pervaginam yaitu mencapai lebih dari 90% sementara skore kurang dari atau sama dengan 2 meningkatkan angka dilakukannya seksio sesarea ulang mencapai 80-90%.

2.2.6 Komplikasi

Jaringan parut merupakan kontra indikasi persalinan pervaginam setelah seksio sesarea karena dikhawatirkan terjadi ruptur uterus. Pada tahun 1996, *American College of Obstetricians and Gynecologist* menjelaskan persalinan dengan VBAC sangat berkaitan dengan risiko ruptur uterus meskipun kecil, namun sangat signifikan dengan hasil akhir yang buruk baik bagi ibu maupun bayi. Angka kejadian ruptur uteri selama partus percobaan pada seksio sesarea sebanyak 0,8%.

Menurut Marie (2005) terdapat komplikasi dalam percobaan bersalin pervaginam setelah seksio sesarea, yaitu ruptur uteri. Ruptur uteri merupakan komplikasi paling serius yang dapat terjadi dalam VBAC. Komplikasi ini memerlukan penanganan segera, baik dengan operasi sesar atau laparatomi postpartum. Tanda gejala ruptur uteri adalah denyut jantung janin yang tidak menentu. Selain itu perut terasa nyeri, perdarahan vagina, hematuria, atau ketidak stabilan kardiovaskuler ibu harus diwaspadai dalam percobaan bersalin pervaginam setelah seksio sesarea.

Pada tahun 1996 Mac Mahon et all menerbitkan laporan tentang morbiditas ibu dalam percobaan persalinan pervaginam pasca seksio sesarea dengan seksio sesarea ulang terencana di Nova Scotia pada tahun 1986-1992 dari 3.249 wanita yang menjalani TOL (*Trial of Labor*) dan 2.889 wanita yang di lahirkan oleh ERCS (*Electife Repeat Cesarean Section*) menyatakan pada TOL yang gagal akan menyebabkan komplikasi

yang lebih besar. Meta analysis yang di terbitkan tahun 2000, menunjukkan bahwa resiko keseluruhan kematian perinatal meningkat pada wanita yang mencoba TOL. Risiko kematian perinatal dan morbiditas berat secara langsung berkaitan dengan ruptur uteri. Jika terjadi ruptur risiko kematian perinatal dan mordibitas berat meningkat. Risiko dugaan sepsis neonatal lebih besar pada wanita yang mencoba TOL namun gagal dan memerlukan seksio sesarea berulang (Marie, 2005).

2.2.7 Keuntungan VBAC

Dalam Panduan VBAC yang di tulis oleh Jukelevics tahun 2015, terdapat pendapat para ahli yang mengatakan keuntungan dalam bersalin menggunakan VBAC, yaitu sebagai berikut :

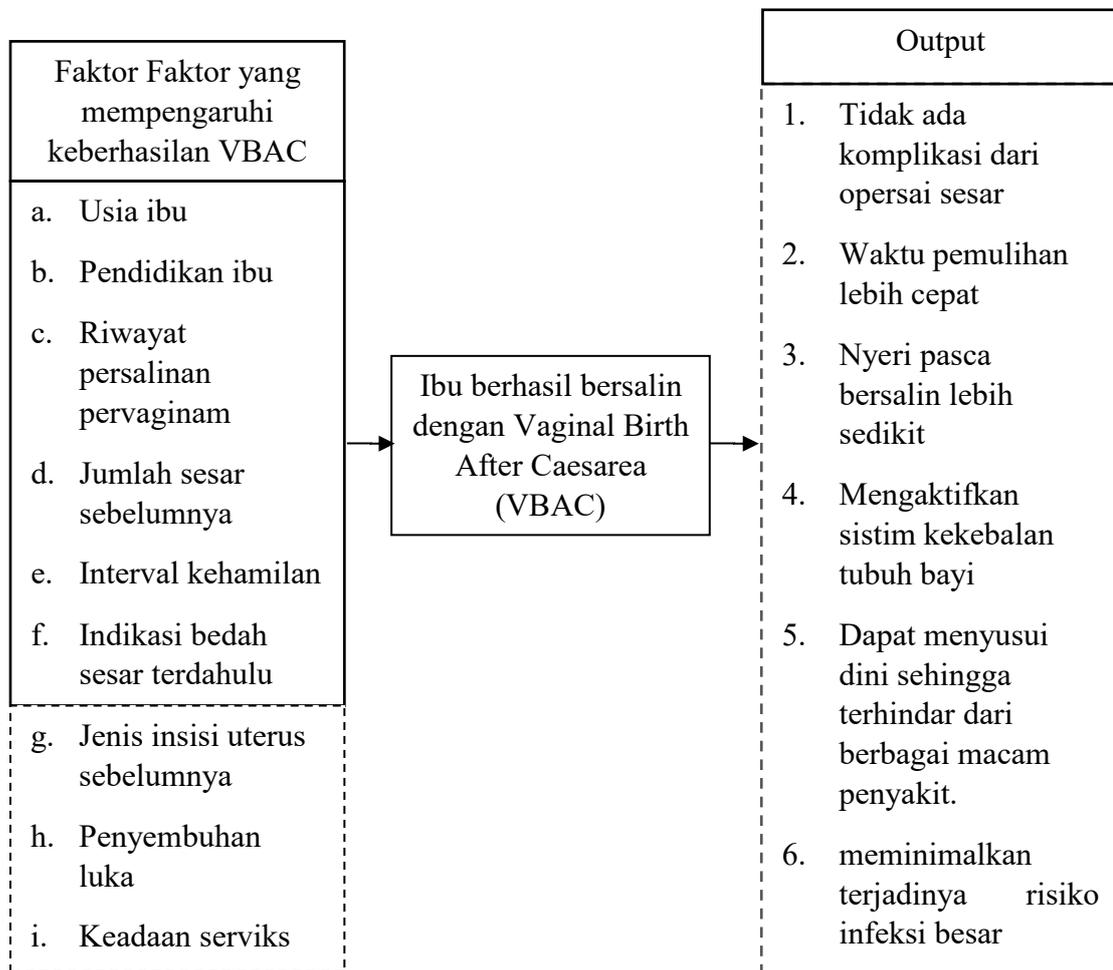
Persalinan dengan melewati jalan lahir akan mempersiapkan bayi untuk menerima mikroorganisme bermanfaat dari ibu. Bersalin pervaginam berperan dalam pengembangan sistem kekebalan tubuh bayi. Mikroorganisme manusia sangat penting untuk kesehatan dan kesejahteraan (Proctor, 2013). Beberapa mikroorganisme ini membantu menghasilkan vitamin dan zat anti inflamasi atau mikroorganisme dalam usus diyakini memainkan peran penting dalam penyakit. Sistem kekebalan yang kurang berkembang dapat memungkinkan auto imun penyakit seperti diabetes dan rheumatoid arthritis (A.S. National Institutes of Health, 2012).

Wanita yang memilih untuk melakukan seksio sesarea cenderung tidak bisa melakukan kontak *skiin to skiin*. Sehingga tidak memiliki ke-

kesempatan untuk menyusui dini. Tidak menyusui membuat ibu tidak memiliki beberapa manfaat kesehatan. Berbanding terbalik dengan ibu yang memilih bersalin dengan pervaginam akan memiliki kesempatan untuk menyusui dan menurunkan risiko ibu untuk kanker payudara. Selain itu dalam jangka panjang menyusui dapat menghindarkan ibu dari kanker ovarium, penyakit jantung dan osteoporosis di kemudian hari (Jukelevics & Wilf, 2009).

Selain keuntungan diatas juga terdapat keuntungan lainnya jika ibu memilih bersalin pervaginam setelah seksio sesarea yaitu, tidak ada komplikasi dari operasi sesar, pemulihan lebih cepat, nyeri pasca bersalin lebih sedikit, dan meminimalkan terjadinya risiko infeksi besar (Jukeleviks, 2017).

2.3 Kerangka Konsep Penelitian



Keterangan :

: Diteliti

: Tidak diteliti

Gambar 2.3

Kerangka konsep : Penelitian Faktor Determinan Vaginal Birth After Caesarean Section (VBAC).

