



**PASCASARJANA
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH**

**PELUANG PERSALINAN *SECTIO CAESAREA* DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS DALAM KABUPATEN NAGAN RAYA**

**MASITOH
2007210021**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT
BANDA ACEH
2022**



**PASCASARJANA
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH**

**PELUANG PERSALINAN *SECTIO CAESAREA* DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS DALAM KABUPATEN NAGAN RAYA**

Tesis ini diajukan sebagai
Salah satu syarat memperoleh gelar
MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT

**OLEH:
MASITOH
NPM: 2007210021**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT
BANDA ACEH
2022**

ABSTRAK

Nama : Masitoh

NPM : 2007210021

PELUANG PERSALINAN *SECTIO CAESAREA* DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS DALAM KABUPATEN NAGAN RAYA

(XVII + 110 Halaman, 15 Tabel, 5 Gambar, dan 7 Lampiran)

Pertolongan persalinan dengan cara *sectio caesarea* (SC) kini banyak dipilih dengan pertimbangan “*well born and well health mother*” dari pada persalinan pervaginam. Persalinan SC memiliki beberapa keuntungan dibanding persalinan normal, namun persalinan SC juga tidak luput dari masalah jangka pendek, dan jangka panjang bahkan kematian. Penelitian ini ingin membuktikan kondisi apa yang paling berpeluang dilakukan persalinan *sectio caesarea* di wilayah kerja puskesmas dalam Kabupaten Nagan Raya.

Penelitian ini merupakan penelitian observasional dengan desain penelitian kohort prospektif dan pendekatan *mix methods*, dilakukan di wilayah kerja puskesmas dalam Kabupaten Nagan Raya, data sekunder berasal dari data kohort ibu sebanyak 308 ibu hamil trimester tiga yang diikuti sampai melahirkan, sementara penelitian kualitatif, dengan melakukan *indepth interview* terhadap 9 informan terdiri dari 3 Bidan pemeriksa kehamilan dan 6 ibu hamil trimester 3 sampai melahirkan. Analisis data kuantitatif multivariat menggunakan *regresi logistic*, sementara analisa data kualitatif menggunakan verbatim dengan tetap memperhatikan triangulasi data.

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa peluang persalinan SC yang paling tinggi adalah faktor riwayat persalinan SC terdahulu dengan P value selalu konsisten yaitu 0,00 dengan nilai OR pada model akhir multivariat 36 kali, hal ini sangat didukung dengan penelitian kualitatif, bahwa ibu hamil yang pernah melahirkan SC, pilihan persalinan selanjutnya akan SC juga, dengan indikasi medis ditetapkan dari hasil pemeriksaan USG.

Pemberi layanan kesehatan perlu melakukan layanan *antenatal care* yang berkualitas termasuk memberi penjelasan kepada ibu tentang indikasi SC, dampak tindakan SC yang tidak sesuai indikasi, serta menerapkan *sistem Vaginal Birth After Caesarea (VBAC)* yaitu proses melahirkan normal setelah pernah melakukan *Sectio Caesarea*, sehingga ibu yang pernah mengalami riwayat *Sectio Caesarea* sebelumnya tidak ragu untuk memilih bersalin secara normal, jika tidak ada indikasi medis pada kehamilannya.

Keywords : Persalinan; ibu hamil; peluang SC, mix method

Daftar Kepustakaan : 73 referensi (1991 – 2021)

ABSTRACT

Name : Masitoh

NPM : 2007210021

CESAREAN SECTION OPPORTUNITIES IN THE WORKING AREA OF PUSKESMAS IN NAGAN RAYA DISTRICT

(XVII + 110 Pages, 15 Tables, 5 figures and 7 appendices)

Cesarean section (C-Section) has been widely chosen with the consideration of a "well born and well health mother" than vaginal birth. C-Section has some advantages compared to vaginal birth but it has both short-term and long-term risks including death. This research aims to identify conditions that have the greatest chance of C-section in the working area of Puskesmas in Nagan Raya District.

This observational research used a prospective cohort and mixed methods. The research was conducted in the work area of Puskesmas in Nagan Raya District. The secondary data were 308 pregnant women in the third trimester who were followed until birth. The qualitative data were obtained from interviews with 9 informants consisting of 3 midwives and 6 pregnant women in the third trimester who were followed until birth. For quantitative analysis, the researcher used multivariate analysis of logistic regression, while the qualitative analysis used verbatim considering data triangulation.

The results showed that the highest probability of C-section was the history of having a C-section with a consistent P-value of 0.00 and the OR value in the multivariate final model of almost 36 times. It is strongly supported by qualitative research results that pregnant women who previously had C-sections, would have it as well for the next birth, with medical indications determined from the results of ultrasound examination.

Health care providers have to provide quality antenatal care services including explaining the indications for C-section and its dangers as well as implementing the Vaginal Birth After Caesarea (VBAC) system, which is a normal birth process after having a C-section so that mothers with a history of C-section do not hesitate to choose vaginal birth if there is no medical indication.

Keywords: Birth; pregnant women, C-section opportunities, mix method

Reference: 73 references (1991 – 2021)

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Masitoh

NPM : 2007210021

Program studi : Magister Kesehatan Masyarakat

Peminatan : Administrasi Kebijakan Kesehatan

Dengan ini menyatakan bahwa tesis yang berjudul **"PELUANG PERSALINAN *SECTIO CAESAREA* DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS DALAM KABUPATEN NAGAN RAYA"** benar benar merupakan hasil karya pribadi dan seluruh sumber yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan benar.

Apabila dikemudian hari diketahui bahwa tesis ini merupakan hasil dibuat oleh pihak-pihak lain maka saya bersedia menerima sanksi akademis yang ditetapkan oleh Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Aceh (UNMUHA), termasuk pembatalan hasil sidang tesis atau pembatalan hak atas gelar magister saya.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya untuk dapat dipergunakan seperlunya dan tanpa ada paksaan.

Banda Aceh, 7 Oktober 2021



Masitoh

NPM 2007210021

LEMBAR PENGESAHAN SEMINAR PROGRES

PELUANG PERSALINAN *SECTIO CAESAREA* DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS DALAM KABUPATEN NAGAN RAYA

OLEH:

Masitoh

NPM: 2007210021

Banda Aceh, 3 Agustus 2022

Disetujui oleh,

Pembimbing I



(Dr. Mardani M. Kes)
NIP.197107231991012001

Pembimbing II



(Meutia Zahara, MSc., PhD)
NIDN. 1303128301

Mengetahui:

Direktur Pascasarjana UNMUHA



Prof. Asnawi Abdullah, SKM., MHSM., MSc.HPPF., DLSHTM., PhD.
NIP. 19710703 199503 1 001

PENGESAHAN KOMITE SEMINAR PROGRES

Tesis dengan judul

PELUANG PERSALINAN *SECTIO CAESAREA* DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS DALAM KABUPATEN NAGAN RAYA

OLEH:

Masitoh

NPM: 2007210021

Tesis ini telah disetujui, diperiksa untuk dipertahankan dihadapan Komite
Seminar Proposal Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat
Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Aceh

Banda Aceh 3 Agustus 2022

Disetujui oleh Komite Seminar Progres Tesis

Ketua : **Dr. Maidar, M.kes**
NIP. 19710723 19910112001

()

Penguji I : **Meutia Zahara, MSc., PhD**
NIDN. 1303128301

()

Penguji II : **Prof. Asnawi Abdullah, PhD**
NIP. 19710703 199503 1 001

()

Penguji III : **dr. Nurjannah, MPH., PhD**
NIP. 19790711 200604 2 002

()

Mengetahui:

Direktur Pascasarjana UNMUHA



Prof. Asnawi Abdullah, SKM., MHSM., MSc.HPPF., DLSHTM., PhD.
NIP. 19710703 199503 1 001

LEMBAR PENGESAHAN TESIS

PELUANG PERSALINAN *SECTIO CAESAREA* DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS DALAM KABUPATEN NAGAN RAYA

OLEH:

Masitoh

NPM: 2007210021

Banda Aceh, 14 September 2022

Disetujui oleh,

Pembimbing I



(Dr. Maidar, M.Kes)

NIP.197107231991012001

Pembimbing II



(Meutia Zahara, MSc., PhD)

NIDN. 1303128301

Mengetahui:

Direktur Pascasarjana UNMUHA



Prof. Asnawi Abdullah, SKM., MHSM., MSc.HPPF., DLSHTM., PhD.

NIP. 19710703 199503 1 001

BIODATA PENULIS

Nama : Masitoh

Tempat/ tanggal lahir : Palembang 21 Februari 1974

Alamat : Desa Suak Ribee, Kecamatan Johan Pahlawan, Kabupaten
Aceh Barat

Pendidikan : S.1 Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

Pekerjaan : ASN pada DPMGP4 Kabupaten Nagan Raya

Banda Aceh, Juli 2022



Masitoh

NPM 2007210021

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah S.W.T, atas rahmat, karunia dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan proposal ini dengan judul **“Peluang Persalinan Sektio Caesarea Di Wilayah Kerja Puskesmas Dalam Kabupaten Nagan Raya,”** Shalawat dan salam kepada Nabi Muhammad S.A.W yang telah membawa manusia dari alam kebodohan ke alam yang berilmu pengetahuan.

Proposal ini merupakan salah satu syarat untuk memenuhi gelar Magister Kesehatan Masyarakat di Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Aceh. Penulisan proposal ini dapat terlaksana berkat dukungan, bimbingan, arahan dan bantuan dari berbagai pihak. Selanjutnya penulis mengucapkan terima kasih kepada

1. Bapak Dr. H. Aslam Nur, M.A selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Aceh.
2. Bapak Prof. Asnawi Abdullah, SKM, MHSM, MSc.HPPF, DLSHTM, PhD selaku Direktur Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Aceh
3. Ibu Dr. Maidar, M.Kes selaku pembimbing I dan Dr. Meutia Zahara, MSc, PhD selaku pembimbing II yang telah menyediakan waktu dalam proses bimbingan dalam menyelesaikan proposal tesis ini.
4. Para dosen dan seluruh staf Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat yang telah memberi bimbingan selama ini.
5. Para teman sejawat MKM angkatan tahun 2020 dan sahabat yang selalu memberi semangat dan telah membantu penulis dalam menyelesaikan pra proposal ini.

Semoga bantuan yang telah diberikan kepada penulis mendapat balasan dari Allah SWT sesuai dengan amal dan ibadahnya. Dengan segala kerendahan hati penulis menyadari bahwa penulisan proposal ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, penulis senantiasa mengharapkan kritikan dan saran dari semua pihak yang sifatnya membangun demi tercapainya kesempurnaan yang lebih baik dimasa yang akan datang.

Akhirnya hanya kepada Allah jualah penulis mohon ridha-Nya. Amin Ya Rabbal' Alamin.

Banda Aceh, Juni 2022

Penulis,



Masitoh

NPM: 2007210021

DAFTAR ISI

ABSTRAK.....	ii
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iv
LEMBAR PENGESAHAN PROPOSAL.....	v
PENGESAHAN KOMITE SEMINAR PROPOSAL.....	vi
LEMBAR PENGESAHAN PROGRES.....	vii
PENGESAHAN KOMITE SEMINAR PROGRES.....	viii
BIODATA PENULIS.....	ix
KATA PENGANTAR.....	xi
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR TABEL.....	xv
DAFTAR GAMBAR.....	xvi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvii
DAFTAR SINGKATAN.....	xviii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Pertanyaan Penelitian.....	4
1.4 Tujuan Penelitian.....	5
1.5 Ruang Lingkup Penelitian.....	6
1.6 Manfaat Penelitian.....	7
1.7 Originalitas Penelitian.....	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	14
2.1 Konsep Dasar Persalinan.....	14
2.2 Persalinan <i>Sectio Caesaria (SC)</i>	16
2.3 Alasan Terjadinya Kenaikan Persalinan dengan <i>Sectio Caesaria (SC)</i>	16
2.4 Indikasi <i>Sectio Caesaria (SC)</i>	17
2.5 Risiko <i>Sectio Caesarea (SC)</i>	19
2.6. Faktor-faktor Internal Ibu bersalin Yang Dapat Meningkatkan Risiko Persalinan SC.	19

2.7	Faktor-faktor Eksternal Ibu Bersalin Yang dapat Meningkatkan Risiko Persalinan SC	28
2.8.	Literasi Kesehatan	33
2.9.	Determinan kematian ibu.....	34
2.10.	Akses terhadap pelayanan kesehatan	36
2.11	Perilaku sehat	37
2.12	Faktor-faktor lain yang tidak diketahui dan tidak jelas	37
2.13	Peluang (probabilitas).....	39
BAB III KERANGKA KONSEP		42
3.1.	Hubungan Variabel	42
3.2.	Hipotesis penelitian	43
3.3.	Variabel penelitan	43
BAB IV METODOLOGI PENELITIAN		49
4.1.	Desain Penelitian	49
4.2.	Lokasi Penelitian	50
4.3.	Populasi Dan Sampel Penelitian	50
4.4.	Metode Pengumpulan Data	52
4.5.	Analisis kuantitatif	54
BAB V HASIL PENELITIAN		60
5.1	Gambaran Umum Wilayah Penelitian	60
5.2	Hasil Penelitian	62
5.2.1	Hasil Analisis Univariat	62
5.2.2	Hasil Analisis Bivariat.....	67
5.2.3	Hasil Analisis Multivariat	77
5.2.4	Hasil analisa data Penelitian kualitatif.....	80
BAB VI PEMBAHASAN		88
6.1.	Keterbatasan Penelitian	90
6.2.	Pembahasan Penelitian	91

BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN	108
7.1. Kesimpulan	108
7.2. Saran.....	109
 DAFTAR PUSTAKA	 111
LAMPIRAN QUISIONER.....	118

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1 Orisinal Penelitian	8
Tabel 2 Definisi Operasional	42
Tabel 3 Jumlah ibu hamil Bulan februari semester tiga	48
Tabel 4 Jadwal Penelitian	56
Tabel 5 Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Metode Persalinan ..	59
Tabel 6 Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan faktor Sosial Demografi	60
Tabel 7 Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan faktor Status Kesehatan	61
Tabel 8 Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Status Obstetri Faktor Anak	62
Tabel 9 Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan faktor Status Obstetri Faktor Ibu	63
Tabel 10 Hubungan Sosiodemografi Ibu dengan Peluang Persalinan SC	64
Tabel 11 Hubungan Status kesehatan faktor ibu dengan Peluang Persalinan SC	66
Tabel 12 Hubungan Status Obstetri faktor anak dengan Peluang Persalinan SC	71
Tabel 13 Hubungan Status Obstetri faktor Ibu dengan Peluang Persalinan SC	72
Tabel 14 Hasil uji kelayakan model logi stik variabel independen terhadap variabel Dependen	75
Tabel 15 Karakteristik Informan	77

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1 Orisinal Penelitian	39
Gambar 2 Kerangka konsep penelitian	40
Gambar 3 Desain Penelitian kohort	47
Gambar 4 Mix Method Model Embedded	54
Gambar 5 Peta Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kab. Nagan Raya 2013	58

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Kuesioner Penelitian

Lampiran 2 Master Tabel Koding Data

Lampiran 3 Hasil Olah Data

Lampiran 4 Surat Izin Penelitian

Lampiran 5 Surat Selesai Penelitian

Lampiran 6 Foto Dokumentasi Penelitian

DAFTAR SINGKATAN

AKI	Angka Kematian Ibu
ANC	<i>Antenatal care</i>
BB	Berat Badan
CI	<i>Confidence Interval</i>
CPD	<i>CephaloPelvik Disproportion</i>
Depkes	Departemen Kesehatan
Dinkes	Dinas Kesehatan
DJJ	Denyut Jantung Janin
E- kohort	Elektronik Kohort
HB	<i>Haemoglobin</i>
JKN	Jaminan Kesehatan Nasional
KB	Keluarga Berencana
Kemenkes	Kementrian Kesehatan
OR	<i>Odds Ratio</i>
O2	Oksigen
Riskesdas	Riset Kesehatan Dasar
RSUD	Rumah Sakit Umum Daerah
SC	<i>Sectio Caesarea</i>
SMA	Sekolah Menengah Atas
SJSN	Sistem Jaminan Sosial Nasional
TB	Tinggi Badan
TD	Tekanan Darah/ Tensi Darah
TFR	<i>Total fertility Rate</i>
USG	<i>Ultra sonografi</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>
WM	Wawancara Mendalam
FGD	<i>Focus Group Discussion</i>

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Persalinan merupakan hal yang penting dalam kehidupan seorang wanita yang umumnya mendambakan persalinan cepat dan lancar serta mempunyai bayi yang sehat. Sayangnya ada sebagian dari proses persalinan itu harus dijalani tidak sesuai dengan harapan, karena diprediksi berbahaya bagi keduanya (ibu dan bayi), sehingga dilakukan persalinan dengan jalan operasi (Sihombing *et al.*, 2017).

Pertolongan persalinan dengan cara *sectio caesarea* (SC) kini banyak dipilih dengan pertimbangan “*well born and well health mother*” dari pada persalinan pervaginam, (Aprina & Puri, 2016). Kejadian persalinan SC masih banyak menjadi pilihan seorang ibu yang akan melahirkan, selain indikasi medis, juga dilakukan dengan alasan permintaan pasien sendiri. Persalinan SC memiliki beberapa keuntungan dibanding persalinan normal, namun dibalik itu persalinan dengan SC juga tidak luput dari masalah yang harus dipikirkan, yaitu akibat pada kesehatan jangka panjang, serta jangka pendek, baik bagi ibu dan bayi itu sendiri (Sulistianingsih & Bantas, 2018).

Dampak dan risiko kesehatan setelah SC bagi ibu, jangka pendek dapat menyebabkan infeksi, perdarahan, keterlambatan menyusui karena rasa sakit, cedera akibat dari obat bius, *tromboemboli*, bahkan kematian. Jangka panjang risiko pada kehamilan selanjutnya, lebih delapan puluh lima persen SC disebabkan karena adanya riwayat SC sebelumnya, terjadi *ruptur uteri* pada kehamilan berikutnya,

persalinan macet, kehamilan ektopik, adanya bekas luka bahkan keguguran (Yogatama & Budiarti, 2019; Keag *et al.*, 2018).

Beberapa penelitian menunjukkan dampak jangka pendek pada bayi yang dilahirkan dengan SC lebih rentan terhadap alergi, obesitas dan asma (Sandall *et al.*, 2018; Keag *et al.*, 2018). Hal ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan di Negara Brazil bahwa anak yang dilahirkan dengan metode SC, 1.98 kali akan mengalami kegemukan (Portela *et al.*, 2015).

WHO tahun 1985 telah menetapkan standar tindakan SC dalam satu negara berkisar 5-15% per kelahiran hidup, sebagai upaya pertolongan nyawa dalam persalinan, sedangkan dari Kementrian Kesehatan RI menetapkan standar 20% dari jumlah persalinan yang ada (Viandika & Septiasari, 2020), beberapa negara angka SC semakin meningkat sehingga WHO sangat mengkhawatirkan terhadap peningkatan tersebut (Betrán *et al.*, 2016).

Persalinan SC di Indonesia pun terus mengalami peningkatan, data Riskesdas 2018 menunjukkan persalinan dengan tindakan SC adalah 17.6%, tertinggi di Provinsi DKI Jakarta (31.3%) dan terendah Provinsi Papua (6.7%) (Sulistianingsih & Bantas, 2018) sementara angka persalinan dengan SC di Provinsi Aceh Tahun 2015 sekitar 20% dari seluruh persalinan (Yuniwati, 2019). Data dari RSUD Zainal Abidin sebagai Rumah Sakit rujukan utama Provinsi Aceh tahun 2019 sebanyak 65,3% (Razali *et al.*, 2021). Sementara Dari hasil pendataan awal di RSUD Sultan Iskandar Muda sebagai rumah sakit rujukan tingkat Kabupaten dengan pelayanan Tipe C, angka persalinan SC tahun 2018 mencapai 73,27%, tahun 2019 berjumlah 1245 dari

1691 persalinan atau 73,62% dari seluruh persalinan di Rumah Sakit, sedangkan tahun 2020 meningkat menjadi 2189 dari 2466 atau 88.76% dari seluruh persalinan (RSUD, 2020) atau 66 persen dari total persalinan yang ada di Kabupaten Nagan Raya (Nagan, 2020).

Dengan peningkatan intervensi penggunaan SC dalam 3 tahun terakhir di RSUD Sultan Iskandar Muda, menyebabkan pihak *stakeholder* setempat mengkhawatirkan hal itu. Karena mayoritas penduduk sebagai petani sawit, yang sangat mengandalkan fisik dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari. Saat ini SC tidak hanya dapat mengurangi *morbidity* dan *mortality*, tapi juga menimbulkan efek samping lebih lanjut.

Penelitian yang dilakukan di Jeddah, Arab Saudi tahun 2016 tentang trend peningkatan SC. Faktor risiko yang berperan adalah peningkatan pendapatan keluarga, ibu bekerja, perokok, ibu obesitas, umur ibu yang tua, presentase anak, *apgar score* jelek, serta sikap ibu sendiri sangat berhubungan dengan kejadian SC (Ibrahim *et al.*, 2020).

Tidak jauh berbeda dengan penelitian yang telah dilakukan di negara luar, di Indonesia determinan persalinan dengan SC menemukan faktor yang berpengaruh adalah status sosial ekonomi, tingkat pendidikan, daerah tempat tinggal, status pekerjaan ibu, kepesertaan asuransi kesehatan, umur ibu waktu akan melahirkan, jumlah bayi yang akan dilahirkan, tinggi badan ibu, penyakit penyerta dalam persalinan, efek samping persalinan, riwayat melahirkan, dan jumlah pemeriksaan dalam kehamilan minimal 4 kali (Socio-Ekonomi, 2017).

Melihat kondisi tersebut diatas dan berdasarkan beberapa penelitian terdahulu, bahwa banyak faktor yang secara signifikan berhubungan dengan persalinan SC. Namun perhitungan peluang untuk mengetahui seberapa besar kemungkinan seorang wanita hamil dengan kondisi tertentu belum banyak diteliti, maka peneliti ingin mengetahui peluang persalinan *sectio caesarea* di wilayah kerja puskesmas dalam Kabupaten Nagan Raya.

1.2 Rumusan Masalah

Tingginya angka prevalensi tindakan persalinan SC di RSUD Sultan Iskandar Muda, masih menjadi pilihan ibu untuk melahirkan. Risiko komplikasi klinis yang terjadi pada proses persalinan SC membutuhkan waktu yang lama dalam proses pemulihan dan berdampak pada proses persalinan selanjutnya, sehingga peneliti tertarik untuk mengetahui seberapa besar peluang seorang ibu hamil dengan kondisi tertentu dilakukan persalinan *sectio caesarea* di wilayah kerja puskesmas dalam Kabupaten Nagan Raya.

1.3 Pertanyaan Penelitian

Pertanyaan penelitian ini adalah kondisi apakah yang paling besar berpeluang dilakukan persalinan *sectio caesarea* di wilayah kerja puskesmas dalam Kabupaten Nagan Raya.

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui peluang persalinan SC di wilayah kerja puskesmas dalam Kabupaten Nagan Raya Tahun 2022.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Peneliti ingin mengetahui hubungan sosial demografi ibu (umur, pendidikan, status pekerjaan, kepesertaan JKN) dengan persalinan SC di wilayah kerja puskesmas dalam Kabupaten Nagan Raya.
2. Peneliti ingin mengetahui hubungan status kesehatan ibu saat ini (tinggi badan, berat badan, tensi darah, kadar HB, kunjungan ANC, *gravida*, jarak kehamilan) dengan persalinan SC di wilayah kerja puskesmas dalam Kabupaten Nagan Raya.
3. Peneliti ingin mengetahui hubungan *status obstetri* (faktor dari anak; kelainan letak, detak jantung janin) Faktor dari ibu; umur kehamilan, riwayat persalinan terdahulu) dengan persalinan SC di wilayah kerja puskesmas dalam Kabupaten Nagan Raya.
4. Peneliti ingin mengetahui hubungan rencana asuhan kebidanan oleh bidan pemeriksa dengan persalinan SC di wilayah kerja puskesmas dalam Kabupaten Nagan Raya (Penelitian kualitatif)
5. Peneliti ingin mengetahui hubungan literasi ibu hamil tentang kehamilan dengan rencana persalinan yang akan dipilih (Penelitian kualitatif)

6. Peneliti ingin mengeksplorasi fenomena tentang keputusan klinis ibu di SC pada penelitian kualitatif
7. Peneliti ingin mengeksplorasi upaya yang dilakukan terhadap ibu yang pernah dilakukan SC terhadap peluang persalinan normal pada penelitian kualitatif
8. Peneliti ingin mengeksplorasi tentang fenomena dengan melahirkan di tanggal cantik pada penelitian kualitatif.

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Ruang lingkup penelitian ini adalah untuk melihat peluang dan menganalisis hubungan sosial demografi, status kesehatan saat ini, status obstetri dan rencana asuhan kebidanan oleh bidan pemeriksa dan literasi ibu hamil tentang kehamilannya dengan rencana metode persalinan yang akan dijalani nanti serta fenomena keputusan klinis ibu yang di SC, upaya yang dilakukan terhadap ibu yang pernah di SC, serta fenomena melahirkan di tanggal cantik di wilayah kerja puskesmas dalam Kabupaten Nagan Raya. Penelitian ini dilakukan pada ibu hamil trimester tiga melalui kohort ibu di puskesmas, data yang digunakan adalah data sekunder. Serta data primer yaitu wawancara mendalam dengan ibu hamil serta bidan yang melakukan pemeriksaan kesehatan ibu di wilayah kerja puskesmas dalam Kabupaten Nagan Raya.

1.6 Manfaat Penelitian

1.6.1. Manfaat Teoritis

Sebagai masukan untuk menambah ilmu pengetahuan mengenai peluang persalinan SC, sehingga dapat menjadi referensi baru dalam pengambilan keputusan dan perumusan kebijakan kesehatan

1.6.2 Manfaat Praktis

1. Bagi ibu hamil

Diharapkan penelitian ini dapat digunakan sebagai sarana informasi dan dapat menambah pengetahuan ibu hamil tentang risiko persalinan SC

2. Bagi Dinas Kesehatan

Sebagai bahan masukan untuk penyusunan program dan kebijakan pelayanan kesehatan ibu yang akan melahirkan di wilayah kerja puskesmas dalam Kabupaten Nagan Raya

3. Bagi peneliti

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan rujukan peneliti lain yang ingin melakukan penelitian lebih dalam lagi terkait faktor risiko persalinan SC

1.7 Originalitas Penelitian

Berikut ini beberapa penelitian yang mempunyai pembahasan sama dengan penelitian ini.

Tabel 1 – Orisinal Penelitian

No	Peneliti (Tahun)	Judul	Metode	Kesimpulan Penelitian	Perbedaan dan Persamaan
1	(Aprina & Puri, 2016)	Faktor-faktor yang berhubungan dengan Persalinan <i>Sectio Caesarea</i>	Pendekatan <i>Cross sectional</i> dengan metode observasi <i>medical record</i> . Pengambilan sampel dengan teknik <i>Systematic Random Sampling</i> . Jumlah sampel 319 responden	Ada hubungan PEB, plasenta previa, partus tak maju, kelainan letak dengan SC di RSUD Dr. H Abdul Moeloek Provinsi Lampung tahun 2015	Perbedaan: Metode penelitian yang akan dilakukan adalah dengan desain <i>kohort prospektif</i> serta wawancara mendalam (<i>mix method</i>) Variabel dan tempat penelitian, serta jumlah sampel yang akan dilakukan berbeda dari penelitian ini. Penelitian ini hanya melihat hubungan SC dengan karakteristik ibu sementara penelitian yang akan dilakukan ingin melihat juga bagaimana rencana asuhan kebidanan oleh bidan pemeriksa dan literasi ibu hamil tentang kehamilannya dan rencana persalinannya nanti, serta tanggapan bidan terkait beragam fenomena SC sesuai dengan hasil penelitian. Persamaan; Sama sama melihat hubungan persalinan SC dengan karakteristik ibu

2	(Sihombing <i>et al.</i> , 2017)	Determinan persalinan <i>section caesarabel ea</i>	Analisis lanjut Riskesdas 2013. Sampel dalam analisis ini adalah 44.673 perempuan dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Dilakukan analisis <i>Regresi logistic</i> dengan <i>Odds Ratio</i>	Variabel yang memberikan pengaruh terhadap persalinan sesar adalah status sosial ekonomi, tingkat pendidikan, daerah tempat tinggal, status bekerja, kepemilikan jaminan kesehatan, usia kelahiran, jumlah janin, umur ibu, tinggi badan ibu, penyakit penyulit persalinan, komplikasi kehamilan, komplikasi persalinan, riwayat kelahiran hidup dan minimal empat kali pemeriksaan.	Perbedaan: Variabel dependen (sampel) hanya melihat persalinan SC saja Penelitian ini menganalisis data riskesdas 2013, sementara penelitian yang akan dilakukan metode penelitiannya dengan desain <i>kohort prospektif</i> serta wawancara mendalam (<i>mix method</i>) Variabel dan tempat penelitian, serta jumlah sampel juga berbeda. Penelitian ini hanya melihat hubungan SC dengan karakteristik ibu sementara penelitian yang akan dilakukan ingin melihat juga bagaimana rencana asuhan kebidanan oleh bidan pemeriksa dan literasi ibu hamil tentang kehamilannya dan rencana persalinannya nanti, serta tanggapan bidan terkait beragam fenomena SC sesuai dengan hasil penelitian. Persamaan: Sama sama melihat hubungan SC dan karakteristik ibu.
3	(Sosio-Ekonomi, 2017)	Kesenjangan sosio ekonomi	Analisis lanjut data SDKI tahun 2012. Desain	Hasil penelitian ini menunjukkan ibu yang	Perbedaan Desain penelitian yang akan dipakai

		dan faktor yang berhubungan dengan persalinan SC di Indonesia	<i>cross sectional</i> . Dengan jumlah responden 12,972 responden	sosial ekonomi kaya,ibu yang mempunyai komplikasi kehamilan, ibu yang berumur 36-49 tahun, ibu yang berpendidikan tinggi dan bekerja, menunjukkan adanya pengaruh terhadap persalinan SC	adalah <i>kohort prospektif</i> serta wawancara mendalam (<i>mix method</i>) Penelitian ini menganalisis data SDKI 2012, sementara penelitian yang akan dilakukan dengan 2 cara yaitu data primer lewat wawancara pada ibu hamil dan bidan pemeriksa dan data sekunder menggunakan checklist pada status rekam medik ibu hamil (<i>kohort ibu</i>) dalam wilayah Puskesmas dalam Kabupaten Nagan Raya Persamaan Sama sama melihat hubungan SC dan karakteristik ibu
4	(Sulistianingsih & Bantas, 2018)	Peluang menggunakan Metode sesar	<i>Cross sectional</i> dengan sumber data SDKI tahun 2017	Peluang menggunakan metode <i>caesar</i> pada persalinan dengan kondisi usia ibu >35 tahun, indeks kekayaan kuintil 5, ada riwayat komplikasi, dan bersalin di rumah sakit swasta adalah 71,2%. Sedangkan peluang menggunakan metode caesar hanya berdasarkan indikasi medis dalam hal ini ada tidaknya komplikasi	Perbedaan Metode penelitian yang dipakai dengan menggunakan <i>kohort prospektif</i> serta wawancara mendalam (<i>mix method</i>) Sumber data dipakai adalah data riskesdas sedangkan penelitian yang akan dilakukan menggunakan sumber data sekunder dari kohort ibu hamil dan data primer, yaitu wawancara kepada ibu hamil serta bidan pemeriksa. Persamaan

				adalah 34,2%	Pada variabel Dependen, sama sama mengukur peluang menggunakan SC pada persalinan.
5	(Akuma, 2019)	<i>Predisposing factors for cesarean section and associated factors among women delivery at Jimma University specialized hospital south west Ethiopia</i>	<i>Cross sectional</i> dengan 250 sampel wanita yang melahirkan di RS Teknik <i>consecutive sampling</i>	Ada hubungan jarak faskes >1 jam, kelainan letak, persalinan terlambat, dan gawat janin dengan kejadian SC di RS (Ethiopia)	Perbedaan: Metode penelitian ini <i>kohort prospektif</i> serta wawancara mendalam (<i>mix method</i>) Penelitian dilakukan di Negara lain (benua afrika), dengan karakteristik responden mungkin berbeda. Jumlah sampel. Variabel dependen dan independen beda Persamaan: Sama sama melihat hubungan SC dan karakteristik ibu
6	(Ibrahim et al., 2020)	<i>Cesarean section: Sixteen-years' trend, risk factors and attitudes of females delivered at King Abdulaziz University</i>	Penelitian ini menggunakan 2 metode 1. <i>Retrospektif</i> (2000-2016) sampel 66. 000 study review, 2. <i>Case control</i> 150 case dan 150 control	Faktor risiko adalah peningkatan pendapatan keluarga, ibu bekerja, perokok, ibu obesitas umur ibu yang lebih tua, presentase anak, apgar score jelek, serta sikap ibu sendiri sangat berhubungan dengan kejadian SC di RS	Perbedaan Metode penelitian ini dilakukan 2 metode, yaitu <i>retrospektif</i> dari study review, serta <i>case control</i> , sedangkan penelitian yang akan dilakukan menggunakan 2 metode <i>kohort prospektif</i> dan wawancara langsung kepada bidan pemeriksa dan ibu hamil tentang rencana persalinan nanti, penelitian ini dilakukan kepada

		<i>Hospital, Jeddah, Saudi Arabia</i>		Universitas, Jeddah.	ibu hamil di Kabupaten, bukan RS Nasional (provinsi) Persamaan Sama sama melihat hubungan SC dan karakteristik ibu
7	(Takegata et al., 2020)	Reasons for Increased Caesarean Section Rate in Vietnam: A Qualitative Study among Vietnamese Mothers and Health Care Professionals, <i>Healthcare</i>	Penelitian kualitatif , melibatkan informan yang berasal dari ibu hamil sebanyak 29 orang (wawancara mendalam 10 ibu yang ingin di SC, dan 9 ibu hamil dilakukan dengan cara FGD) dan tenaga kesehatan 19 orang yang terdiri dari 4 dokter spesialis kebidanan dan 15 bidan. Menggali persepsi ibu hamil dan tenaga kesehatan terhadap faktor medis dan faktor sosial yang berhubungan dengan peningkatan SC di RSU di kota Nha Trang (Vietnam)	Bahwa ada operasi SC yang tidak perlu dilakukan dengan kata lain tanpa indikasi medis , yang diminta oleh ibu hamil dan anggota keluarga. Dokter adalah faktor penentu utama untuk ibu melakukan SC, sementara dorongan emosional sangat diperlukan oleh Bidan.	Perbedaan : Metode penelitian yang dijalankan bukan hanya kualitatif, tapi kuantitatif (<i>mix method</i>) yang dilakukan bersamaan. Sedangkan penelitian ini hanya dilakukan secara kualitatif saja. Persamaan: Penelitian kualitatif dengan informan yang berasal dari pihak yang berbeda (ibu hamil, dan Bidan pemeriksa) Sama sama menggali persepsi ibu hamil tentang persalinan SC, dan tanggapan Bidan terhadap peningkatan SC.

8	(Huang <i>et al.</i> , 2013)	A mixed-method study of factors associated with differences in caesarean section rates at community level: the case of rural China	Penelitian Mix method dengan desain <i>Cross sectional</i> pada kuantitatif kemudian dilanjutkan penelitian kualitatif (11 FGD) Dilakukan di 2 Kabupaten di Prov Anhui, China. Sampel 2326 ibu yang telah melahirkan. Dan 58 informan penyedia layanan kesehatan di tingkat kota dan desa	Ada hubungan antara determinan sosial-ekonomi dan indikasi klinis terhadap perbedaan tingkat operasi seksio, yaitu: usia, pendidikan, pendapatan keluarga, primipara, Anc serta kompilkasi klinis. Pada penelitian kualitatif adalah ketakutan ibu akan rasa sakit, khawatir keselamatan ibu dan bayi, tidak puas dengan kompetensi dari rendahnya kepercayaan dokter pada persalinan pervaginam, dan tidak ada kader Bidan yang dapat membantu menjadi penentu opeasi seksio.	Perbedaan. Pada penelitian kuantitatif desain penelitian <i>cross sectional</i> dengan sampel ibu yang telah melahirkan dan kualitatif dilakukan dengan cara FGD sementara penelitian ini dilakukan dengan desain kohort dan sampelnya adalah ibu hamil sampai dengan melahirkan, pada penelitian kualitatif dilakukan dengan wawancara mendalam kepad ibu hamil , dan bidan. Dilakukan di dua tempat yang berbeda karakteristik masyarakatnya, sementara penelitian yang dilakukan dilakukan hanya di satu Kabupaten. Persamaan: Sama sama membahas tentang peningkatan SC, dan dilakukan dengan dua penelitian kuantitatif serta dilengkapi dengan kualitatif
---	------------------------------	--	--	--	---

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Persalinan

2.1.1 Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Proses ini dimulai dengan adanya kontraksi persalinan sejati, yang ditandai dengan perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan kelahiran plasenta (Manuaba, 2010)

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Persalinan dimulai sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap (Prawihardjo S, 2006).

2.1.2 Jenis persalinan

Cara persalinan adalah metode yang dipilih oleh ibu yang melakukan persalinan maupun oleh tenaga kesehatan yang menanganinya. Jenis persalinan menurut cara persalinan berdasarkan dua kategori yaitu persalinan normal (spontan) yaitu proses lahirnya bayi letak belakang kepala dengan tenaga ibu sendiri

(Mochtar R, 2011). Menurut WHO (*World Health Organization*) persalinan normal adalah persalinan yang berisiko rendah pada awal dan selama proses persalinan, bayi dilahirkan spontan dengan presentasi belakang kepala pada usia kehamilan antara 37 hingga 42 minggu lengkap

Persalinan abnormal, yaitu persalinan dengan bantuan alat atau melalui dinding perut dengan cara operasi *caesarea* (Bailey *et al.*, 2009). Keberhasilan sebuah proses persalinan sangat dipengaruhi oleh kondisi fisik ibu dan bayi, kondisi psikis maupun penolong yang membantu proses persalinan. Bila salah satu dari faktor tersebut ada yang tidak sesuai bisa terjadi masalah dalam proses persalinan, baik terhadap ibu maupun bayi.

Persalinan normal maupun persalinan dengan SC pada ibu yang akan melahirkan memiliki risiko dan manfaat yang berbeda untuk wanita dan janinnya (Cunningham *et al.*, 2010), sehingga ibu hamil harus memilih sesuai dengan keadaan kesehatan dan keinginannya.

SC merupakan indikator penting dalam aksesibilitas pelayanan kesehatan ibu dan anak secara darurat sebagai prosedur pembedahan yang banyak dilakukan untuk menyelamatkan nyawa ibu dan janin dan untuk mencegah komplikasi selama persalinan.

2.2 Persalinan *Sectio Caesaria* (SC)

Persalinan *sectio caesarea* adalah proses melahirkan janin melalui insisi pada dinding abdomen (*laparotomi*) dan dinding uterus (*histerektomi*). Istilah *sectio caesarea* berasal dari perkataan Latin *credere* yang artinya memotong. (Boley, 1991) Pengertian ini semula dijumpai dalam Roman Law (*Lex Regia*) dan Emperor's Law (*Lex Caesarea*) yaitu undang-undang yang menghendaki supaya janin dalam kandungan ibu-ibu yang meninggal harus dikeluarkan dari dalam rahim (Mochtar R, 2011; Akuma, 2019).

Sectio Caesarea (SC) adalah suatu cara untuk melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Nurarif & Kusuma, 2015; Boley, 1991).

2.3 Alasan Terjadinya Kenaikan Persalinan dengan *Sectio Caesaria* (SC)

Banyak peneliti telah merumuskan berbagai alasan terjadi peningkatan persalinan SC antara lain dikarenakan persalinan sebelumnya juga dilakukan SC (Mittal *et al.*, 2014; Aprina & Puri, 2016). Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan di Brazil yaitu sebagian besar wanita dengan kelahiran pertama SC akan mempunyai peluang lima kali lipat lebih tinggi untuk mengalami persalinan SC (Lindblad Wollmann *et al.*, 2020) Sementara ada juga yang mengemukakan tentang karakteristik ibu sesuai kesehatannya yang sekarang, walaupun pada kehamilan sebelumnya dilakukan persalinan SC (Novianti Margareth *et al.*, 2017).

Pengurangan parietas. Hal ini menyebabkan separuh dari wanita yang hamil adalah *nullipara*. Oleh karena itu, peningkatan jumlah SC dapat diperkirakan pada beberapa keadaan yang lebih lazim dijumpai pada wanita *nullipara*, khususnya *distosia* dan kehamilan dengan hipertensi.

Wanita cenderung mempunyai anak pada usia yang lebih tua. Peningkatan usia ibu hamil diatas 35 tahun meningkatkan proses melahirkan dengan SC (Zaki *et al.*, 2013). Pemantauan janin secara elektronik, meningkatkan peluang untuk mendeteksi gawat janin dan meningkatkan kenaikan jumlah SC bayi dengan presentasi letak bokong, sering dilahirkan dengan SC.

2.4 Indikasi *Sectio Caesaria* (SC)

Dalam persalinan ada beberapa faktor yang menentukan keberhasilan suatu persalinan yaitu jalan lahir, janin, kekuatan ibu, dan penolong. Apabila terdapat salah satu gangguan pada salah satu faktor tersebut akan mengakibatkan persalinan tidak berjalan dengan lancar bahkan dapat menimbulkan komplikasi yang dapat membahayakan ibu dan janin. (Mochtar R, 2011)

Persalinan dengan SC dilakukan jika kelahiran pervaginam mungkin akan menyebabkan risiko pada ibu ataupun pada janin. Adapun indikasi dilakukannya SC menyatakan pada pasien dengan jaringan parut meluas ke fundus dari persalinan sebelumnya yang berdampak mengalami risiko terjadinya ruptur uteri pada persalinan pervaginam (Branger *et al.*, 2018).

Inpartu terdapat kontraksi lemah dan tidak terkoordinasi yang menyebabkan kurangnya kekuatan untuk mendorong bayi keluar dari rahim (*incoordinate uterine action*). Pada pemeriksaan selanjutnya didapatkan kriteria panggul sempit, gawat janin akibat infeksi, perdarahan *ante partum*, sehingga membutuhkan penanganan khusus dalam proses persalinan (Andalas, 2014).

Kelainan lain terdapat pada letak atau presentasi janin sehingga dilakukan tindakan SC yang merupakan cara terbaik untuk posisi janin letak lintang dengan janin hidup dan besar. Kehamilan *primigravida* dengan letak lintang dan presentasi bahu harus mendapatkan tindakan segera yang disertai dengan *interlok*, *distosia* oleh karena tumor dan gawat janin (WIKNJOSTRO *et al.*, 1999).

Whalley menjelaskan (Simkin *et al.*, 2007) tindakan SC kadang diketahui menjelang dimulainya persalinan. Penyebab dilakukan tindakan SC karena terdapat komplikasi pada ibu seperti plasenta menutupi jalan lahir (*plasenta previa*), mengidap riwayat penyakit jantung, terinfeksi *herpes* kelamin aktif yang dapat terjangkit infeksi bila dilahirkan secara pervaginam dan ibu mempunyai riwayat SC sebelumnya. Sedangkan komplikasi pada janin mengalami kesulitan mengatasi stress persalinan (*fetal distress*), tali pusat turun melalui leher rahim sebelum si bayi (*prolapsed cord*), *Presentasi* dahi dan muka reposisi dan cara-cara lain tidak berhasil dan *Gemelli*.

2.5 Risiko *Sectio Caesarea* (SC)

Tindakan SC yang dilakukan pada proses persalinan memiliki risiko yang berhubungan dengan anestesi yang berbeda beda tergantung teknik anestesi yang dipilih dalam proses pembedahan yaitu rasa sakit selama beberapa minggu pasca persalinan, nyeri punggung, hematoma dan lain lain (Razali *et al.*, 2021; Field *et al.*, 2016).

Infeksi pasca operasi SC paling sering disebabkan oleh endometritis, infeksi luka bekas operasi, dan tromboflebitis akibat akses intravena. Infeksi juga dapat terjadi akibat pemasangan kateter (Field *et al.*, 2016; Razali *et al.*, 2021; Berghella *et al.*, 2013).

Kehilangan darah lebih besar dari pada kelahiran melalui vagina, dan merupakan salah satu komplikasi SC yang paling sering terjadi. Perdarahan dapat terjadi secara langsung ataupun lambat/*delayed*. Perdarahan umumnya disebabkan karena *atonia uteri*, trauma jaringan, trauma kandung kemih, gangguan *koagulasi*, atau masalah plasenta (Berghella *et al.*, 2013).

Disrupsi luka / gagal menutup dapat terjadi pasca SC, terutama pada wanita dengan obesitas, diabetes, insisi vertikal, dan riwayat disrupsi luka. Disrupsi luka juga meningkatkan risiko terjadinya infeksi luka operasi.(Berghella *et al.*, 2013).

2.6. Faktor-faktor Internal Ibu bersalin Yang Dapat Meningkatkan Risiko Persalinan SC

2.6.1 Sosial Demografi

2.6.1.1 Umur

Faktor umur si ibu mempunyai pengaruh terhadap kehamilan dan persalinan. Ibu yang berumur dibawah 20 tahun atau diatas 35 tahun sangat berisiko untuk persalinan patologis sebagai indikasi persalinan *sectio caesaria*. Kehamilan ibu dengan usia dibawah 20 tahun berpengaruh kepada kematangan fisik dan mental dalam menghadapi persalinan. Rahim dan panggul ibu seringkali belum tumbuh mencapai ukuran dewasa. Akibatnya diragukan kesehatan dan keselamatan janin dalam kandungan. Selain itu mental ibu belum cukup dewasa sehingga sangat meragukan pada ketrampilan perawatan diri ibu dan bayinya (Andalas, 2014; WIKNJOSASTRO *et al.*, 1999).

Bahaya yang dapat terjadi antara lain: bayi lahir belum cukup bulan, perdarahan dapat terjadi sebelum bayi lahir ataupun setelah bayi lahir. Kebutuhan pertolongan medik, bila terdapat kelainan yaitu;

- 1) Janin tidak dapat lahir normal, biasa dengan tenaga ibu sendiri.
- 2) Persalinan membutuhkan tindakan kemungkinan operasi SC.
- 3) Bayi yang lahir kurang bulan membutuhkan perawatan

Sebaliknya usia ibu diatas 35 tahun atau lebih, dimana pada usia tersebut terjadi perubahan pada jaringan alat- alat kandungan dan jalan lahir tidak lentur lagi. Selain itu ada kecenderungan didapatkan penyakit lain dalam tubuh ibu.

Bahaya yang dapat terjadi pada kelompok ini adalah;

- 1) Tekanan darah tinggi dan *pre-eklamsi*.

- 2) Ketuban pecah dini yaitu ketuban pecah sebelum persalinan dimulai.
- 3) Persalinan tidak lancar atau macet.
- 4) Perdarahan setelah bayi lahir.

Kebutuhan pertolongan medik yang dilakukan adalah;

- 1) Perawatan kehamilan teratur agar dapat ditemukan penyakit/ faktor risiko lain secara dini dan mendapat pengobatan.
- 2) Pertolongan persalinan membutuhkan tindakan *sectio caesaria* (Prawirohardjo, 2005).

Pertambahan umur akan diikuti oleh perubahan perkembangan organ-organ dalam rongga pelvis. Keadaan tersebut akan mempengaruhi kehidupan janin dalam kandungan. Pada wanita usia muda organ-organ reproduksi belum sempurna secara keseluruhan dan status kejiwaan yang belum bersedia sebagai ibu (Depkes, 2005).

Usia hamil yang ideal bagi seorang wanita adalah antara umur 20-35 tahun, karena pada usia tersebut rahim sudah siap menerima kehamilan, mental juga sudah matang dan sudah mampu merawat sendiri bayi dan dirinya (Manuaba, 2010).

2.6.1.2 Pendidikan

Tingkat pendidikan merupakan jenjang dalam penyelesaian proses pembelajaran secara formal. Makin tinggi tingkat pendidikan seseorang diharapkan pengetahuan dan perilakunya juga semakin baik, karena dengan pendidikan yang makin tinggi, maka informasi dan pengetahuan yang diperoleh juga semakin

banyak, sehingga perubahan perilaku kearah yang baik diharapkan dapat terjadi. (Notoatmodjo, 2003).

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 (Perkins *et al.*, 2016).

Tingkat pendidikan yang dimiliki oleh setiap orang dalam jangka waktu lama akan memungkinkan orang tersebut menggunakan nalarnya, apapun yang diberikan kepadanya baik dalam bentuk inovasi maupun yang lainnya. Demikian halnya dengan seorang ibu hamil, jika pendidikan ibu cukup maka, akan menggunakan nalarnya sehingga dapat memahami suatu penyuluhan termasuk menyuluh kesehatan ibu dan anak lebih khusus tentang ANC.

2.6.1.3 Pekerjaan

Pekerjaan seorang ibu bisa mempengaruhi kondisi dari kehamilan. Ibu dengan pekerjaan yang berat dapat mempengaruhi kondisi janin, uterus dan organ reproduksi lainnya. Hal ini dapat menyebabkan perubahan letak daripada janin dalam kandungan dan juga bahaya lainnya yang merupakan komplikasi dari kehamilan (Hung *et al.*, 2002).

Bagi kebanyakan wanita, mempertahankan pekerjaan sampai trimester ketiga, bekerja berjam-jam, dan bekerja di pekerjaan tertentu tidak secara

independen terkait dengan kemungkinan melahirkan sesar. Namun wanita yang bekerja lebih dari 40 jam seminggu dalam pekerjaan penjualan lebih mungkin untuk melahirkan SC daripada wanita yang bekerja di pekerjaan lain. Sebaliknya, wanita yang bekerja paruh waktu dalam pekerjaan penjualan cenderung tidak melahirkan secara sesar (Hung *et al.*, 2002).

Semakin rendah pendapatan semakin rendah pula motivasi ibu dalam memeriksakan kehamilannya dan ibu kurang memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada (Notoatmodjo S., 2005.).

2.6.1.4 Kepesertaan Asuransi (JKN)

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan melalui mekanisme asuransi sosial yang bertujuan agar seluruh penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Perlindungan ini diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.

Ibu yang memiliki JKN berpeluang lebih besar dalam melakukan SC dibanding ibu yang tidak memiliki JKN /Umum hal ini terkait biaya yang harus dikeluarkan dalam persalinan SC lebih besar dibanding dengan persalinan pervaginam (Novianti Margareth *et al.*, 2017).

2.6.2 Status kesehatan

2.6.2.1 Berat Badan

Pertambahan berat badan selama kehamilan sebagian besar diakibatkan oleh uterus dan isinya, payudara, dan peningkatan volume darah serta cairan *ekstraseluler* dan *ekstravaskuler* (Chung *et al.*, 2013). Sebagian kecil pertambahan berat badan tersebut diakibatkan oleh perubahan metabolik yang mengakibatkan pertambahan air selular dan penumpukan lemak dan protein baru yang disebut cadangan ibu. Rata rata pertambahan berat badan selama hamil yaitu sebanyak 12,5 kg (Mochtar R, 2011). Kenaikan berat badan yang terlalu banyak atau terlalu sedikit bagi ibu hamil akan mempengaruhi proses persalinan dan kondisi janin yang akan dilahirkan.

2.6.2.2. Tinggi Badan

Rustam Mochtar menyebutkan bahwa wanita yang memiliki tinggi badan $\leq$ 145 cm berpotensi memiliki panggul sempit dan berisiko mengalami tindakan persalinan operasi SC.(Mochtar R, 2011) Berbagai studi membuktikan, bahwa jika tinggi badan dapat menentukan ukuran panggul seseorang, semakin pendek seseorang maka semakin kecil ukuran pinggulnya. Ukuran panggul merupakan faktor penting yang mempengaruhi keberhasilan melahirkan normal.(Arendt *et al.*, 2018)

2.6.2.3. Gravida

Gravida adalah istilah yang digunakan dalam kebidanan yang artinya seorang wanita yang sedang hamil. Kehamilan merupakan suatu keadaan janin

dikandung didalam tubuh wanita, yang sebelumnya diawali dengan proses pembuahan dan diakhiri dengan proses persalinan (Prawirohardjo, 2005) Primi berarti pertama. *Primigravida* adalah seorang wanita hamil untuk pertama kali. *Multigravida* adalah seorang wanita yang sudah pernah hamil lebih dari satu kali (Prawirohardjo, 2005). *Grademultigravida* adalah wanita yang telah melahirkan 5 orang anak atau lebih, yang merupakan risiko persalinan patologis. (Andalas, 2014).

Keadaan kesehatan yang sering ditemukan pada ibu *grande multigravida* adalah; Kesehatan terganggu karena anemia dan kurang gizi. Kekendoran pada dinding perut. Tampak ibu dengan perut menggantung. Kekendoran dinding Rahim, sehingga mempunyai risiko, Kelainan letak dan persalinan letak lintang, robekan rahim pada kelainan letak lintang, persalinan Lama, perdarahan pasca persalinan (Prawirohardjo, 2005).

Menurut Wiknjosastro 2005, *gravida* yang paling aman adalah *gravida* 2 – 3. Hal ini dipengaruhi oleh kematangan dan penurunan fungsi organ-organ persalinan (Prawirohardjo, 2005).

2.6.2.4 Jarak Antar Kehamilan

Kehamilan sebelum 2 tahun sering mengalami komplikasi dalam persalinan. antara lain perdarahan setelah melahirkan, hal ini dikarenakan kesehatan fisik dan rahim ibu masih butuh cukup istirahat, rahim ibu belum siap untuk menampung dan menjadi tempat tumbuh kembang janin yang baru. Jarak kehamilan yang dekat juga tidak memberikan kesempatan ibu untuk memberikan ASI eksklusif pada

bayinya, sementara ASI eksklusif merupakan makanan yang paling baik untuk bayi yang baru lahir. Selain itu anak tersebut masih butuh asuhan dan perhatian dari orang tuanya (Prawirohardjo, 2005).

2.6.2.5. Riwayat Persalinan

Riwayat persalinan ibu dengan persalinan tidak normal merupakan risiko tinggi untuk persalinan berikutnya. Riwayat persalinan tidak normal seperti; perdarahan, *abortus*, kematian janin dalam kandungan, *preeklampsia/eklampsia*, ketuban pecah dini, kelainan letak pada hamil tua dan riwayat SC sebelumnya merupakan keadaan yang perlu diwaspadai, karena kemungkinan ibu akan mendapatkan kesulitan dalam kehamilan dan saat proses persalinan (Prawirohardjo, 2005).

2.6.2.6 Umur Kehamilan ibu

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi dalam 3 triwulan, yaitu triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan, triwulan ketiga dari bulan ke-7 sampai 9 bulan (Prawihardjo S, 2006).

Kehamilan lebih bulan (*serotinus*) Kehamilan yang melewati waktu 42 minggu belum terjadi persalinan, dihitung berdasarkan rumus Naegele. Biasanya dilakukan tindakan SC untuk menghindari komplikasi baik pada ibu maupun janin. Terhadap janin fungsi plasenta mencapai puncaknya pada kehamilan 28 minggu kemudian mulai menurun terutama setelah 42 minggu, hal ini dapat dibuktikan

dengan penurunan kadar *estradiol* kadar plasenta dan *estrogen*. Rendahnya fungsi plasenta berkaitan dengan peningkatan kejadian gawat janin dengan risiko tiga kali. Akibat dari proses penuaan plasenta maka pasokan makanan dan oksigen akan menurun disamping dengan adanya *spasme arteri spiralis*. Janin akan mengalami pertumbuhan terhambat dan penurunan berat dalam hal ini dapat disebut *dismatur*. Penyebab utama kematian perinatal adalah *hipoksia* dan *aspirasi mekonium* (Manuaba, 2010). Kehamilan lewat waktu juga dapat mengakibatkan makrosomia atau bayi besar dibandingkan dengan kehamilan cukup umur. Bayi besar ini dapat mengakibatkan terjadinya *disproporsi* kepala panggul (*cephalopelvic disproportion*), *shoulder dystocia* dan persalinan lama yang merupakan salah satu indikasi untuk dilakukannya persalinan operasi sesar (Novianti Margareth *et al.*, 2017).

2.6.2.7 Gawat Janin dalam Persalinan

Pengertian gawat Janin adalah Denyut jantung janin (DJJ) kurang dari 100 per menit atau lebih dari 180 per menit (Prawihardjo S, 2006) Gawat janin terjadi bila janin tidak menerima O₂ yang cukup, sehingga akan mengalami *hipoksia*. Situasi ini dapat terjadi (kronik) dalam jangka waktu yang lama atau akut. Disebut gawat janin bila ditemukan denyut jantung janin diatas 160/menit atau dibawah 100/menit, denyut 21 jantung tidak teratur, atau keluarnya mekonium yang kental pada awal persalinan (Prawihardjo S, 2006).

Penyebab Gawat Janin Menurut (Prawihardjo S, 2006) sebagai berikut :

1. Persalinan berlangsung lama adalah persalinan yang terjadi lebih dari 24 jam pada *primigravida* dan lebih dari 18 jam pada *multigravida*. Persalinan lama dapat mengakibatkan ibu menjadi gelisah, letih, suhu badan meningkat, berkeringat, nadi cepat, pernapasan cepat dan *meteorismus*. Di daerah lokal sering dijumpai: *Bandl Ring*, *oedema serviks*, cairan ketuban berbau, terdapat *mekonium*.
2. Induksi persalinan dengan *oksitosin Induksi* ialah suatu tindakan terhadap ibu hamil belum inpartu baik secara operatif maupun masinal, untuk merangsang timbulnya kontraksi rahim sehingga terjadi persalinan. Akibat pemberian *oksitosin* yang berlebih-lebihan dalam persalinan dapat mengakibatkan relaksasi uterus tidak cukup memberikan pengisian plasenta.
3. Ada perdarahan yang dapat mengakibatkan gawat janin.

2.7 Faktor-faktor Eksternal Ibu Bersalin Yang dapat Meningkatkan Risiko Persalinan SC

2.7.1 Pelayanan ANC (*Antenatal Care*)

Pengertian ANC (*antenatal care*) atau asuhan antenatal merupakan suatu program yang terencana berupa observasi, edukasi dan penanganan medik pada ibu hamil, untuk memperoleh suatu proses kehamilan dan persiapan persalinan yang aman dan memuaskan.

ANC merupakan kunjungan ibu hamil dengan tenaga kesehatan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai dengan standar yang ditetapkan (Marmi *et al.*, 2011).

Tujuan dari ANC, yaitu:

1. Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan, serta kesejahteraan ibu dan janin.
2. Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, maternal, serta social ibu dan bayi.
3. Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin.
4. Mendukung dan mendorong penyesuaian psikologis dalam kehamilan, melahirkan, menyusui dan menjadi orang tua.
5. Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan dalam pemberian ASI Eksklusif.
6. Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh dan berkembang secara normal.
7. Menurunkan angka kesakitan, serta kematian ibu dan perinatal.
8. Mengenali secara dini adanya ketidaknormalan/komplikasi yang mungkin terjadi selama masa kehamilan, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan, dan pembedahan, serta menangani atau merujuk sesuai kebutuhan.
9. Meningkatkan kesadaran sosial serta aspek psikologis tentang melahirkan

bayi dan pengaruhnya pada keluarga.

10. Memantau semua ibu hamil mengenai tanda komplikasi obstetri secara individu dan melakukan pemeriksaan diagnostik jika diperlukan sesuai indikasi.
11. Meyakini bahwa ibu yang mengalami tanda bahaya dapat kembali normal setelah mendapatkan penanganan dan tidak selalu dianggap atau diperlukan sebagai kehamilan yang berisiko.
12. Membangun hubungan saling percaya antara ibu dengan pemberi asuhannya.
13. Menyediakan informasi sehingga ibu dapat membuat keputusan berdasarkan informasi tersebut.
14. Melibatkan suami atau anggota keluarga dalam pengalaman kehamilan yang relevan, dan mendorong peran keluarga untuk memberikan dukungan yang dibutuhkan ibu

2.7.2 Pemanfaatan ANC (*Antenatal Care*)

Perkembangan pada pelayanan *antenatal care* memberikan kesempatan pada ibu hamil untuk berkomunikasi serta memberi dukungan kepada ibu. Komunikasi yang efektif tentang masalah fisiologis, biomedis, perilaku dan sosiokultural, serta dukungan yang efektif, termasuk dukungan sosial, budaya, emosional dan psikologis kepada wanita hamil mampu memberikan pengalaman positif selama kehamilan dan persalinan sebagai pondasi untuk mewujudkan ibu yang sehat.

Antenatal care bermanfaat untuk memantau dan meningkatkan kesejahteraan ibu dan bayi janin. Strategi WHO untuk menurunkan kehamilan risiko tinggi melalui perawatan rutin untuk semua wanita, perawatan tambahan untuk wanita dengan penyakit penyerta dalam kategori sedang dan komplikasi, perawatan obstetrik dan neonatal khusus untuk wanita dengan penyakit penyerta yang berat dan komplikasi.

Komplikasi pada kehamilan dapat terdeteksi sedini mungkin jika terdapat faktor risiko pada kehamilan awal seperti perdarahan dan preeklamsi. *Antenatal Care* juga menjadi cara untuk mendapatkan informasi mengenai gizi yang baik untuk ibu hamil, proses persiapan persalinan, dan dapat melakukan proses persalinan secara aman.

2.7.3 Jadwal pemeriksaan ANC (*Antenatal Care*)

Pemeriksaan Kunjungan ANC (*Antenatal Care*) sangatlah dibutuhkan yang guna memantau kondisi kesehatan ibu dan bayinya. Sehingga diperlukan pemeriksaan secara rutin.

Program kesehatan ibu di Indonesia menganjurkan agar ibu hamil melakukan paling sedikit empat kali kunjungan untuk pemeriksaan selama kehamilan, menurut jadwal 1-1-2 yaitu paling sedikit sekali kunjungan dalam trimester pertama, dilanjutkan dengan trimester kedua, dan dua kali pada trimester ketiga (Kesehatan, Tahun 2020).

Kunjungan antenatal terbaru sesuai standar pelayanan sebaiknya dilakukan paling sedikit 6 kali selama kehamilan. 2 kali pada trimester pertama (kehamilan hingga 12 minggu), 1 kali pada trimester kedua (kehamilan diatas 12 minggu sampai 26 minggu), 3 kali pada trimester ketiga (kehamilan diatas 24 minggu sampai 40 minggu) dan minimal 2x diperiksa oleh dokter saat kunjungan 1 di Trimester 1 dan saat kunjungan ke 5 di Trimester 3 (Kemenkes, 2020).

2.7.4 Indikasi Sosial

Sejalan dengan perkembangan kemajuan ilmu kedokteran dan obat-obatan sekarang ini mempengaruhi masyarakat dalam memilih proses persalinan dengan SC. Pada masa ini banyak dilakukan tindakan SC tanpa indikasi medis. Pemilihan tindakan tersebut dilakukan oleh ibu hamil sendiri. Mereka memilih operasi SC dengan alasan tidak tahan sakit, kecantikan dan anak yang sangat diharapkan.

2.7.5 Definisi Bidan

Bidan adalah seorang wanita yang selesai dari pendidikan bidan yang telah diregister, serta mempunyai *lisensi* untuk memberikan pelayanan kebidanan (Rahmawati, 2012).

2.7.5.1 Rencana Asuhan Kebidanan

Asuhan kebidanan adalah penerapan fungsi dan kegiatan yang menjadi tanggung jawab dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai

kebutuhan/masalah dalam bidang kesehatan ibu masa hamil, masa persalinan, nifas, bayi setelah lahir serta keluarga berencana yang mencakup upaya pencegahan, promosi persalinan normal, deteksi komplikasi pada ibu dan anak, dan akses bantuan medis atau bantuan lain yang sesuai, serta melaksanakan tindakan kegawat-daruratan (Rahmawati, 2012).

Standar Pelayanan *Antenatal Care* sebagai acuan untuk melakukan segala tindakan dan asuhan yang diberikan dalam aspek kepada individu, keluarga dan masyarakat, baik dari aspek input, proses maupun output.

Seorang bidan dalam melakukan asuhan kebidanan mempunyai 6 tahapan yaitu mulai dari pengkajian, penegakan diagnosa, rumusan masalah, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi serta dokumentasi (Helen Varney, 2007). Dokumentasi disini adalah berupa catatan tentang berinteraksi antara pasien, keluarga pasien dan tim kesehatan yang mencatat tentang hasil pemeriksaan prosedur, pengobatan pasien dan pendidikan kesehatan pada pasien, respon pasien kepada semua kegiatan yang dilakukan (Prawihardjo S, 2006).

2.8. Literasi Kesehatan

Literasi informasi adalah istilah yang diterapkan pada keterampilan pemecahan masalah informasi. Penggunaan keterampilan pemecahan masalah informasi, dengan kata lain, keterampilan literasi informasi menjadi unsur intelektual yang diperlukan dalam kehidupan setiap individu (Kurbanoglu *et al.*, 2006)

Literasi kesehatan melibatkan kemampuan individu dalam hal mendengarkan, menulis, membaca, berbicara, berhitung serta pengetahuan budaya dan konseptual. Kemampuan individu ini berinteraksi dengan sistem pelayanan kesehatan, sistem pendidikan serta berbagai faktor sosial budaya di tempat tinggal, tempat kerja dan masyarakat (Kindig *et al.*, 2004).

Literasi kesehatan pada ibu hamil menurut jurnal *Health Promotion International* (2006) yaitu ketertarikan untuk mendapatkan informasi, dengan informasi yang sangat banyak, memerlukan informasi faktual, bergabung dengan kelas antenatal, dan ibu harus percaya diri untuk menerapkan apa yang diajarkan. (Smith *et al.*, 2017)

Keterampilan kognitif dan sosial yang menentukan motivasi dan kemampuan ibu untuk memperoleh akses, memahami, dan menggunakan informasi dengan cara yang meningkatkan dan memelihara kesehatan mereka dan kesehatan anak-anak mereka (Smith *et al.*, 2017).

2.9. Determinan kematian ibu

(McCarthy & Maine, 1992) dalam kerangka konsepnya mengemukakan peran determinan kematian ibu sebagai keadaan/ hal- hal yang menjadi penyebab langsung serta tidak langsung kematian ibu. Determinan kematian ibu tersebut dikelompokkan dalam determinan proksi/ dekat (*outcomes*), determinan antara (*intermediate determinants*) dan determinan kontekstual/jauh (*distant determinants*).

2.9.1 Determinan proksi

Determinan proksi dipengaruhi oleh determinan antara dan meliputi :

2.9.1.1 Kejadian kehamilan

Wanita yang memiliki risiko untuk mengalami komplikasi, sedangkan wanita yang tidak hamil tidak memiliki risiko tersebut. Dengan demikian program keluarga berencana dapat secara tidak langsung mengurangi risiko kematian ibu. Beberapa penelitian telah membuktikan bahwa angka total kesuburan (*total fertility rate/TFR*) ternyata tidak selalu memberikan dampak yang berarti pada penurunan AKI. Bila TFR tinggi maka penurunan kematian ibu akan sangat dipengaruhi oleh keikutsertaan ber KB. Sebaliknya bila TFR cukup rendah, maka pelayanan KB tidak lagi berpengaruh terhadap penurunan AKI.

2.9.2 Komplikasi kehamilan dan persalinan

Komplikasi *obstetri* ini merupakan penyebab langsung kematian ibu, yaitu pendarahan, infeksi, eklamsia (trias klasik); partus macet (persalinan kasip); abortus; dan rupture uteri (robekan Rahim). Intervensi yang ditujukan untuk mengatasi komplikasi *obstetri* tersebut merupakan intervensi jangka pendek; yang hasilnya akan dapat segera terlihat dalam bentuk penurunan AKI. Intervensi hanya pada penyebab langsung saja tidak akan menyelesaikan masalah kematian ibu secara tuntas dan lestari. Dalam jangka panjang, upaya penurunan AKI harus memperhatikan dan dilengkapi dengan intervensi terhadap determinan antara dan kontekstual.

2.9.3 Determinan antara

Determinan antara dipengaruhi oleh determinan kontekstual dan meliputi :

2.9.3.1 Status kesehatan

Yang dimaksud dengan status kesehatan antara lain status gizi, penyakit infeksi atau parasit, penyakit menahun seperti *tuberculosis*, penyakit jantung, ginjal, dan riwayat komplikasi obstetri. Status kesehatan ibu sebelum maupun pada saat kehamilan berpengaruh besar terhadap kemampuan ibu dalam menghadapi komplikasi. Masalah kesehatan ibu yang turut menyumbang AKI di Negara berkembang adalah malaria, hepatitis, anemia, dan malnutrisi.

2.9.3.2 Status reproduksi

Yang dimaksud dengan status reproduksi antara lain usia ibu hamil (usia di bawah 20 tahun dan diatas 35 tahun merupakan usia yang berisiko untuk hamil dan melahirkan), jumlah kelahiran (semakin banyak jumlah kelahiran yang dialami oleh seorang ibu semakin tinggi risikonya untuk mengalami komplikasi), status perkawinan (wanita dengan status tidak menikah pada umumnya cenderung kurang memperhatikan pemeriksaan kehamilan, yang menyebabkan tidak terdeteksi kelainan yang dapat mengakibatkan terjadinya komplikasi).

2.10. Akses terhadap pelayanan kesehatan

Hal ini meliputi antara lain keterjangkauan lokasi tempat pelayanan (tempat pelayanan yang lokasinya tidak strategis/ sulit dicapai oleh para ibu menyebabkan berkurangnya akses ibu hamil terhadap pelayanan kesehatan), jenis dan kualitas

pelayanan yang tersedia (jenis dan kualitas pelayanan yang kurang menyebabkan rendahnya penggunaan pelayanan kesehatan yang tersedia).

2.11 Perilaku sehat

Hal ini antara lain meliputi penggunaan alat kontrasepsi (ibu ber-KB akan lebih jarang melahirkan dibandingkan dengan ibu yang tidak ber-KB), pemeriksaan kehamilan (ibu yang melakukan pemeriksaan kehamilan secara teratur akan terdeteksi masalah kesehatan dan komplikasinya), penolong persalinan (ibu yang ditolong oleh dukun berisiko lebih besar untuk mengalami kematian di banding dengan ibu yang melahirkan oleh tenaga kesehatan), perilaku menggugurkan kandungan (ibu yang berusaha menggugurkan kandungan lebih berisiko besar untuk mengalami komplikasi).

2.12 Faktor-faktor lain yang tidak diketahui dan tidak jelas

Disamping hal-hal diatas, terdapat keadaan yang mungkin terjadi secara tiba-tiba dan tak terduga yang dapat menyebabkan terjadinya komplikasi selama hamil atau melahirkan. Beberapa keadaan tersebut terjadi pada saat melahirkan, misalnya kontraksi uterus yang tidak adekuat, ketuban pecah dini, dan persalinan kasep.

2.12.1. Determinan kontekstual/ jauh

Determinan kontekstual/jauh (determinan sosial, ekonomi, budaya),

1. Status wanita dalam keluarga dan masyarakat

Termasuk ke dalamnya antara lain tingkat pendidikan (wanita yang berpendidikan lebih tinggi cenderung lebih memperhatikan kesehatan diri dan keluarganya), pekerjaan (ibu yang bekerja di sektor formal memiliki akses yang lebih baik terhadap berbagai informasi, termasuk kesehatan), keberdayaan wanita (*women empowerment*) yang memungkinkan wanita lebih aktif dalam menentukan sikap dan lebih mandiri dalam memutuskan hal yang baik bagi dirinya (termasuk kesehatan atau kehamilannya). Semua variabel tersebut dapat menjadi faktor yang berpengaruh dalam mencegah kematian ibu.

2. Status keluarga dalam masyarakat

Jika variabel tersebut di atas lebih menekankan pada diri wanita sebagai individu. Maka variabel berikut ini merupakan variabel keluarga wanita tersebut. Variabel tersebut antara lain penghasilan keluarga, kekayaan keluarga, tingkat pendidikan dan status pekerjaan anggota keluarga, juga dapat berpengaruh terhadap risiko mengalami kematian ibu.

3. Status masyarakat

Variabel ini meliputi antara lain tingkat kesejahteraan, ketersediaan sumberdaya (misalnya jumlah dokter dan pelayanan kesehatan yang tersedia), serta ketersediaan dan kemudahan transportasi. Status masyarakat umumnya terkait pula pada tingkat kemakmuran suatu negara serta besarnya perhatian pemerintah terhadap masalah kesehatan. Hal ini dapat dipantau dari persentase anggaran pemerintah yang dialokasikan

untuk kesehatan. Kemiskinan juga dapat merupakan salah satu faktor penghambat dalam upaya penurunan AKI.

2.213 Fenomena peningkatan SC

Terjadinya pergeseran persepsi tentang metode SC dari yang sebelumnya ditakuti menjadi hal yang lumrah dilakukan. Beberapa penelitian kualitatif di negara luar (Huang *et al.*, 2013; Takegata *et al.*, 2020) didapatkan karena peningkatan teknologi kedokteran yang pesat, yaitu pemakaian USG 4 dimensi, penemuan metode eracks, adanya kepercayaan besar terhadap kemampuan dokter spesialis, tidak mau merasakan sakit pada saat melahirkan, dapat menentukan tanggal sendiri untuk melahirkan terutama di Negara Asia (Long *et al.*, 2018), **untuk mendapatkan peruntungan**, rendahnya kompetensi Bidan dalam keputusan klinis yang tepat menjadi faktor penentu terjadinya peningkatan melahirkan secara SC..

2.14 Peluang (probabilitas)

Semua kejadian didunia selalu ada ketidakpastian. Bahkan dalam statistic pun berlaku demikian. Kejadian alam secara statistik selalu dikatakan mempunyai peluang untuk terjadi atau tidak terjadi. Teori peluang memberikan cara pengukuran kuantitatif tentang kemungkinan atau tingkat kepastian tentang terjadinya suatu peristiwa. Untuk itu peluang diinterpretasikan atas dasar pengertian tentang rangkaian peristiwa yang bersifat eksklusif secara bersama dan yang memiliki kesempatan yang sama untuk terealisasi (*mutually exclusive and*

equally likely sets of events). Dapat disimpulkan 2 kejadian yang mungkin timbul dianggap memiliki kesempatan yang sama untuk muncul jika sudah dipertimbangkan segala bukti yang relevan (Sabri & Hastono, 2018).

2.14.1 Konsep dasar peluang

Pandangan Klasik/ Intuitif. Harga angka yang menunjukkan seberapa besar kemungkinan suatu peristiwa terjadi, diantara keseluruhan peristiwa yang mungkin terjadi. Contoh: sebuah mata uang logam mempunyai sisi dua (H dan T) kalau mata uang itu dilambungkan 1 kali, peluang untuk keluar sisi H adalah $\frac{1}{2}$

1. Pandangan empiris/ probabilitas relative.

Dalam pandangan ini peluang berdasarkan observasi, pengalaman, atau peristiwa yang telah terjadi

2. Pandangan subyektif

Dalam pandangan ini ditentukan oleh pembuat pernyataan.

2.14.2 Unsur-unsur peluang

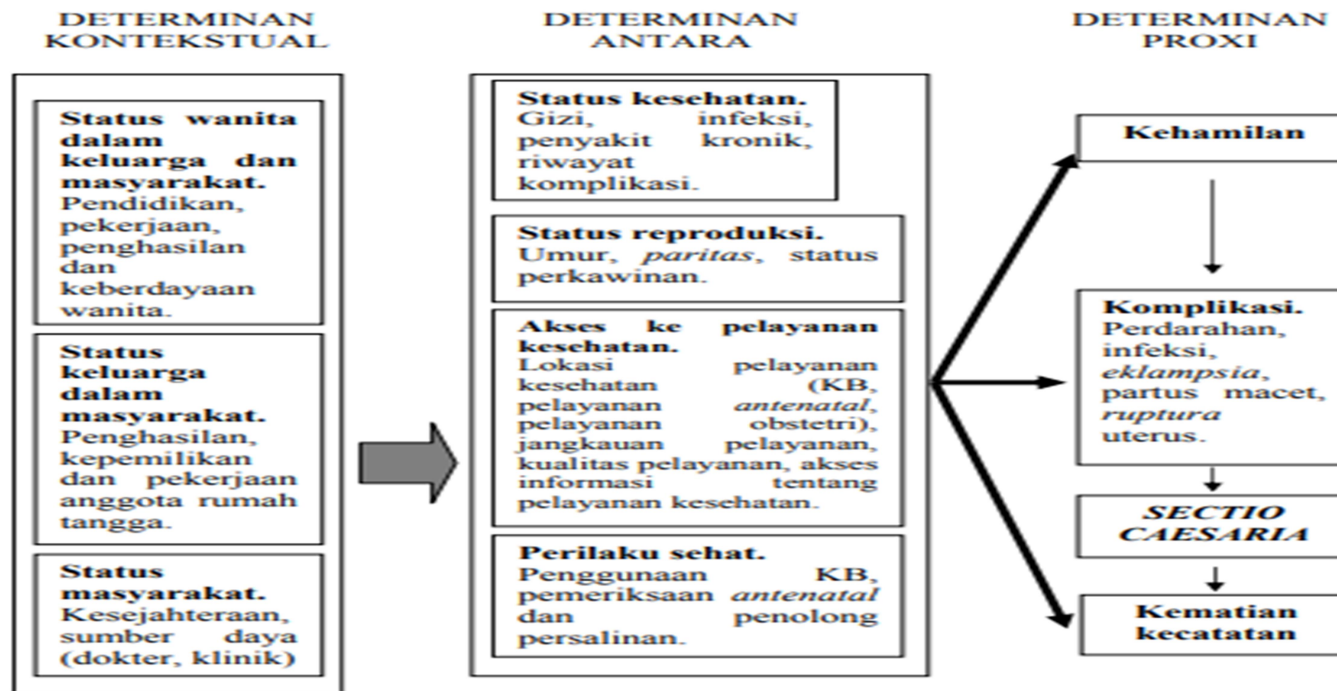
Tujuan utamanya adalah kita mempelajari data, tidak hanya meringkas dan menyajikan tetapi bagaimana kita memahami agar informasi yang terkandung di dalam sampel data dan mengambil kesimpulan terhadap populasi yang merupakan asal usul sampel tersebut; ruang sampel, titik sampel, peristiwa / kejadian/ even.

2.14.3 Azas perhitungan Peluang

Nilai peluang yang digambarkan dengan “P” berada antara nilai 0 dan 1 ($0 \leq P \leq 1$). Nilai peluang selalu menghasilkan nilai yang positif, tidak pernah negatif. (Sabri & Hastono, 2018)

$$P = \frac{1}{1 + \exp(-y)} \dots\dots 3.0$$

2.12. Landasan Teori



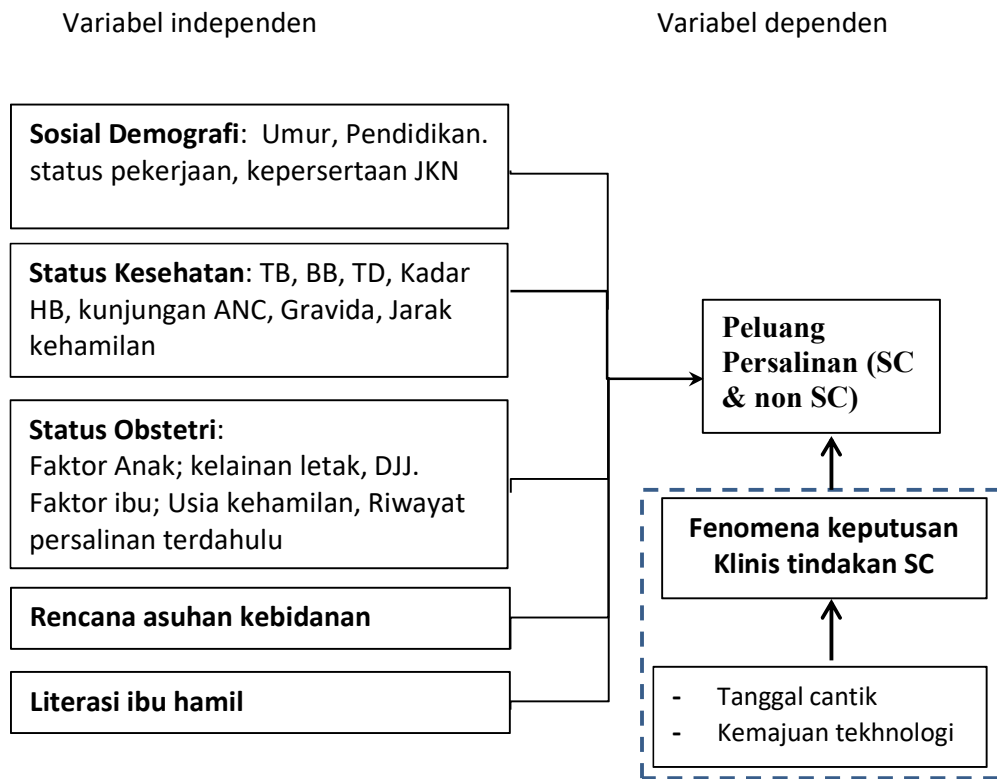
Gambar 1 – Landasan teori save motherhood (McCarthy & Maine, 1992)

BAB III

KERANGKA KONSEP

3.1. Hubungan Variabel

Kerangka konsep merupakan penyederhanaan dari kerangka teori. Berdasarkan tinjauan pustaka, maka peneliti membuat model penelitian untuk peluang persalinan SC, yang merupakan gabungan dari kerangka konsep pada penelitian kuantitatif dan kerangka analisis dalam penelitian kualitatif dalam penelitian ini sebagai berikut:



Gambar 2 – Kerangka konsep dan kerangka Analisis

Keterangan :  Penelitian Kuantitatif
 Penelitian Kualitatif

3.2. Hipotesis penelitian

Berdasarkan rumusan masalah, pembahasan dalam teori, kerangka teori dan kerangka konsep yang telah diuraikan, maka dapat diajukan hipotesis penelitian sebagai berikut:

- 3.2.1. Ada hubungan sosial demografi dengan persalinan SC di wilayah kerja puskesmas dalam Kabupaten Nagan Raya
- 3.2.2. Ada hubungan status kesehatan dengan persalinan SC di wilayah kerja puskesmas dalam Kabupaten Nagan Raya
- 3.2.3. Ada hubungan status obstetri dengan persalinan SC di wilayah kerja puskesmas dalam Kabupaten Nagan Raya
- 3.2.4. Ada hubungan rencana asuhan kebidanan oleh bidan pemeriksa dengan persalinan SC di wilayah kerja puskesmas dalam Kabupaten Nagan Raya
- 3.2.5. Ada hubungan literasi ibu hamil tentang kehamilan dengan rencana persalinan yang akan dijalani nanti
- 3.2.6. Ada hubungan fenomena keputusan klinis ibu yang di SC dengan Peluang persalinan SC.

3.3. Variabel penelitian

3.3.1 Variabel Independen (Variabel bebas) dalam penelitian ini adalah :

1. Data demografi yaitu umur, pendidikan, status pekerjaan, kepesertaan JKN.
2. Status Kesehatan: TB, BB, TD, kadar HB, kunjungan ANC, *Gravida*, dan jarak kehamilan

3. Status Obstetri berdasarkan faktor Anak yaitu kelainan letak, DJJ dan faktor ibu yaitu umur kehamilan, riwayat persalinan terdahulu.
4. Rencana asuhan kebidanan oleh bidan pemeriksa.
5. Literasi ibu hamil tentang kehamilan.
6. Fenomena keputusan klinis ibu yang di SC

3.3.2 Variabel dependennya (Variabel terikat) dalam penelitian ini adalah Peluang persalinan (SC dan non SC)

Definisi operasional

Tabel – 2 Definisi Operasional

No	Variabel	Devinisi Operasional	Cara ukur	Alat ukur	Hasil ukur	Skala ukur
Variabel independen						
1	Sosial Demografi:					
	Umur ibu	Umur adalah masa hidup responden sejak lahir hingga dilakukan penelitian.	Observasi (kohort ibu)	Checklist	0. 20- 35 tahun (tidak Beresiko) 1. $\leq 20 \geq 35$ Tahun (Beresiko)	Ordinal
	Pendidikan	Lamanya sekolah/ tingkat sekolah yang telah diikuti oleh responden	Observasi (kohort ibu)	Checklist	0. Tinggi (D3-PT)) 1. Menengah (SMA/ sederajat) 2. Rendah (SMP/ sederajat)	Ordinal
	Status Pekerjaan	Kegiatan yang dilakukan setiap hari oleh responden dan mendapat upah dari pekerjaan	Observasi (kohort ibu)	Checklist	0. Bekerja 1. Tidak Bekerja	Ordinal

		nya				
	Kepesertaan JKN	Jaminan Pelayanan kesehatan yang digunakan oleh responden pada saat dirawat	Observasi (kohort ibu)	Checklist	0. Ada 1.Tidak Ada	Ordinal

2 Status kesehatan						
	TB.	Tinggi badan adalah ukuran tubuh subjek	Observasi (kohort ibu)	Checklist	0.Tidak berisiko(> 145 1.Berisiko (≤145 cm)	Ordinal
	BB	Penambahan Berat Badan ibu dari sebelum hamil sampai saat melahirkan yaitu 12 – 15 kg.	Observasi (kohort ibu)	Checklist	0. Normal: 12-15 kg 1. Tidak Normal (< 12 kg dan ≥15 kg)	Rasio
	Tensi darah/TD	Tekanan darah ibu pada saat pemeriksaan kehamilan yang diukur dengan alat tensimeter.	Observasi (kohort ibu)	Checklist	0. Tidak Hipertensi (normal) 1. Hipertensi (TD > 140/ 90 mmhg)	Ordinal
	Kadar HB	Kadar HB dalam darah ibu hamil selama kehamilan yang menunjukkan terjadinya anemia /tidak	Observasi (kohort ibu)	Checklist	0. Tidak anemia (HB ≥ 11 gr%) 1. Anemi (HB < 11 gr/%)	Ordinal
	Kunjungan ANC	Jumlah kunjungan ke pelayanan kesehatan semasa hamil untuk periksa kehamilan.	Observasi (kohort ibu)	Checklist	0. ≥ 4 kali 1.< 4 kali	Ordinal
	Gravida	Banyaknya jumlah kehamilan yang dimiliki oleh seorang perempuan	Observasi (kohort ibu)	Checklist	0.Multigravida 1.Primigravida 2.Grandemulti gravida	Ordinal
	Jarak kehamilan	Waktu yang digunakan sejak melahirkan terakhir dengan kehamilan	Observasi (kohort ibu)	Checklist	0. Tidak berisiko (> 2 tahun) 1. Berisiko (tanpa jarak atau ≤ 2	Ordinal

		sekarang			tahun)	
3	Status obstetric					
	Ibu					
	Umur kehamilan	Rentang waktu yang digunakan mulai dari hamil sampai melahirkan	Observasi (kohort ibu)	checklist	0. Aterm (37- 42 minggu 1. ≤ 37 minggu 2. Posterm (≥ 42 minggu)	Ordinal
	Riwayat Persalinan terdahulu	Proses persalinan terdahulu ketika bayi / janin keluar sebelum persalinan sekarang	Observasi (kohort ibu)	checklist	0. Normal (Tidak <i>sektio caesarea</i>) 1. <i>Tidak Normal (Sektio Caesarea)</i>	ordinal
	Anak					
	Detak jantung janin (DJJ)	Kondisi janin dalam kandungan yang dilihat dari pemeriksaan Denyut jantung janin (DJJ) kurang dari 100 per menit atau lebih dari 180 per menit (Wiknjosastro, 2005)	Observasi (kohort ibu)	Checklist	0. Normal (DJJ 100-180/ menit) 1. Tidak normal (DJJ ≤ 100 dan ≥ 180 / menit	Ordinal
	Letak janin dalam kandungan	Posisi bayi dalam kandungan	Observasi (kohort ibu)	Checklist	0. Tidak ada kelainan letak (letak janin normal) 1. Ada kelainan letak (letak sungsang, lintang, dahi)	Ordinal

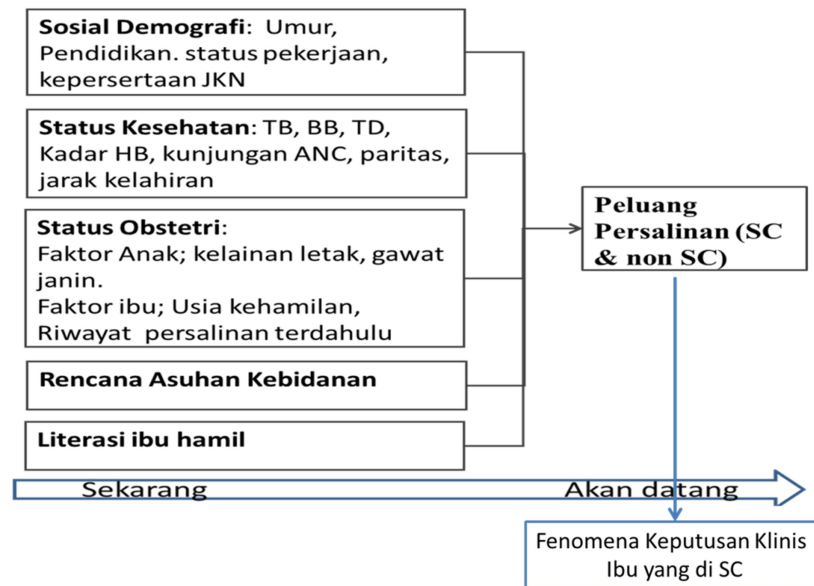
4	Rencana asuhan kebidanan	Keputusan klinis yang dilakukan dan didokumentasikan oleh bidan dalam asuhan kebidanan	Wawancara mendalam dan observasi.	Pedoman wawancara dan lembar checklist	Persalinan normal atau persalinan dengan tindakan (SC)	
5	Literasi Ibu hamil tentang rencana persalinan	Segala pengetahuan yang berhubungan dengan proses penyelesaian persalinan	Wawancara mendalam (kualitatif)	Pedoman wawancara	Rencana Persalinan normal atau rencana persalinan SC	
6	Fenomena Keputusan klinis ibu yang di SC	Hal mendasari yang banyak ditemukan terkait penyebab Keputusan Ibu yang di SC.	Wawancara mendalam (kualitatif)	Pedoman wawancara	Indikasi Medis dan indikasi non medis	
Variabel dependen						
1	Peluang Persalinan SC	Kesempatan terjadinya pengeluaran bayi dari dalam rahim dengan cara operasi <i>sectio caesarea</i> (indikasi SC apa...)	Wawancara langsung dengan bidan atau via telp dengan ibu yang bersangkutan	Pedoman wawancara dan Checklist	0 = Tidak bisa terjadi 1 = Ada peluang untuk terjadi SC	Ordinal
2	Peluang Persalinan Non SC	Kesempatan terjadinya pengeluaran bayi dari dalam rahim secara vaginal	Wawancara langsung dengan bidan atau via telp dengan ibu yang bersangkutan	Checklist	0 = Tidak bisa terjadi 1 = Ada peluang untuk terjadi pervaginam	Ordinal

BAB IV

METODOLOGI PENELITIAN

4.1. Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian observasional dengan desain penelitian kohort prospektif dan pendekatan *mix methods*, merupakan suatu langkah penelitian dengan menggabungkan dua bentuk pendekatan dalam penelitian, yaitu kuantitatif dan kualitatif (Ishtiaq, 2019) Rancangan kohort prospektif merupakan rancangan penelitian dengan melakukan pengamatan selama tiga bulan (February, Maret, April) pada ibu hamil trimester akhir sampai dengan ibu bersalin, sementara penelitian kualitatif dilakukan dengan wawancara mendalam kepada bidan pemeriksa dan ibu hamil dengan pengamatan sebagai berikut;



Gambar 3 Desain Penelitian kohort

4.2. Lokasi Penelitian

Penelitian ini telah dilakukan di wilayah kerja puskesmas dalam Kabupaten Nagan Raya.

4.3. Populasi Dan Sampel Penelitian

4.3.1 Populasi

Populasi pada penelitian ini adalah seluruh ibu hamil trimester ketiga bulan Februari Tahun 2022 di wilayah kerja puskesmas dalam Kabupaten Nagan Raya.
(Nagan, 2021)

Tabel 3 – Jumlah ibu hamil Bulan februari semester tiga

No	Nama Puskesmas	Jumlah ibu hamil K4	Keterangan
1	Beutong Ateuh	4	
2	Beutong	23	
3	Uteun Pulo	23	
4	Jeuram	38	
5	Cot Kuta	23	
6	Ujong Fatihah	38	
7	Padang Panyang	24	
8	Padang Rubek	15	
9	Simpang Jaya	21	
10	Kuala Tadu	7	
11	Lueng Keube Jagat	10	
12	Alue Bilie	17	
13	Suka Mulia	29	
14	Alue Rambut	22	
Jumlah		295	

4.3.2 Sampel/ Informan

Sampel dalam penelitian kohort ini adalah seluruh populasi ibu hamil trimester ketiga yang pada awalnya diperkirakan 295 ibu hamil tetapi dalam proses pengumpulan data terjadi perubahan yaitu peneliti mendapatkan 308 ibu hamil yang berasal dari seluruh bidan desa dalam wilayah Puskesmas

Informan dalam penelitian kualitatif merupakan subjek yang memberikan informasi tentang fenomena-fenomena sosial yang berlaku di lapangan. Pemilihan informan dilakukan dengan mengikuti azas kecukupan dan kesesuaian. Azas kecukupan dapat diartikan data yang diperoleh dari informan diharapkan dapat menggambarkan fenomena yang berkaitan dengan topik penelitian. Sedangkan azas kesesuaian informan dipilih berdasarkan keterkaitan dengan topik penelitian. Adapun informan dalam penelitian ini adalah bidan pemeriksa kehamilan sebanyak 3 orang dan ibu hamil triwulan ketiga sebanyak 6 orang (hamil lebih dari tujuh bulan, delapan dan sembilan bulan) yang ada di wilayah Puskesmas dalam Kabupaten Nagan Raya

Kriteria inklusi pada sampel penelitian ini adalah:

- 1) Ibu hamil trimester akhir yang akan melahirkan dalam hitungan hari, minggu, atau bulan (7,8,9 bulan) yang melakukan pemeriksaan kehamilannya di wilayah kerja Puskesmas serta bidan pemeriksa yang mau dijadikan subyek penelitian.
- 2) Bidan Puskesmas/ Bidan desa yang berperan aktif dalam memberikan asuhan kebidanan (Kunjungan K4) kepada ibu hamil.

- 3) Mampu menceritakan pengalamannya sehingga diperoleh informasi yang lebih kaya (*rich information*),
- 4) Informan tidak keberatan mengikuti proses pengambilan data.

Kriteria Ekslusi

- 1) Ibu hamil yang usia kehamilannya kurang dari 7 Bulan
- 2) Yang tidak bersedia dijadikan sampel penelitian

4.4. Metode Pengumpulan Data

Karena penelitian ini ingin melihat informasi secara kuantitatif serta memadukannya dengan penelitian kualitatif maka penelitian kualitatif dilakukan dalam dua tahap. Tahap pertama secara simultan atau parallel yaitu pengumpulan data baik kuantitatif maupun kualitatif dilakukan dalam waktu bersamaan, yaitu pada saat peneliti mendapatkan peluang dalam menemukan orang yang tepat baik bidan atau ibu hamil itu sendiri untuk dijadikan informan. Menanyakan ke Bidan tentang kondisi ibu hamil dan prediksi bidan terhadap persalinan ibu nantinya, serta menanyakan juga ke ibu hamil yang baru di periksa oleh bidan di tempat yang terpisah tentang pengetahuannya terhadap kondisi kehamilannya dan rencana persalinan yang akan dijalannya nanti. Dan dilakukan juga penelitian lanjutan

Penelitian kualitatif tahap kedua dilakukan untuk mengeksplorasi pandangan Bidan terhadap hasil penelitian kuantitatif dan kualitatif.

4.4.1. Teknik Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data kuantitatif dilakukan dengan memakai daftar *checklist* yang sudah disiapkan untuk diisi dengan cara melihat buku kohort ibu hamil yang ada di Puskesmas yang setiap bulan diisi oleh Bidan untuk melihat perkembangan kesehatan ibu hamil dan mengikuti perkembangan ibu hamil sampai dengan ibu hamil tersebut melahirkan.

Pengumpulan data kualitatif dalam penelitian ini menggunakan metode wawancara mendalam (*in depth interview*) yang dilakukan oleh peneliti sendiri dengan durasi 20-30 menit sampai informasi yang dibutuhkan terpenuhi dengan berpedoman pada panduan wawancara yang berisi pertanyaan untuk diajukan kepada informan (ibu hamil dan bidan pemeriksa) sampai ibu melahirkan baik secara SC atau normal, serta pandangan Bidan terhadap fenomena hasil penelitian SC dilapangan. Peneliti membebaskan informan untuk mengungkapkan pengalamannya atas pertanyaan yang diajukan selama proses wawancara sehingga data yang diperoleh merupakan informasi yang alamiah sesuai dengan pengalaman informan.

4.4.2. Data Primer

Data primer diperoleh dari wawancara oleh peneliti yang dilakukan dalam dua tahap. Tahap pertama peneliti melakukan observasi dan wawancara mendalam kepada bidan pemeriksa dan ibu hamil secara terstruktur memakai kuesioner yang sudah disiapkan. Yang digali adalah tentang kondisi ibu hamil dan rencana asuhan kebidanan oleh bidan pemeriksa serta literasi ibu hamil tentang kehamilannya dan

rencana persalinan yang akan dijalannya nanti, dan mengikuti hasil persalinan yang telah dijalani ibu hamil lewat bidan pemeriksa atau via telp.

Tahap kedua peneliti melakukan wawancara kembali kepada ibu Bidan untuk penggalan fenomena keputusan klinis ibu yang melakukan persalinan SC, upaya yang dilakukan untuk persalinan normal setelah ibu melahirkan SC, serta pendapat Bidan terkait ibu hamil yang banyak melahirkan SC di tanggal cantik.

4.4.2 Data sekunder

Data sekunder diperoleh dari kohort ibu di yang ada di Puskesmas yang berasal dari seluruh bidan desa dalam wilayah Puskesmas. Data yang akan digali pada saat pemeriksaan kehamilan meliputi umur, pendidikan, status pekerjaan, kepesertaan JKN, kunjungan ANC, tinggi badan, berat badan, tensi darah, kadar HB, faktor anak; letak janin, denyut jantung janin, faktor ibu; usia kehamilan, serta riwayat persalinan terdahulu.

4.5. Analisis kuantitatif

Data yang sudah diolah kemudian dianalisis secara univariat dan bivariat dengan menggunakan aplikasi computer (STATA 14) sebagai berikut:

4.5.1. Analisis Univariat

Untuk melihat gambaran distribusi frekuensi dan persentase pada variabel independen dan variabel dependen. Variabel independen yaitu sosial demografi,

status kesehatan, dan status obstetri, variabel dependen yaitu persalinan (non SC dan SC).

4.5.2. Analisis bivariat

Analisa bivariat digunakan untuk menguji hipotesis adanya hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen. Variabel independen (Sosial demografi, Status Kesehatan, dan Status obstetri) dengan variabel dependen (peluang persalinan SC dan non SC). Untuk membuktikan ada atau tidaknya hubungan tersebut, dilakukan uji statistik regresi logistik (Stata Versi 14) dengan cara membuat table silang antara variabel Independen dan variabel Dependen. Proses tersebut dilakukan untuk mengetahui besaran persentase antara kategorik independen dan dependen, sehingga diketahui kategori mana yang mempunyai persentase tertinggi dari variabel independen dan variabel dependen tersebut.

Langkah selanjutnya adalah melakukan uji statistik untuk mengetahui hubungan variabel independen dan dependen dengan menggunakan uji regresi logistik sederhana. Penggunaan analisis regresi logistik adalah karena variabel dependennya bersifat dikotomi (non SC dan SC). Selain hal tersebut regresi logistik juga mampu untuk menghitung seberapa besar variabel independen akan mempengaruhi variabel dependen dengan nilai OR, yang dihasilkan. Teknik analisis regresi logistik dalam mengolah data ini tidak memerlukan uji normalitas/ uji asumsi klasik pada variabel bebasnya (Yudiatmaja, 2013)

4.5.3. Analisis multivariat

Pada analisis multivariat, uji statistik yang digunakan adalah regresi logistik berganda. Uji tersebut bertujuan untuk menganalisis hubungan beberapa variabel independen dengan satu variabel dependen, atau variabel yang mana yang paling berhubungan diantara variabel- variabel yang ada. Menyeleksi variabel yang akan dimasukkan dalam analisis multivariat. Variabel yang dimasukkan dalam analisis multivariat adalah variabel yang pada analisis bivariat mempunyai nilai $p < 0,25$.

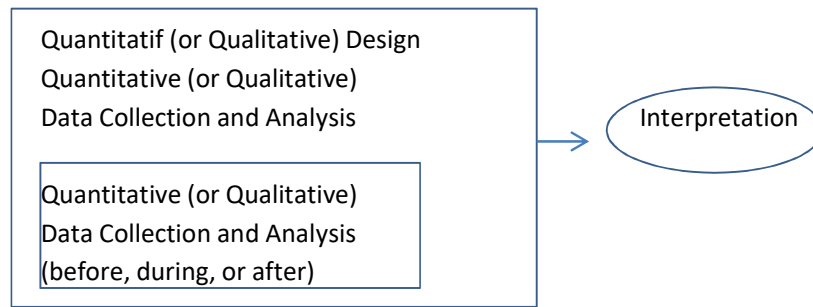
Hasil dari analisis multivariat regresi logistik dapat dilihat dari nilai *expose* atau yang disebut OR yang dinyatakan sebagai probabilitas. Semakin besar nilai OR maka semakin besar pengaruhnya terhadap variabel dependen yang dianalisis (Hastono, 2007)

4.5.4. Analisa kualitatif

Model penelitian ini adalah campuran *embedded design* yang mengumpulkan data kuantitatif dan kualitatif secara bersama-sama atau berurutan (Creswell, 2010).

Desain penelitian campuran model *embedded design* dapat digambarkan melalui gambar berikut.

Embedded Design



Gambar 4 – Mix Method Model Embedded

Sumber : (Creswell, 2010)

Dalam Penelitian campuran ini peneliti mengumpulkan data kualitatif dengan desain penelitian yang lebih menekankan pada desain kuantitatif, sehingga data kuantitatif (data utama) yang diperoleh lebih mudah dianalisa dan diidentifikasi dengan dukungan data kualitatif. Beberapa fenomena terkait indikasi klinis SC yang tidak dapat diperoleh melalui penelitian kuantitatif, dilakukan penelitian lebih lanjut oleh peneliti (digali) dengan penelitian kualitatif.

4.5 Etika Penelitian

Etika penelitian merupakan hal yang sangat penting, karena penelitian ini dilakukan berhubungan langsung dengan manusia. Pada penelitian ini peneliti menekankan prinsip dalam etika penelitian sebagai berikut;

1. *Beneficence*, peneliti meyakinkan responden bahwa penelitian ini dapat dirasakan nilai manfaatnya, bebas dari bahaya dan tidak menimbulkan risiko.

2. *Mal- efficence*, peneliti menjamin bahwa penelitian ini tidak menimbulkan risiko dan dampak bahaya bagi responden.
3. *Respect for human dignity*, responden berhak untuk mendapatkan informasi lengkap berkaitan dengan tujuan, cara, manfaat penelitian, dan hal-hal lain yang berkaitan dengan penelitian.
4. *Justice*, setiap responden berhak mendapatkan perlakuan adil dan dijaga privasinya
5. *Amonimity*, peneliti menjamin tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan.
6. *Confidentiality*, kerahasiaan informasi responden dijamin oleh peneliti dan hanya kelompok data tertentu yang dilaporkan sebagai hasil penelitian

4.6 Jadwal Penelitian.

Tabel 4 – Jadwal Penelitian

No	Kegiatan	Tahun 2021					Tahun 2022							
		Agust	Sep	Okt	Nov	Des	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agust
1	Mengumpulkan referensi dan menyiapkan materi													
2	Penyusunan proposal													
3	Konsultasi proposal													
4	Seminar proposal													
5	Perbaikan proposal													
6	Penelitian													
7	Olah data													
8	Penyusunan Tesis													
9	Sidang tesis													
10	Perbaikan Tesis													

BAB V

HASIL PENELITIAN

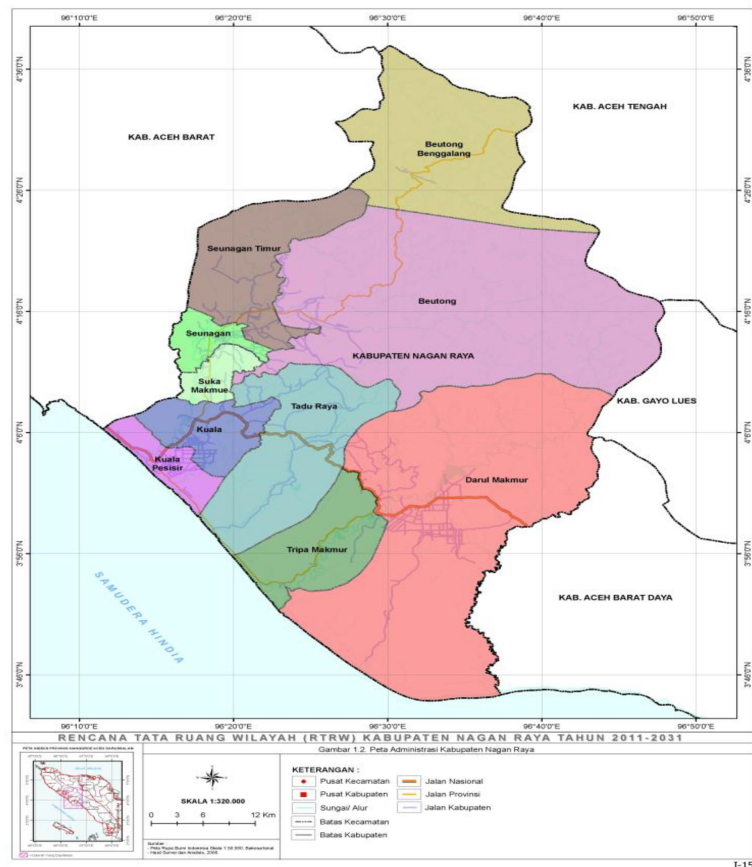
5.1 Gambaran Umum Wilayah Penelitian

Kabupaten Nagan Raya secara geografis terletak pada lokasi 03°40' - 04°38' Lintang Utara dan 96°11' - 96°48' Bujur Timur dengan luas wilayah 3.544,9 0 Km², dengan batas-batas: sebelah utara berbatasan dengan Kabupaten Aceh Tengah, sebelah selatan berbatasan dengan Samudera Hindia dan Kabupaten Aceh Barat Daya, sebelah timur berbatasan dengan Kabupaten Gayo Lues dan Kabupaten Aceh Barat Daya serta sebelah barat berbatasan dengan Kabupaten Aceh Barat.

Jika dilihat berdasarkan luas wilayah per-kecamatan maka Kecamatan Darul Makmur mempunyai luas wilayah terluas yaitu 1.027,93 Km² atau 29,00 persen dari luas wilayah kabupaten. Kemudian diikuti oleh Kecamatan Beutong dengan luas wilayah 1.017,32 Km² atau 28,70 persen. Sedangkan 8 (delapan) kecamatan lainnya secara berurutan yaitu Beutong Ateuh Banggalang 11,45 persen, Tadu Raya 9,79 persen, Seunagan Timur 7,10 persen, Tripa Makmur 5,34 persen, Kuala 3,41 persen, Kuala Pesisir 2,15 persen, Seunagan 1,60 persen, dan Suka Makmue 1,45 persen dari keseluruhan luas wilayah Kabupaten Nagan Raya.

Kondisi geografis wilayah Kabupaten Nagan sebagian pesisir pantai, dataran, dan pegunungan serta daerah terpencil dan perbatasan, sehingga untuk mencapai daerah tertentu dalam upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat membutuhkan waktu enam jam dari Dinas Kesehatan dengan kondisi jalan sebagian

berkabut, tanjakan tinggi, turunan curam, dan penyebrangan sungai. Untuk lebih jelas luas wilayah per-kecamatan dalam Kabupaten Nagan Raya dapat dilihat pada gambar 5 dibawah ini:



Gambar 5 – Peta Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kab. Nagan Raya 2013
Sumber: Dinkes Nagan Raya (2021)

Berdasarkan Qanun Kabupaten Nagan Raya Nomor 2 dan Nomor 3 Tahun 2011, maka secara definitif jumlah kecamatan tahun 2013 adalah 10 kecamatan dan 222 desa. Setiap desa di kepalai oleh seorang geucik (kepala desa) yang memiliki kewenangan untuk mengatur kepentingan termasuk pengembangan

kesehatan masyarakat guna terwujudnya derajat kesehatan yang optimal bagi seluruh masyarakat yang berdomisili diwilayah desa.

Berdasarkan data Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Nagan Raya Tahun 2021, Jumlah fasilitas pelayanan kesehatan terdiri dari 90 Polindes, 49 Pustu dan 14 Puskesmas induk terdiri dari dan 4 Puskesmas Poned dengan jumlah penduduk secara keseluruhan adalah 167,294 jiwa. Dengan sasaran ibu hamil 3,159 (Nagan, 2020).

5.2 Hasil Penelitian

5.2.1 Hasil Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan terhadap tiap variabel dari hasil penelitian dengan menggunakan distribusi frekuensi untuk mengetahui gambaran terhadap variabel yang diteliti untuk mendapatkan gambaran distribusi frekuensi masing masing variabel independen dan variabel dependen.

Tabel 5 – Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Metode Persalinan

No	Metode Persalinan	Frekuensi (n)	Persentase %
1	Tidak SC	190	61,69
2	SC	118	38.31
Total		308	100

Berdasarkan Tabel 5 dapat diketahui bahwa distribusi frekuensi Responden berdasarkan metode persalinan dari 308 responden (100%) metode persalinan yang tidak SC sebanyak 190 responden (61,69%) dan 118 responden (38,31%) yang persalinannya dengan SC.

Tabel 6 – Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan faktor Sosial Demografi

No	Variabel	Rata-rata	Range
1.a	Umur Responden		
	308 responden	28,47	3-42
1.b	Faktor sosial Demografi	Frekuensi (n)	Persentase %
	Umur Responden		
	20-35 tahun	242	76,62
	≤ 20	9	2,92
	≥ 35 Tahun	63	20,45
2	Pendidikan Ibu		
	Tinggi (D3 dan Perguruan Tinggi)	79	25,65
	Menengah (SMA sederajat)	186	60,39
	Rendah (SMP sederajat)	43	13,96
3	Status Pekerjaan Ibu		
	Bekerja	56	18,18
	Tidak bekerja	252	81,82
4	Kebersertaan Asuransi		
	Ada (JKN, Asuransi kesehatan lain)	305	99,03
	Tidak ada	3	0,97
	Total	308	100

Berdasarkan Tabel 6 faktor Sosial Demografi responden dapat dilihat berdasarkan umur, umur responden rata rata 28,47 dengan nilai minimum 3 orang dan maximum 42 orang, responden yang berumur 20-35 tahun paling banyak melahirkan yaitu 236 responden (76,62%), sedangkan yang berumur kurang dari 20 tahun 9 orang (2,92%) dan lebih dari 35 tahun sebanyak 63 responden (20,45%). Jika dilihat berdasarkan pendidikan responden maka yang berpendidikan menengah 186 responden (60,39%) lebih banyak dibanding dengan yang berpendidikan tinggi dan rendah. Kemudian responden yang tidak bekerja 252 (81,82%) lebih banyak dibanding responden yang bekerja 56 responden (18,18%). Sedangkan responden

yang memiliki JKN lebih banyak 305 (99,03) dibanding dengan responden yang tidak memiliki asuransi apapun yaitu 3 ibu (0,97%)

Tabel 7 – Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan faktor Status Kesehatan

No	Faktor Status kesehatan	Frekuensi (n)	Persentase %
1	Tinggi badan		
	Tidak Beresiko	273	88,64
	Beresiko	35	11,36
2	Berat Badan		
	Normal	266	86,36
	Tidak Normal	42	13,64
3	Tekanan Darah		
	Normal	298	96,75
	Hipertensi	10	3,25
4	Kadar HB		
	Normal	293	95,78
	Anemi	13	4,22
5	Kunjungan ANC		
	> 4 kali	286	92,86
	≤ 4 kali	22	7,14
6	Gravida		
	Multigravida	234	75,97
	Primigravida	66	21,43
	Grandemultigravida	8	2,60
7	Jarak Kehamilan		
	Tidak Beresiko	223	72,40
	Beresiko	18	5,84
	Anak Pertama	67	21,75
Total		308	100

Dari tabel 7 diatas menunjukan frekuensi responden berdasarkan status kesehatan menunjukan dari faktor tinggi badan ibu yaitu tidak beresiko sebanyak 273 responden (88,64%) sedangkan yang beresiko sebanyak 35 responden (11,36%), menurut berat badan responden yang mempunyai berat badan normal sebanyak 266 responden (86,36%) dan yang mempunyai berat badan tidak normal sebanyak

42 responden (13,64%), variabel responden yang mempunyai tekanan darah normal sebanyak 298 responden (96,75) dan yang tekanan darahnya tidak normal atau hipertensi sebanyak 10 responden (3,25%), ibu yang mempunyai Kadar HB normal lebih banyak yaitu 293 responden (95,78%) dari ibu yang memiliki kadar HB tidak normal yaitu sebanyak 13 responden (4,22%), pada variabel kunjungan ANC responden yang melakukan kunjungan ANC lebih empat kali sebanyak 286 responden (92,86%) dan yang melakukan kunjungan ANC kurang dari empat kali sebanyak 22 responden (7,14%), pada variabel *gravida* responden yang *multigravida* (memiliki anak 2- 4 orang) sebanyak 234 responden (75,97) dan responden yang baru memiliki anak pertama sebanyak 66 responden (21,43%) sementara responden *grandemulti gravida* (mempunyai anak lebih dari 5 orang) sebanyak 8 responden (2,60%); kemudian pada variabel jarak kehamilan paling banyak pada kelompok tidak beresiko (lebih dari 2 tahun) yakni sebesar 223 responden (72,40%) yang beresiko (kurang dari 2 tahun) sebanyak 18 responden (21, 75%) dan anak pertama sebanyak 67 responden (21,75%)

Tabel 8 – Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Status Obstetri Faktor Anak

No	Faktor Anak	Frekuensi (n)	Persentase %
1	Letak anak dalam kandungan		
	Normal	289	94,14
	Tidak Normal	18	5,86
2	Denyut jantung janin		
	Normal	299	97,08
	Tidak Normal	9	2,92
Total		308	100

Dari tabel 8 diatas menunjukkan frekuensi responden berdasarkan status obstetri dari faktor anak: menurut letak anak dalam kandungan yang terbanyak adalah letak anak normal yaitu letak kepala sebanyak 289 responden (94,145) dan yang tidak normal, dalam hal ini anak letak sungsang, lintang, dahi dan lain lain sebanyak 18 responden (5,86), menurut pemeriksaan keadaan denyut jantung janin dalam kandungan ibu yang terbanyak adalah normal yaitu 299 responden (97, 08%) dibanding dengan denyut jantung janin yang tidak normal hanya 9 responden (2,92%)

Tabel 9 – Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan faktor Status Obstetri Faktor Ibu

No	Faktor Ibu	Frekuensi (n)	Persentase %
1	Umur kehamilan		
	37- 42 minggu	292	94,81
	≤ 37 minggu	12	3,90
	≥ 42 minggu	4	1,30
2	Riwayat persalinan terdahulu		
	Normal	194	62,99
	Tidak Normal	56	18,18
	Anak Pertama	58	18,83
Total		308	100

Dari tabel 5.5 menunjukkan frekuensi responden berdasarkan status obstetri dari faktor ibu, menurut umur kehamilan yang terbanyak melahirkan dalam rentang umur kehamilan 37-42 minggu sebanyak 292 responden (94,81) ini merupakan usia ibu dalam trimester ketiga yang baik dalam kehamilan untuk melakukan persalinan, karena dalam umur kehamilan ini organ bayi sudah dianggap matur dan mempunyai kesehatan yang optimal, kemudian ≤ 37 minggu sebanyak 12 responden (3,90), dan ≥ 42 minggu atau post matur sebanyak 4 responden (1,30); menurut riwayat

persalinan terdahulu, responden yang pernah melahirkan pervaginam/ normal, sebanyak 194 responden (62,99%), sedangkan yang pernah SC sebanyak sebanyak 56 responden (18,18%) dan selebihnya responden yang pada persalinan ini adalah persalinan yang pertama, yaitu sebanyak 58 responden (18,83%)

5.2.2 Hasil Analisis Bivariat

Tabel 10 – Hubungan Sociodemografi Ibu dengan Peluang Persalinan SC

Variabel	Peluang Persalinan				Total	OR	P value	95% CI
	Normal/ Tidak SC		SC					
	n	%	n	%				
Umur					308	1,06	0.00	1,01-1,10
Umur dalam 2 kategori								
20-35 tahun	153	63,22	89	36,78	242			
≤ 20 dan≥ 35 tahun	37	56,06	29	43,94	66	1,34	0,29	0,77-2,33
Umur dalam 3 kategori								
20- 35 tahun	151	63,98	85	36,02	236			
≤ 20	5	55,56	4	44,44	9	1,42	0,60	0,37-1,78
≥ 35	34	53,97	29	46,03	63	1,51	0,14	0,86-2,65
Pendidikan								
Tinggi	46	58,23	33	41,77	79			
Menengah	119	63,98	67	36,02	186	0,78	0,37	0,45-1,34
Rendah	25	58,14	18	41,86	43	1,00	0,99	0,47-2,13
Pekerjaan								
Bekerja	30	53,57	26	46,43	56			
Tidak bekerja	160	63,49	92	36,51	252	0,66	0,16	0,36-1,19
Kebersertaan Asuransi								
Ada	188	61,64	117	38,36	305			
Tidak ada	2	66,67	1	33,31	3	0,80	0,85	0,07-8,95

Tabel 10 memperlihatkan hubungan sociodemografi ibu yaitu umur ibu dengan peluang persalinan SC di wilayah kerja Puskesmas dalam Kabupaten Nagan

Raya. Disini peneliti menyajikan kelompok umur keseluruhan, 2 kategori dan 3 kategori. Umur secara keseluruhan mempunyai hubungan dengan peluang persalinan SC, pada uji statistik dengan nilai kemaknaan 95% dan $\alpha = 0,05$ diperoleh p value 0,00 dengan OR=1, yang berarti setiap bertambah umur dalam satu tahun mempunyai peluang sebesar satu kali untuk melakukan persalinan SC. Menarik disini berdasarkan uji statistik 2 kategori dan 3 kategori, keduanya menunjukkan bahwa umur ibu tidak ada hubungan dengan peluang SC. Pada 2 kategori; di peroleh p value= 0,29 dan OR= 1,34 yang berarti menunjukkan usia ibu yang tidak optimal mempunyai peluang SC hampir 1,5 kali terhadap persalinan SC dibanding dengan usia ibu yang optimal (20-35 tahun). Sementara untuk 3 kategori 40% usia optimal berpeluang mencegah SC dibanding ≤ 20 tahun. Dan 86% usia optimal dapat mencegah peluang SC dibanding dengan usia ≥ 35 tahun.

Berdasarkan hasil tabulasi silang bahwa ibu berpendidikan menengah yang mengalami persalinan SC sebanyak 67 responden (36,02%) dan responden yang berpendidikan tinggi melahirkan normal /tidak SC sebanyak 46 responden (58,23%). Pada uji Statistik dengan nilai kemaknaan 95% dan $\alpha = 0,05$ di peroleh p value= 0,37 dan OR= 0,78 yang berarti menunjukkan tidak adanya hubungan yang bermakna antara responden yang berpendidikan menengah dengan peluang persalinan SC, dimana ibu yang berpendidikan menengah dapat mengurangi peluang persalinan SC sebesar 22%. Sementara responden yang berpendidikan rendah melakukan SC sebanyak 18 responden (41,86) dan responden yang berpendidikan tinggi

melahirkan normal /tidak SC sebanyak 46 ibu (58,23%), pada uji obstetri p value= 0,99 dan OR= 1,00 yang berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara ibu yang berpendidikan rendah dengan persalinan SC, dimana ibu yang berpendidikan rendah dan ibu yang berpendidikan tinggi tidak ada perbedaan resiko terhadap peluang persalinan SC.

Hasil tabulasi silang responden yang tidak bekerja mengalami persalinan SC sebanyak 92 ibu (36,51%) dan ibu bekerja melahirkan normal sebanyak 30 ibu (53,57%). Uji statistik dengan uji kemaknaan 95% dan $\alpha = 0,05$ diperoleh p value= 0,16 dan OR= 0,66 yang berarti menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara ibu yang tidak bekerja dengan persalinan SC, dimana ibu yang tidak bekerja dapat mengurangi peluang SC 34% dibanding dengan ibu yang bekerja. Dan ini dimasukkan sebagai kandidat variabel yang akan di analisis dalam statistik multivariat ($P < 0,25$)

Berdasarkan hasil tabulasi silang bahwa responden yang tidak mempunyai asuransi kesehatan mengalami persalinan SC sebanyak 1 responden (33,31%) dan ibu yang mempunyai asuransi kesehatan mengalami persalinan normal sebanyak 188 responden (61,64%). Pada uji Statistik dengan nilai kemaknaan 95% dan $\alpha = 0,05$ di peroleh p value= 0,85 dan OR= 0,80 yang berarti menunjukkan tidak adanya hubungan yang bermakna antara ibu yang mempunyai asuransi kesehatan dengan persalinan SC, dimana ibu yang tidak mempunyai asuransi kesehatan dapat

mengurangi peluang SC 20% dibandingkan dengan ibu yang mempunyai asuransi kesehatan.

Tabel 11 – Hubungan Status kesehatan faktor ibu dengan Peluang Persalinan SC

Variabel	Peluang Persalinan				Total	OR	P value	95% CI
	Normal/ Tidak SC		SC					
	n	%	n	%				
Tinggi Badan								
Tidak Beresiko (>150 cm)	178	65,20	95	34,80	273			
Beresiko (≤150 cm)	12	34,29	23	65,71	35	3,59	0,00	1,71-7,53
Berat Badan								
Normal (12-15 kg)	172	64,66	94	35,34	266			
Tidak Normal (≤12kg dan≥15kg)	18	42,86	24	57,14	42	2,43	0,00	1,25-4,72
Tekanan Darah								
Normal/ Tidak Hipertensi	187	62,75	111	37,25	295			
Hipertensi	3	30,00	7	70,00	13	3,93	0,05	0,99-15,5
Kadar HB								
Normal	187	63,39	108	36,61	295			
Tidak Normal	3	23,08	10	76,92	13	5,77	0,00	1,55-21,4
Kunjungan ANC								
> 4 kali	187	63,39	108	36,61	286			
≤ 4 kali	12	54,55	10	45,45	22	1,37	0,47	0,57-3,28
Gravida								
Multigravida	155	66,24	79	33,76	234			
Primigravida	32	48,48	34	51,52	66	2,08	0,00	1,19-3,62
Grande multigravida	3	37,50	5	62,50	8	3,27	0,11	0,76-3,14
Jarak Kehamilan								
Tidak Beresiko	150	67,26	73	32,74	223			
Beresiko	8	44,44	10	55,56	18	2,08	0,05	1,19-3,62
Anak pertama	32	47,76	35	52,24	67	2,24	0,00	1,29-3,91

Tabel 11 memperlihatkan hubungan status kesehatan; faktor ibu dengan peluang persalinan SC di wilayah kerja Puskesmas dalam Kabupaten Nagan Raya. Berdasarkan hasil tabulasi silang bahwa responden yang mempunyai tinggi badan tidak normal mengalami persalinan SC sebanyak 23 ibu (65,71%) dan ibu yang tinggi badannya normal mengalami persalinan normal sebanyak 178 ibu (65,20%). Pada uji Statistik dengan nilai kemaknaan 95% dan $\alpha = 0,05$ di peroleh p value= 0,00 dan OR= 4, yang berarti menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara ibu yang mempunyai tinggi badan tidak normal dengan persalinan SC, dimana ibu yang mempunyai tinggi badan tidak normal beresiko hampir 4 kali terhadap peluang persalinan SC dibanding dengan ibu yang mempunyai tinggi badan normal.

Berdasarkan hasil tabulasi silang bahwa responden yang mempunyai berat badan tidak normal mengalami persalinan SC sebanyak 24 responden (57,14%) dan ibu yang berat badannya normal mengalami persalinan normal sebanyak 172 responden (64,66%). Pada uji Statistik dengan nilai kemaknaan 95% dan $\alpha = 0,05$ di peroleh p value= 0,00 dan OR= 2,43 yang berarti menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara ibu yang mempunyai berat badan tidak normal dengan persalinan SC, dimana ibu yang mempunyai berat badan tidak normal beresiko hampir 2,5 kali terhadap peluang persalinan SC dibanding dengan ibu yang mempunyai berat badan normal.

Berdasarkan hasil tabulasi silang bahwa ibu yang mempunyai tekanan darah tidak normal/ Hipertensi mengalami persalinan SC sebanyak 7 responden (70,00%)

dan ibu yang tekanan darahnya normal mengalami persalinan normal sebanyak 187 responden (62,75%). Pada uji Statistik dengan nilai kemaknaan 95% dan $\alpha = 0,05$ diperoleh $p\text{ value} = 0,05$ dan $OR = 3,93$ yang berarti menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara ibu yang mempunyai tekanan darah tidak normal dengan persalinan SC, dimana ibu yang mempunyai tekanan darah tidak normal beresiko hampir 4 kali terhadap persalinan SC dibanding dengan ibu yang mempunyai tekanan darah normal.

Berdasarkan hasil tabulasi silang bahwa ibu yang mempunyai kadar HB tidak normal mengalami persalinan SC sebanyak 10 responden (76,92%) dan ibu yang kadar HBnya normal mengalami persalinan normal sebanyak 187 responden (63,39%). Pada uji Statistik dengan nilai kemaknaan 95% dan $\alpha = 0,05$ diperoleh $p\text{ value} = 0,00$ dan $OR = 5,77$ yang berarti menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara ibu yang mempunyai kadar HB tidak normal dengan persalinan SC, dimana ibu yang mempunyai Kadar HB tidak normal beresiko hampir 6 kali terhadap persalinan SC dibanding dengan ibu yang mempunyai kadar HB normal.

Berdasarkan hasil tabulasi silang bahwa ibu yang kunjungan ANC ≤ 4 kali mengalami persalinan SC sebanyak 10 responden (45,45%) dan ibu yang kunjungan ANC >4 kali mengalami persalinan normal sebanyak 187 responden (63,39%). Pada uji Statistik dengan nilai kemaknaan 95% dan $\alpha = 0,05$ diperoleh $p\text{ value} = 0,47$ dan OR nya 1,37 yang berarti menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara ibu kunjungan ANC ≤ 4 kali dengan persalinan SC, dimana ibu yang mempunyai

kunjungan ANC ≤ 4 kali beresiko hampir 1,5 kali terhadap Peluang persalinan SC dibanding dengan ibu yang kunjungan ANC > 4 kali.

Berdasarkan hasil tabulasi silang bahwa ibu yang *primigravida* mengalami persalinan SC sebanyak 34 responden (51,52%) dan ibu *multigravida* mengalami persalinan normal sebanyak 155 responden (66,24%). Pada uji Statistik dengan nilai kemaknaan 95% dan $\alpha = 0,05$ di peroleh p value= 0,00 dan OR= 2,08 yang berarti menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara *primigravida* dengan persalinan SC, dimana ibu yang *primigravida* beresiko sebesar 2,08 kali terhadap peluang persalinan SC dibanding dengan ibu yang *multigravida*; tabulasi silang bahwa ibu yang *grande multigravida* mengalami persalinan SC sebanyak 5 ibu (62,50%). Pada uji Statistik dengan nilai kemaknaan 95% dan $\alpha = 0,05$ di peroleh p value= 0,11 dan OR= 3,27 yang berarti menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara *grande multigravida* dengan peluang persalinan SC, dimana ibu yang *grande multigravida* beresiko hampir 3,5 kali terhadap peluang persalinan SC dibanding dengan ibu yang *multigravida*.

Berdasarkan hasil tabulasi silang bahwa ibu yang jarak kehamilannya beresiko (≤ 2 tahun) mengalami persalinan SC sebanyak 10 responden (55,56%) ibu yang jarak kehamilan tidak beresiko mengalami persalinan normal sebanyak 150 responden (67,26%). Pada uji Statistik dengan nilai kemaknaan 95% dan $\alpha = 0,05$ di peroleh p value= 0,05 dan OR= 2.08 yang berarti menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara ibu yang jarak kehamilan beresiko (≤ 2 tahun) dengan peluang

persalinan SC, dimana ibu yang jarak kehamilan beresiko (≤ 2 tahun) mempunyai peluang sebesar 2,08 kali terhadap peluang persalinan SC dibanding dengan ibu yang jarak kehamilannya tidak beresiko (≥ 2 tahun); ibu yang kehamilannya adalah anak pertama mengalami persalinan SC sebanyak 35 responden (52,54%) ibu kehamilannya adalah anak pertama jarak kehamilan yang tidak beresiko mengalami persalinan normal sebanyak 150 responden (67,26%). Pada uji Statistik dengan nilai kemaknaan 95% dan $\alpha = 0,05$ di peroleh p value= 0,00 dan OR=2,24 yang berarti menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara responden yang kehamilannya anak pertama dengan persalinan SC, dimana responden yang kehamilannya adalah anak pertama mempunyai peluang sebesar 2,24 kali terhadap peluang persalinan SC dibanding dengan ibu jarak kehamilannya tidak beresiko / normal (≥ 2 tahun)

Tabel 12 – Hubungan Status Obstetri faktor anak dengan Peluang Persalinan SC

Variabel	Peluang Persalinan				Total	OR	P value	95% CI
	Normal/ Tidak SC		SC					
	n	%	n	%				
Letak anak dalam kandungan								
Letak normal	190	65,74	99	34,26	289			
Tidak Normal	0	0.00	18	100	18	1	0,00	0,40-0,66
Denyut jantung janin								
Normal	189	63,21	110	36,79	299			
Tidak Normal	189	63,21	110	36,79	189	13,74	0,01	1,69-111,3

Tabel 12 memperlihatkan hubungan status obstetri faktor anak dengan peluang persalinan SC di wilayah kerja Puskesmas dalam Kabupaten Nagan Raya. Berdasarkan hasil tabulasi silang bahwa letak anak dalam kandungan yang tidak normal mengalami persalinan SC sebanyak 18 responden (100%) terlihat bahwa

letak anak dalam kandungan yang tidak normal merupakan angka absolut untuk dilakukan persalinan SC karena semua ibu hamil yang memiliki letak anak tidak normal dilakukan tindakan SC dalam persalinannya, yang menyebabkan tidak ada data pembandingan. Pada uji Statistik dengan nilai kemaknaan 95% dan $\alpha = 0,05$ diperoleh $p\text{ value} = 0,00$ dan $OR = 1$, dan nilai 95% $CI = 0,40-0,66$ hal ini berarti menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara letak anak dalam kandungan yang tidak normal dengan persalinan SC, dimana berpeluang sama nilainya dengan letak anak normal yaitu 1 kali.

Berdasarkan hasil tabulasi silang bahwa denyut jantung janin dalam kandungan yang tidak normal mengalami persalinan SC sebanyak 8 responden (88,89%) denyut jantung janin normal dalam kandungan mengalami persalinan normal sebanyak 190 responden (65,74%). Pada uji statistik dengan nilai kemaknaan 95% dan $\alpha = 0,05$, diperoleh $p = 0,01$ dan $OR = 13,74$ yang menunjukkan adanya hubungan bermakna antara denyut jantung janin yang tidak normal dengan persalinan SC di wilayah kerja Puskesmas dalam Kabupaten Nagan Raya, dimana denyut jantung janin yang tidak normal hampir 14 kali berpeluang melakukan persalinan SC dibanding dengan ibu yang denyut jantung janinnya normal.

Tabel 13 – Hubungan Status Obstetri faktor Ibu dengan Peluang Persalinan SC

Variabel	Peluang Persalinan				Total	OR	P value	95% CI
	Normal/ Tidak SC		SC					
	n	%	n	%				
Umur kehamilan								
37-42 minggu	184	63,01	108	36,99	292			
≤37 minggu	5	41,67	7	58,33	17	2,38	0,14	0,73-7,70
≥42 minggu	1	25,00	3	75,00	4	5,11	0,16	0,52-49,75
Riwayat persalinan terdahulu								
Normal	156	80.41	38	19,59	194			
Tidak Normal	7	12,50	49	87,50	56	28,73	0,00	12,06-68,43
Anak pertama	27	46,55	31	53,45	58	4,71	0,00	2,52-8,81

Tabel 13 memperlihatkan hubungan status obstetri faktor ibu dengan peluang persalinan SC di wilayah kerja Puskesmas dalam Kabupaten Nagan Raya. Berdasarkan hasil tabulasi silang bahwa umur kehamilan ≤ 37 minggu mengalami persalinan SC sebanyak 7 responden (58,33%) umur kehamilan 37-42 minggu dalam kandungan mengalami persalinan normal sebanyak 184 responden (63,01%). Pada uji 76bstetric dengan nilai kemaknaan 95% dan $\alpha = 0,05$ diperoleh p value = 0,14 dan OR= 2,38 yang menunjukkan tidak ada hubungan bermakna antara umur kehamilan ≤ 37 minggu dengan persalinan SC, dimana umur kehamilan ibu ≤ 37 minggu beresiko hampir 3 kali lebih besar peluang persalinan SC dibanding dengan ibu yang umur kehamilannya 37-42 minggu; umur kehamilan ibu ≥ 42 minggu juga tidak ada hubungan yang bermakna dengan peluang persalinan SC (P value= 0,16; OR= 5,11) dimana umur kehamilan ibu ≥ 42 minggu 5,11 kali mempunyai peluang Persalinan SC, dibanding dengan ibu yang umur kehamilannya 37-42 minggu.

Pada tabel 13 juga di ketahui bahwa ada hubungan antara riwayat persalinan terdahulu dengan persalinan SC (p value= 0,00; OR=28,73) dimana ibu yang riwayat persalinannya pernah SC memiliki hampir 29 kali mempunyai peluang persalinan SC dibanding dengan ibu yang riwayat persalinannya terdahulu normal (pervaginam); dan ibu yang kehamilan ini adalah anak pertama juga mempunyai hubungan dengan peluang persalinan SC (p value= 0,00 ;OR= 4,71) dimana ibu yang kehamilan ini merupakan anak pertama mempunyai hampir 5 kali berpeluang persalinan SC dibanding dengan ibu yang sebelumnya mempunyai riwayat persalinan normal.

5.2.3 Hasil Analisis Multivariat

Analisis statistik dengan menggunakan uji regresi statistik berganda dilakukan dalam tiga model. Variabel yang memiliki nilai $p < 0,25$ layak dimasukkan kedalam model. Faktor sosiodemografi; variabel umur, pekerjaan dimasukkan dalam model 1, faktor status kesehatan; variabel tinggi badan, berat badan, tensi darah, kadar HB, *gravida*, jarak kehamilan ditambah dengan variabel umur dan pekerjaan pada model 1 dimasukkan dalam model 2. Faktor obstetri; DJJ, Umur kehamilan ibu, persalinan terdahulu, serta ditambah seluruh model 2 dimasukkan dalam model 3.

Tabel 14 – Hasil uji kelayakan model logistik variabel independen terhadap variabel Dependen

Variabel	Model 1			Model 2			Model 3		
	OR	P value	95% CI	OR	P value	95%CI	OR	P value	95%CI
Variabel Sosiodemografi									
Umur	1,05	0,00	1,01-1,10	1.07	0.00	1.02-1,12	1,09	0,00	1,03-1,15
Pekerjaan	0,70	0,25	0,39-1,28	0.65	0.19	0,34-1,24	0,64	0,28	0,29-1,44
Variabel status Kesehatan									
Tinggi Badan				2.82	0,01	1,24-6,41	3,40	0,00	1,35-8,54
Berat Badan				2,13	0,03	1,04-4,34	1,65	0,24	0,70-3,89
Tensi Darah				4,76	0,03	1,12-20,21	7,95	0,01	1,58-39,80
Kadar HB				4,46	0,04	1,06-18,66	5,66	0,03	1,10-29,03
Gravida1 orang				8,02	0,99	0	0,00	0,99	0
Gravida ≥ 5 orang				1,05	0,95	0,20-5,50	0,49	9,54	0,04-4.87
Jarak Kehamilan; Beresiko (≤ 2 tahun)				2,50	0,09	0,86-7,26	2,68	0,15	0,68-10,53
Jarak Kehamilan; Anak pertama				273	0,98	0	126	0,98	0
Variabel status Obstetri									
DJJ							7,73	0,09	0,70-84,93
Umur kehamilan; ≤ 37 minggu							1,61	0,59	0,27-9,46
Umur kehamilan ; ≥ 42 minggu							3,95	0,27	0,34-45,88
Riwayat persalinan terdahulu; Tidak normal							36,49	0,00	14,16-94,07
Persalinan yang pertama							2,05	0,03	0,39-10,65
P Pseudo R2	Pseudo R2 = 0,0229			Pseudo R2 = 0,1166			Pseudo R2= 0,3510		

Analisis multivariat dibangun untuk menganalisis hasil penelitian dengan kerangka teori yang sudah ada menurut McCarty & Maine, bahwa peluang SC dipengaruhi oleh determinan proxy, determinan antara, serta determinan kontekstual. Faktor sosio demografi yang diwakilkan oleh umur dan pekerjaan merupakan determinan jauh yang masuk kedalam model 1, variabel umur selalu konsisten mempunyai hubungan dengan persalinan SC, hal ini terlihat pada model 1,2,dan 3, dengan P value= 0,00 serta mempunyai peluang sebesar 1 kali, sementara ibu yang tidak bekerja tidak mempunyai hubungan dengan peluang persalinan SC namun dapat mencegah peluang persalinan SC sebesar 30% dibanding dengan ibu bekerja dengan nilai Pseudo R²= 0,0229 artinya peluang persalinan SC mampu dijelaskan oleh umur ibu lebih dari 35 tahun dan ibu yang tidak bekerja hanya sebesar 02,29% sisanya variabel lain diluar model 1.

Pada model 2 tambahan dari model 1, yaitu umur dan pekerjaan, kemudian diikutsertakan faktor status kesehatan yang diwakilkan oleh variabel tinggi badan, tensi darah, kadar HB, menunjukkan P value yang selalu signifikan yaitu $P < 0,05$, pada model 2 maupun di model 3. variabel tinggi badan P value = 0,01 menjadi 0,00, dan variabel tekanan darah/ tensi darah P value = 0,03 menjadi P value= 0,01, sementara P value Kadar HB dari P value= 0,04 menjadi 0,03, dengan nilai OR pada model 2 tinggi badan mencapai hampir 3 kali, tekanan darah mencapai hampir 5 kali, dan nilai OR kadar HB menjadi hampir 4,5 kali. Yang artinya bahwa ibu yang tinggi badannya tidak normal mempunyai peluang persalinan SC sebesar hampir 3 kali dibanding dengan ibu yang berat badannya normal, ibu yang mempunyai tekanan darah tidak normal (Hipertensi) mempunyai peluang persalinan SC sebesar hampir 5 kali dibanding dengan ibu hamil yang tekanan darahnya normal, dan ibu hamil yang mempunyai kadar HB tidak normal berpeluang melakukan SC sebesar hampir 4,5 kali dibanding dengan ibu hamil yang kadar HBnya normal. Sementara variabel berat badan terlihat perbedaan P value, pada model 2 P valuenya $< 0,05$ tetapi ketika diikut sertakan pada model akhir berubah menjadi tidak signifikan

yaitu P value > 0,05. Yang artinya pada model 2 berat badan ibu ada hubungan yang signifikan dengan peluang persalinan SC diwilayah Puskesmas dalam Kabupaten Nagan Raya. Pada model 2 ini hanya mampu menjelaskan 11,66% faktor yang berpengaruh terhadap peluang persalinan SC.

Pada model 3 merupakan determinan proxy yaitu faktor status kesehatan; ditambah dengan model 1; dan model 2. Pada model 3 variabel umur, tinggi badan, tekanan darah, kadar HB, serta riwayat persalinan terdahulu, dan persalinan anak pertama konsisten dengan p value < 0,05, yang artinya umur, tinggi badan, tekanan darah, kadar HB dan riwayat persalinan terdahulu serta persalinan pertama ada hubungan dengan peluang persalinan SC. Riwayat persalinan terdahulu merupakan nilai yang paling tinggi berpeluang melakukan persalinan SC, yaitu mencapai 36 kali. Disusul dengan tekanan darah yang tidak normal hampir 8 kali dan kadar HB tidak normal 5,66 kali berpeluang melakukan persalinan SC. Keseluruhan variabel pada model 3 ini dapat menjelaskan peluang SC sebesar 35,10 persen.

5.2.4 Hasil analisa data Penelitian kualitatif

Adapun informan yang ikut sertakan dalam penelitian kualitatif adalah sebagai berikut;

Tabel 15 – Karakteristik Informan

No	Informan	Umur	Asal Puskesmas	Keterangan
1	Bidan 1	45	Padang Panjang	Lama bekerja sebagai bidan 23 tahun
2	Bidan 2	47	Cot Kuta	Lama bekerja sebagai bidan ± 25 tahun
3	Bidan 3	50	Ujong Patihah	Lama bekerja sebagai bidan ± 30 tahun
4	Ibu hamil 1	37	Padang Panjang	Kehamilan Anak kelima
5	Ibu hamil 2	17	Cot kuta	Kehamilan Anak pertama
6	Ibu hamil 3	24	Padang Rubek	Kehamilan Anak pertama
7	Ibu hamil 4	27	Jeuram	Kehamilan Anak pertama
8	Ibu hamil 5	33	Cot Kuta	Kehamilan Anak ketiga
9	Ibu hamil 6	34	Jeuram	Kehamilan Anak ketiga

Tahap pertama

Peneliti mengkombinasikan Informasi di kuantitatif ditinjau dari karakteristik sosiodemografi, status kesehatan, status obstetri, baik dari faktor anak maupun faktor ibu dan informasi kualitatif dengan menggali perspektif bidan dengan keilmuan dan pengalaman sehingga dari asuhan kebidanan yang diberikan sudah dapat melihat peluang SC atau normal, serta literasi ibu hamil tentang kondisi kehamilannya dan rencana persalinan nanti.

5.2.4.1 Rencana Asuhan/ Keputusan Klinis Penyelesaian Persalinan

Ada beberapa topik yang disajikan dalam penelitian ini antara lain; informasi bagaimana kondisi ibu hamil yang di periksa, apakah memiliki peluang persalinan normal atau SC. Beberapa pertimbangan atau alasan persalinan SC adalah karena umur yang beresiko, baik kurang dari 20, maupun lebih dari 35 tahun, adanya riwayat persalinan SC terdahulu, adanya komplikasi dalam kehamilan namun masih ditemukan tindakan SC yang didasari karena tidak mau sakit, dapat menentukan waktu tertentu sesuai keinginan ibu hamil.

Dari hasil wawancara kepada ibu hamil dan Bidan pemeriksa, Peneliti memadukan penyampaian literasi ibu hamil tentang kehamilannya dengan rencana asuhan bidan pemeriksa, dengan cara melihat catatan bidan pada kohort ibu tentang kondisi ibu hamil yang diperiksa, yaitu umur ibu 37 tahun, pendidikan terakhir SMA, ibu rumah tangga, dan memiliki kartu JKN. Bidan memahami kondisi kesehatan ibu; tinggi, berat badan, tensi darah, dan kadar HB dalam batas normal, ibu rutin periksa hamil, riwayat melahirkan yang lalu yaitu lahir normal, ini adalah

kehamilan ke lima, jumlah anak yang ada empat orang, yang terkecil sudah empat tahun, kondisi anak; denyut jantung janin normal, letak anak dalam kandungan; letak kepala, bidan memikirkan juga kemungkinan pada saat persalinan ibu nanti, yaitu takut kelelahan, mengingat faktor umur juga berpengaruh pada saat mencedakan pada persalinan normal. Hal ini terbukti dengan informasi yang didapatkan peneliti dari informan Bidan, bahwa ibu hamil tersebut mengalami ketuban pecah duluan dan perdarahan ketika ibu masih di rumah, akhirnya dirujuk ke rumah sakit untuk melahirkan SC.

Informan Bidan 1:

“Menurut saya ibu ini... bisa melahirkan normal, karena semuanya baik, dari pemeriksaan yang saya lakukan tadi memang tidak ada tanda-tanda akan kesulitan dalam melahirkan nanti, apalagi ini sudah anak keempat juga kan?!. Tapi kalau SC: hanya faktor umurnya sudah 37 tahun saja yang kemungkinan dapat dilakukan SC, sedangkan bayinya tidak terlalu besar, sedang-sedang saja. Faktor umur ini pada saat mau mencedakan nanti yang ditakutkan sudah kecapean duluan, karena mencedakan butuh tenaga”, kalau menurut ibunya menginginkan melahirkan secara normal saja.

Informan Ibu hamil 1:

“Sejauh ini Bidan..... mengatakan bayi saya insyaallah baik, tapi karena umur saya sudah 37 tahun, bidan menganjurkan coba sekali aja periksa juga ke dokter spesialis di Rumah sakit, ...rencana mau melahirkan di Bidan saja, dan melahirkan normal....., semoga tidak usah di seksio”.

Setelah melahirkan :

“ibu.....akhirnya melahirkan SC di rumah sakit.....(menyebut Rumah sakitnya), karena ketuban pecah duluan di rumah serta ada perdarahan setelah ketuban pecah (informan bidan 1)

Dari hasil pemeriksaan dan wawancara dengan ibu hamil yang belum genap 17 tahun, status masih merupakan seorang siswi SMA, Kartu JKN belum dimiliki

karena hamil diluar nikah dan belum mempunyai kartu keluarga, tinggi badan, berat badan, tekanan darah, kadar HB dalam batas normal. Ibu hamil baru datang ke pelayanan kesehatan setelah umur kehamilan memasuki 8 bulan. Dan ini adalah pengalaman pertama kehamilan. Berdasarkan data tersebut persalinan normal tidak dianjurkan oleh Bidan mengingat ibu hamil masih berumur 17 tahun, dari observasi pemeriksaan panggul ibu sempit (*CephaloPelvic Disporporsion/ CPD*). Panggul perempuan pada usia 16, 17, dan 18 tahun belum sepenuhnya padat. Ibu yang memiliki panggul sempit kemungkinan sulit menjalani persalinan normal karena adanya risiko; ketidak sesuaian antara ukuran kepala bayi dengan ukuran panggul ibu yang menjadi jalan lahir sehingga risiko persalinan lama dan macet akan tinggi.

Informan Bidan 2.

"Menurut saya ibunya..... termasuk golongan risti jadi lebih baik SC, karena panggulnya sempit dan umurnya juga masih 17 tahun. Keadaan janin yang saya periksa tadi sampai saat ini baik, Kalau di SC mungkin risikonya lebih sedikit, kan nanti diperiksa oleh dokter satu kali sesuai dengan pedoman pelayanan kehamilan yang enam kali itu kak..."

Informan Ibu hamil 2:

"Saya mau melahirkan di rumah sakit, karena mau operasi aja, tidak mau normal karena takut. Kata Dokter...operasi, karena anaknya tidak masuk pinggul kepalanya, kecil pinggul, karena pendek,....padahal sudah cukup bulan.....kalau operasi tidak sakit cuma sakit waktu di bius saja, kalau normal sakit"

Setelah melahirkan;

"Alhamdulillah semuanya bagus, normal tidak ada masalah apapun, semua baik baik saja,.....di rumah sakit, dan melahirkan SC. Dan enak juga sih SC, nggak sakit dan cepat sehat juga". (Informan ibu hamil 2)

Dari hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh bidan ke Ibu hamil, semua dalam keadaan normal, baik ditinjau dari sosiodemografi, status kesehatan ibu, status obstetri dari faktor anak maupun ibu. Bidan memahami bahwa proses persalinan adalah alamiah, namun komplikasi bisa muncul tidak hanya saat hamil, tapi ibu juga dapat mengalami komplikasi atau tanda bahaya saat proses persalinan berlangsung.

Informan Bidan 3:

“Menurut saya.....ibu ini bisa lahiran normal. Karena keadaan ibu dan bayinya sejauh ini tidak masalah. Tapi saya serahkan semuanya ke ibu hamil nya...karena hak mereka untuk menentukan. Tapi akhir akhir ini memang banyak ibu hamil yang datang kesaya normal, waktu setelah lahiran ketemu saya kembali rupanya melahirkan secara operasi...itu banyak, alasan yang paling banyak setelah bertemu dokter, hasil USG katanya ketuban keruh, ketuban kurang, serta ada yang postdate juga”.

Informan ibu hamil 3

“Saya mau melahirkan dengan bidan, saya tidak mau ke dokter, tapi bidan menyarankan saya ke dokter untuk periksa satu kali, dan saya juga mau sekalian mau lihat muka anak saya dan jenis kelaminnya”

Setelah melahirkan:

“Ibu.....melahirkan SC di Rumah Sakit, penyebabnya air ketuban kurang,.....dokternya la yang tau”. (Informan Bidan 3)

5.2.4.2 Literasi ibu hamil tentang tindakan persalinan

Ibu hamil ingin melahirkan secara normal, ini adalah persalinan pertama dan sangat dinantikan oleh ibu dan keluarga, ibu tidak ada keluhan tentang kehamilannya serta tidak ada penyakit..

Informan Ibu hamil 4:

“Menurut bidan semua dalam keadaan baik. Semoga tidak usah operasi.....melahirkan dengan bidan, karena dekat rumah.....nggak mau lah operasi, takut.”

Setelah melahirkan

Karena sudah lewat waktu 4 hari dari taksiran melahirkan,.....menurut ibu (orang tua ibu hamil, dukun beranak) memang tidak bisa lahiran normal, akhirnya kami pergi ke rumah sakit dan dikasi rangsangan, kami tunggu 2 hari, pembukaan masih satu sempit dan ketuban sudah pecah minggu pagi akhirnya operasi dengan dokter I.... (informan ibu hamil 4)

Temuan pada saat wawancara diketahui bahwa memang ada ibu ibu hamil yang memilih persalinan SC. Ibu hamil tahu tentang kondisi kehamilan karena sering melakukan pemeriksaan baik ke bidan maupun ke dokter. Ibu hamil mengetahui indikasi SC yang sangat berpengaruh pada persalinannya nanti karena riwayat persalinan sebelumnya SC dan menurut pengalaman SC tidak sakit serta aman.

Informan ibu hamil 5:

Kata kak N.... (bidan), trus ada berobat juga kedokter: bayi dan saya normal dan sehat, cuma mungkin di kehamilan ini kan sudah yang ke tiga serta pernah kuret juga, jadi cepat capek,.....rencana melahirkan sama dokter ya, di rumah sakit....operasi SC saja, karena anak kedua sudah SC, serta pernah kuret,...jadi ada trauma juga, takut kenapa kenapa. Kalau SC kan sama dokter, trus pengalaman juga SCnya nggak sakit, ya udah SC saja.

Setelah melahirkan;

“SC bu...sama dokter.....enak koq sekarang nggak model tempel lagi sudah lebih canggih, jadi waktu di biusnya katanya pake obat yang bagus. (informan ibu hamil 5)

Ibu hamil berniat untuk melahirkan secara normal, karena ibu hamil merasa kondisi kehamilannya sama dengan kondisi kehamilan anak yang lalu. Pengalaman proses melahirkan sebelum juga mudah.

Informan ibu hamil 6

“Menurut bidan kehamilan ini baik baik saja, tidak ada masalah, tidak seperti pemeriksaan saya sebelumnya dari yang lain. Kemarin kemarin saya sempat khawatir karena katanya mulai dari prediksi melahirkannya, kondisi saya, ternyata setelah saya melakukan pemeriksaan dengan bidan....ya alhamdulillah semua baik baik saja.....rencana mau melahirkan normal di klinik. saya lebih memilih normal selain karena kondisi saya dan pengalaman pengalaman saya sebelumnya”

Setelah Melahirkan :

“Alhamdulillah normal, saya melahirkan di rumah sakit dengan dokter.....karena umur kehamilan saya sudah lebih dari 41 minggu, ketuban kata dokter sudah mulai agak keruh, tapi belum sempat diambil tindakan saya sudah mules jadi bisa normal, saya melahirkan di ruang ok, karena dokter takut kenapa kenapa....”(informan ibu hamil 6)

Ibu hamil memahami betul tentang kondisi kehamilannya saat ini karena tidak ada keluhan, dikuatkan juga dengan hasil pemeriksaan kehamilan yang dilakukan ke petugas kesehatan. Sehingga yakin persalinannya dapat normal.

Tahap Kedua

Pada wawancara kedua peneliti *mengeksplor* informasi dari Bidan setelah mendapatkan hasil penelitian tahap pertama di penelitian kuantitatif dan kualitatif

5.2.4.3 Penggalan informasi terkait dengan fenomena keputusan klinis ibu yang di

SC

Penelitian kuantitatif serta kualitatif pada tahap pertama didapatkan hasil bahwa peluang SC tertinggi didapat dari persalinan terdahulu SC, sehingga peneliti

ingin mendapatkan jawaban apakah indikasi persalinan SC memang didasari indikasi medis atau indikasi non medis, maka diperoleh hasil sebagai berikut;

“Saya yakin semua pasien yang dilakukan SC indikasi medis oleh dokter berdasarkan hasil pemeriksaan USG. Setiap ibu hamil yang periksa kebidan pasti diajarkan periksa ke dokter dua kali, hasil pemeriksaan dari USG bisa karena air ketubannya banyak, air ketubannya sedikit, terus lilitan tali pusat, air ketuban keruh, bayi besar, panggul sempit, letak sungsang, dan lain-lain, terkadang dari tujuh bulan sudah dipastikan, jadi ibu merasa was-was, jadi sekali lagi datang ke praktek dokter langsung diberi memo ke UGD RS untuk dilakukan operasi” (informan bidan 1)

“Menurut Saya ada yang indikasi medis ada yang tidak indikasi kami tidak paham, contoh yang indikasi placenta previa kami paham, letak lintang kami terima, karena sudah tau saat pemeriksaan, waktu periksa perutnya bagian terendah tidak lunak, yang tidak kami pahami misalnya dia primi, dia bentuk rongga panggul masuk, tapi jawaban dari dokter air ketubannya kering, terus lilitan tali pusat kami tidak pahami, yang tidak masuk indikasi menurut saya, menurut saya tidak indikasi kenapa dioperasi mungkin si pasien ini sudah dibuat nyaman sama dokternya, dan satu lagi dia suka dengan dokter, jadi asal apa omong dokter ia terus, ini operasi ya! Ia” kata pasien. Tapi kesini-keseini ada pasien saya datang periksa,” dia tinggi badan sesuai, semua sesuai tapi dibilang kalau dua hari tidak lahir kamu harus operasi, dibuat ultimatum, saya bilang coba kamu ke dokter lain dia tidak pergi, dia sudah fanatic dengan dokter ini. Ketuban sedikit kami tidak tau, kalau ketuban banyak 80 peren bisa kami prediksi, kecuali primi tidak bisa karena padat. Dari hasil rekapitasi diagnose kebanyakan ketuban keruh, ketuban sedikit, karena kenapa? kalau pas pasien tidak mau periksa kedokter, dia ke bidan lahir normal”. (Informan Bidan 2)

“Itu saya kurang tau ya, karena begini ada yang datang ke tempat saya, saya sudah melakukan 10 T, kebetulan saya kemaren Bikor saya lebih paham, jadi kalau ada ibu hamil saya periksa buku KIAnya dengan teliti normal, ketika dia balik lagi kata dokter air ketuban sedikit, nah air ketuban yang sedikit itulah, saya rasa kalau memang sudah menjelang persalinan itu pasti ada penyusutan, saya tidak tau cara penilaian air ketuban sedikit, nah ada lagi yang menyatakan lilitan tali pusat, saya periksa dengan teliti ibu mau melahirkan normal atau operasi? Yang saya periksa sekarang alhamdulillah tidak ada masalah, ibu mau melahirkan, kata ibu saya melahirkan di tempat ibu ajalah, saya bisa mempetanggung jawabkan sesuai dengan 10 T ini, alhamdulillah setelah saya periksa saya tidak melihat adanya lilitan tali pusat, itu juga saya tidak tau bagaimana cara penilaian,

begitu juga dengan air ketuban karena saya tidak bisa melihat USG, saya bisa memeriksa dengan jari-jari tangan ini". (Informan Bidan 3)

Bidan meyakini bahwa semua ibu yang melahirkan dengan SC dilakukan sesuai indikasi medis, setelah dokter melakukan pemeriksaan USG, umumnya yang di temukan karena ketuban keruh, ketuban banyak, lilitan tali pusat, bayi besar, yang pada pemeriksaan Bidan hal tersebut tidak dapat di temukan.

Menurut bidan hasil dari pemeriksaan ibu dengan USG

"Ada yang tidak diharus di operasi, saya minta jangan berpatokan pada satu dokter, saya minta ibu hamil untuk cari solusi lain dengan periksa pada dokter lain, selain di Nagan, ada yang ke Aceh Barat, ada yang ke Aceh Barat Daya, dan bahkan ada yang ke Banda Aceh, hasil periksa saya suruh bandingkan ke ibu, bahkan hasil periksa dokter lain itu tidak mengatakan apa-apa dan bisa melahirkan normal". (informan Bidan 3)

Menurut Informan umumnya indikasi dari SC adalah adanya masalah pada kehamilan ibu berdasarkan hasil pemeriksaan USG, yang dilakukan oleh dokter spesialis, hal tersebut bukan kewenangan dari kompetensi Bidan. Sehingga Bidan menganjurkan untuk melakukan *second opini* ke dokter lain pada Rumah sakit yang berbeda. Beberapa kasus dipertimbangkan akhirnya dapat melakukan persalinan normal.

Pertanyaan Kedua: jika persalinan sebelumnya SC, apakah masih diupayakan untuk persalinan normal?

"Kita lihat dulu riwayat SCnya, kalau panggul sempit kita tidak berani, tapi jika letak sungsang atau letak lintang atau kelainan lain prosesnya normal dengan menjelaskan kepada ibu masih bisa normal gak sama dengan kehamilan terdahulu,..... Tapi kita kasih saran jangan melahirkan di bidan tapi melahirkan di Rumah sakit di ruang persalinan"

Probing..... *"kalau yang di Rumah Sakit itu langsung di SC, ini tidak bisa, harus di SC!" (Informan Bidan 1)*

"Tidak, tapi dia harus melahirkan dikamar operasi bagusnya, takut perlengketan, tapi adek saya sendiri saya tolong lahir normal karena riwayat SC pertama karena letak anaknya bukan letak kepala, letak mereng sedikit, tapi kalau indikasi, saya setuju kelahiran pertama dia keluhannya bukan

karena lama lahir, bukan karena CPD misalnya tidak ada pembukaan, itu boleh dioperasi, tapi ini letak lintang, letak bokong jangan, tapi dokter sekarang langsung tidak ada cerita kalau anak pertama operasi anak kedua langsung operasi”

Probing....., “kalau di RS tidak, tidak ada, kalau kata saya saya langsung bilang bisnis”. (Informan Bidan 2)

“Tidak juga, dasarnya setelah kita periksa lebih dari dua tahun SC kemudian tidak ada indikasi panggul sempit, kalau tekanan darahnya normal kemudian leopoldnya dalam standar normal, saya rasa itu bisa normal, kalau memang anak pertama SC gak perlulah anak kedua SC, kalau itu bisa kita periksa dengan teliti tidak ada indikasi SC, bisa lahir normal, itu banyak di kita dan banyak melahirkan di bidan swasta, apabila standar 10 T sudah diperiksa, kecuali kurang dari dua tahun, itu bisa pecah rahim, itu yang saya dapat dari pembelajaran”(informan Bidan 3)

Dari jawaban yang disampaikan oleh Bidan, bahwa Bidan telah menginfokan jika ibu dapat melahirkan normal, walau pada persalinan yang lalu dilakukan persalinan SC, dengan memperhatikan ketentuan ketentuan yang berlaku, antara kehamilan ini sudah lebih dari 2 tahun dari persalinan sebelumnya. Tetapi jika melahirkan di RS kebanyakan petugas kesehatan di RS tidak mengupayakan lagi untuk lahir normal, karena ini adalah pasien dokter.

Pertanyaan Ketiga: Fenomena SC tinggi di tanggal Cantik (Tanggal 22 bulan 2 Tahun 2022)?

“Itu biasanya ibu muda yang kepingin, itu bukan dari Nagan Raya aja ada juga dari luar itu memang sudah direncanakan pada tanggal cantik, meningkatkan resiko setelah SC bahkan ibu ini tidak paham resiko setelah SC” (Informan Bidan 1)

“Memang 50 persen kita bilang karena indikasi 50 persen Karena butuh tanggal cantik, termasuk cucu saya kebetulan memang sudah sakit-sakit” (Informan Bidan 2)

“Saya tidak setuju, saya muslim saya tidak terima, tujuan kita menikah adalah mendapat kebahagiaan dan keturunan, nah ketika kita sudah hamil, apa yang kita perlu? Asupan, agar anak tidak stunting, nah ketika kita hamil ibadah tentunya kita merawat diri, termasuk payudara, saat mau

melahirkan, saya ngomong sama bayi saya, saat saya melahirkan maka berguguran dosa saya (bidan sambil menangis) bayi lahir suci begitu juga seorang ibu suci, sekarang saya lihat setelah ibu SC, bayi langsung ke incubator, ibu di pisahkan, jadi saya tidak setuju dengan tanggal cantik”.

(Informan Bidan 3)

Fenomena ibu- ibu di Nagan Raya (RS Sultan Iskandar Muda) banyak yang melakukan persalinan SC di tanggal cantik dalam kurun waktu penelitian ini dilakukan, yaitu tanggal 22 bulan dua tahun 2022. Bidan mengatakan umumnya dilakukan oleh ibu muda, bukan hanya ibu hamil yang berasal dari wilayah Kabupaten Nagan Raya saja, yang sebetulnya memang mau di SC dalam bulan February secara elektif bukan SC karena Cito, yang salah satunya juga tidak memahami dampak dari SC, antara lain tidak dapat langsung menyusui bayi segera setelah melahirkan, serta meningkatkan peluang persalinan SC.

BAB VI

PEMBAHASAN

6.1. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini membahas tentang Peluang persalinan SC di wilayah kerja Puskesmas dalam Kabupaten Nagan Raya. Dalam penelitian ini masih memiliki keterbatasan, dari segi teknis pengumpulan data yaitu data kohort yang ada di Puskesmas kadang tidak berisi secara penuh hal ini dikarenakan banyaknya pelaporan yang sejenis di puskesmas yang harus diisi oleh bidan karena ada peralihan dari kohort ibu ke e-kohort secara *on-line*.

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dan kualitatif atau yang sering disebut dengan *Mix Method* pada pemilihan variabel belum menggambarkan secara keseluruhan permasalahan yang terjadi, sehingga terbatas untuk mengeksplorasi secara mendalam faktor lain yang memengaruhi keputusan Sectio Caesarea (SC)

6.2. Pembahasan Penelitian

6.2.1 Hubungan faktor sosial demografi ibu dengan persalinan SC diwilayah kerja Puskesmas dalam Kabupaten Nagan Raya

Hasil analisa univariat diperoleh bahwa frekuensi terbanyak melahirkan adalah responden yang berumur 20-35 tahun yaitu sebanyak 236 orang (76,62%) dengan nilai rata- rata 28 tahun, dimana usia persalinan yang ideal adalah dalam kelompok umur ini, karena pada usia tersebut rahim sudah siap menerima kehamilan, mental juga sudah matang dan sudah mampu merawat sendiri bayi dan dirinya. (Andalas, 2014; WIKNJOSASTRO *et al.*, 1999). Hasil analisis bivariat umur ≤ 20 tahun P value 0,60 dan variabel umur ≥ 35 tahun dengan P value 0,14 yang berarti bahwa umur tidak ada hubungan yang bermakna dengan peluang persalinan SC. Umur ≤ 20 tahun tidak dimasukkan ke dalam analisis multivariat karena P valuenya $> 0,25$. Sementara variabel umur ≥ 35 tahun kita masukkan kedalam model multivariat, karena P value $< 0,25$. Hal ini sejalan dengan penelitian oleh (Arman, 2016; Nurwita & Anggraeni, 2018). Namun penelitian ini tidak sejalan

dengan penelitian yang telah dilakukan (Sulistianingsih & Bantas, 2018; Dila *et al.*, 2022). Yang menyatakan bahwa jika umur ≤ 20 tahun telah melahirkan, organ-organ dalam kandungan belum sempurna, sementara umur ≥ 35 tahun organ reproduksi telah menurun, sehingga banyak indikasi medis yang akan menyertai. Sementara hasil wawancara kepada responden baik itu bidan maupun ibu hamil bahwa umur menentukan keputusan untuk di SC, terbukti dengan asuhan kebidanan yang diberikan oleh bidan kepada ibu hamil yang umurnya ≥ 35 tahun, untuk mengontrol kehamilan ke dokter spesialis, karena ditakutkan ada indikasi medis yang menyertai dan ternyata sebelum persalinan ibu mengalami perdarahan dan ketuban pecah dini. Dari pihak ibu hamil juga SC dianjurkan oleh bidan dan dokter karena umurnya masih 17 tahun, dimana ukuran panggul masih belum sempurna.

Asumsi peneliti umur dapat menjadi Faktor utama ibu untuk dilakukan SC, pada wawancara mendalam ibu yang umurnya telah melewati 35 tahun dan merupakan persalinan yang kelima sehingga menambah pertimbangan tenaga kesehatan untuk mengawatirkan keadaan kesehatan ibu, ketika persalinan normal dijalankan, dan terbukti akhirnya ibu di SC dengan cara *cito* dikarenakan adanya indikasi medis lain yang menyertai.

Analisa univariat variabel pendidikan diperoleh kelompok pendidikan yang dominan melakukan persalinan SC adalah pendidikan menengah 60,39%. Hasil analisis bivariat ditemukan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan pendidikan

ibu, baik rendah maupun pendidikan tinggi dengan peluang persalinan SC, variabel ini tidak dimasukkan ke dalam analisis multivariate karena P valuenya $> 0,25$. Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian (Sulistianingsih & Bantas, 2018) bahwa ibu yang berpendidikan menengah mempunyai peluang persalinan SC (0,027) dibanding dengan ibu pendidikan rendah. Penelitian (Novianti Margareth *et al.*, 2017) responden dengan pendidikan tinggi 3,28 kali melakukan persalinan SC dibanding dengan pendidikan rendah atau tidak tamat SMA, karena Ibu yang memiliki pendidikan formal tinggi, mempunyai pengetahuan dan kesadaran dalam mengantisipasi kesehatannya, sehingga keinginan untuk melakukan persalinan SC lebih tinggi. Temuan wawancara yang dilakukan kepada ibu hamil yang berpendidikan tinggi, menengah, maupun rendah tidak ada hubungan tetapi yang menentukan adalah karena faktor psikologis yaitu semakin mendekati persalinan pasti akan membuat ibu bahagia dan cemas, kecemasan terhadap persalinan normal dapat mempengaruhi pemilihan persalinan SC tanpa indikasi medis hal ini sesuai dengan teori bahwa seseorang wanita yang belum pernah mengalami akan lebih sering dan banyak mengalami rasa khawatir dan kecemasan apalagi sudah masuk tanggal taksiran persalinan. Informasi bahwa persalinan SC tidak sakit, mudah dijalankan, serta cepat penyembuhan, organ reproduksinya akan tetap baik hal ini karena sudah ada penemuan terbaru metode *eracks*.

Asumsi peneliti, bahwa pendidikan formal tidak menentukan keputusan ibu untuk melakukan SC, persalinan SC hal yang lumrah saat ini, informasi tentang

kemajuan teknologi kedokteran terutama metode *eracks* yang pesat dan kemudahan prosedur SC tidak seimbang dengan informasi dampak persalinan SC sehingga membuat ibu tertarik dan tidak menelaah lagi bahwa persalinan SCpun sebetulnya mempunyai dampak baik bagi ibu, bayi, jangka pendek maupun jangka panjang.

Analisa univariat variabel pekerjaan responden yang bekerja, dan yang melahirkan dengan SC yang terbanyak adalah kelompok ibu yang tidak bekerja (36,51%). Hasilnya adalah tidak ada hubungan yang bermakna terhadap peluang persalinan SC antara ibu yang tidak bekerja dibanding dengan ibu yang bekerja ($P=0,66\%$; $OR=0,169$). Penelitian ini sejalan dengan penelitian (Sulistianingsih & Bantas, 2018) dan tidak sejalan dengan penelitian (Novianti Margareth *et al.*, 2017) status sebagai seorang pekerja yang terikat dengan waktu mendorong ibu memilih persalinan SC, karena mereka dapat menentukan sendiri kapan cuti melahirkan dan kapan bisa bekerja kembali setelah selesai melahirkan. Asumsi peneliti bahwa status ibu yang bekerja dan tidak bekerja sekarang sudah sama bahwa metode SC lebih praktis, dan dapat ditentukan sesuai keinginan ibu sendiri. Status ibu bekerja dimasukkan dalam model multivariat, karena nilai P valuenya $< 0,25$. Dan hasil akhirnya adalah pekerjaan menjadi faktor pendukung peluang SC karena $OR= 0,59$

Hasil penelitian kepersertaan asuransi kebanyakan ibu yang persalinannya dengan SC adalah ibu yang mempunyai asuransi kesehatan dari pemerintah, dan hasil secara bivariat bahwa ditemukan tidak ada hubungan yang signifikan dengan

peluang persalinan SC, penelitian ini tidak sejalan dengan (Novianti Margareth *et al.*, 2017) bahwa ibu yang mempunyai jaminan kesehatan berpeluang besar untuk bersalin secara operasi sesar dibanding ibu yang tidak memiliki jaminan kesehatan apalagi biaya operasi sesar lebih tinggi bila dibanding dengan persalinan normal. Asumsi peneliti mungkin data yang didapat tidak bervariasi dimana, sekarang Jaminan kesehatan Nasional kita (JKN Kis) sudah banyak merangkul semua lapisan masyarakat, sehingga tidak menjadi kendala apakah ibu tersebut akan melahirkan secara SC atau normal, karena jaminan kesehatan sudah memasukkan semua bentuk pelayanan persalinan dapat di klem dengan asuransi. Kepesertaan JKN tidak dimasukkan dalam model multivariat, karena nilai P valuenya $> 0,25$.

6.1.2 Hubungan faktor Status kesehatan ibu dengan persalinan SC diwilayah kerja Puskesmas dalam Kabupaten Nagan Raya

Berdasarkan analisa univariat diperoleh bahwa frekuensi terbanyak melahirkan adalah responden yang tinggi badannya tidak beresiko yaitu sebanyak 273 orang (88,64%) dibanding dengan responden yang tinggi badannya beresiko (≤ 150 cm), dan analisis bivariat didapat bahwa ada hubungan yang bermakna terhadap peluang persalinan SC antara tinggi badan ibu yang beresiko dibanding dengan tinggi badan yang tidak beresiko. (p value= 0,00; OR=3,59) Hal ini tidak sejalan dengan penelitian (Nurmawati & Rachmawati, 2020). Dan sejalan dengan beberapa penelitian walaupun penelitian ini yang dipakai adalah tinggi badan ≤ 150 cm bukan ≤ 145 cm, sementara penelitian kebanyakan memakai standar ≤ 145 cm

(Novianti Margareth *et al.*, 2017; Arman, 2016). Hal ini sangat cocok dengan wawancara yang dilakukan oleh peneliti dengan ibu hamil bahwa tinggi badan kurang dari 150, dianjurkan bidan untuk di SC, karena panggul ibu tidak sesuai dengan ukuran kepala bayi. Pada penelitian multivariat model 4 (model akhir) variabel ini menjadi tidak signifikan P valuenya 0,13.

Asumsi peneliti menemukan bahwa tinggi badan berhubungan dengan keadaan panggul ibu, dengan rutannya ibu hamil melakukan ANC, maka dapat dilihat dan diantisipasi ukuran bayi yang ada dalam kandungan dengan kondisi panggul ibu, sehingga partus macet dapat dihindari dengan dilakukannya operasi SC.

Analisa univariat diperoleh bahwa frekuensi terbanyak melahirkan adalah responden yang berat badannya normal/ tidak beresiko yaitu sebanyak 266 orang (86,36%) dibanding dengan responden yang berat badannya tidak normal. Analisa bivariat didapat bahwa ibu yang melahirkan dengan SC yang berat badannya tidak normal mempunyai hubungan yang bermakna terhadap peluang persalinan SC dibanding dengan berat badan normal. Penelitian ini sejalan dengan Penelitian yang dilakukan di Spanyol (Fernández Alba *et al.*, 2018) membandingkan indikasi SC pada wanita hamil yang obesitas dengan berat badan normal

Asumsi Peneliti rata rata berat badan dalam penelitian tidak normal adalah ibu yang kenaikan berat badan selama kehamilan melebihi 15 kilogram, hal ini dilakukan persalinan SC, untuk mencegah partus macet yang akan mempengaruhi proses persalinan dan kondisi janin yang akan dilahirkan.

Analisa univariat diperoleh bahwa frekuensi terbanyak melahirkan adalah responden yang mayoritas tekanan darah normal dibanding dengan responden yang tekanan darahnya tinggi/ hipertensi, pada analisa bivariat hasilnya adalah tidak ada hubungan yang bermakna terhadap peluang persalinan SC antara ibu yang hipertensi dibanding dengan ibu yang tidak hipertensi. Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan di Maumere (Ferni *et al.*, 2021) dimana hipertensi adalah faktor penentu persalinan SC.

Asumsi Peneliti bahwa dari 308 responden yang diteliti, yang mengalami hipertensi hanya 13 orang, dan yang dilakukan SC hanya 7 orang saja, berarti data yang ditemukan hanya 4,2% hipertensi, sehingga peneliti menganggap data ini tidak dapat mewakili untuk diambil kesimpulan.

Berdasarkan hasil tabulasi silang bahwa ibu yang mempunyai kadar HB tidak normal mengalami persalinan SC sebanyak 10 ibu (76,92%) Pada analisis bivariante diperoleh p value= 0,00, yang berarti menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara ibu yang mempunyai kadar HB tidak normal dengan peluang persalinan SC, dimana ibu yang mempunyai Kadar HB tidak normal beresiko sebesar 5,77 kali terhadap peluang persalinan SC dibanding dengan ibu yang mempunyai kadar HB normal. Hal ini tidak sejalan dengan penelitian (Nurmawati & Rachmawati, 2020). Dan sejalan dengan penelitian (Novianti Margareth *et al.*, 2017) yang menyatakan bahwa kadar HB menunjukkan salah satunya adalah adanya penyulit dalam persalinan nanti ditakutkan akan mengalami *plasenta previa*.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kunjungan ANC dengan peluang persalinan SC di wilayah kerja Puskesmas dalam Kabupaten Nagan Raya. Hal ini tidak sejalan dengan penelitian (Aprina & Puri, 2016; Sihombing *et al.*, 2017). Asumsi peneliti adalah karena banyak ibu hamil, yang langsung datang ke dokter praktek spesialis, sehingga cepat mendapatkan informasi dan keputusan bahwa harus ditanggulangi segera persalinan dengan SC, tanpa mencari lagi informasi ke pelayanan kesehatan yang lain.

Berdasarkan analisa univariat diperoleh bahwa frekuensi terbanyak melahirkan adalah kelompok responden *multigravida* yaitu sebanyak 234 orang (75,97%) Hasil penelitian dengan analisis bivariat kelompok responden *multigravida* terbanyak melakukan SC sebanyak 79 ibu (33,76%) dan hasilnya adalah ada hubungan yang bermakna kelompok *primigravida* dibanding dengan kelompok *multigravida*, hal ini sejalan dengan (Sulastri & Ni'mah Mufidah, 2019) adanya hubungan antara *gravida* dan tindakan SC.

Asumsi peneliti, ibu *primigravida* banyak yang melakukan SC, karena tidak ada pengalaman sebelumnya tentang melahirkan, hanya mendengar bahwa sekarang melahirkan SC tidak sakit dan mengikuti tren, dan tidak mendengar dampak dilakukan SC, baik bagi ibu apalagi bayi.

Berdasarkan analisa univariat diperoleh bahwa frekuensi terbanyak melahirkan adalah kelompok jarak kehamilan tidak beresiko yaitu sebanyak 223

orang (72,40%). Hasil penelitian dengan analisis bivariat kelompok jarak kehamilan terbanyak melakukan SC sebanyak 73 ibu (32,74%) dan jarak kehamilan yang beresiko melakukan SC sebanyak 10 ibu (55,56%), hasilnya adalah tidak ada hubungan yang bermakna jarak kehamilan yang beresiko dengan dengan peluang persalinan SC; sementara ibu yang baru pertama melahirkan SC sebanyak 35 ibu (52,24%) yang berarti ada hubungan ibu yang pertama melahirkan dengan peluang persalinan SC hal ini tidak sejalan dengan (Nurmawati & Rachmawati, 2020) Namun penelitian ini sejalan dengan penelitian yang telah dilakukan (Sihombing *et al.*, 2017) Dan menurut peneliti banyak ibu yang melakukan persalinan SC adalah anak pertama sehingga ibu tidak memerlukan waktu untuk menyehatkan organ reproduksinya.

6.1.3 Hubungan faktor Status Obstetri faktor anak dengan persalinan SC diwilayah kerja Puskesmas dalam Kabupaten Nagan Raya

Berdasarkan analisa univariat diperoleh bahwa mayoritas adalah kelompok responden letak anak dalam kandungan normal 94,14%. Hasil penelitian dengan analisis bivariat kelompok responden letak anak tidak normal semua dilakukan SC sehingga hal ini menjadi tidak ada pembandingan, dan tidak di masukkan ke dalam analisis multivariat. Menurut peneliti kelainan letak salah satunya letak sungsang akan sulit melahirkan secara normal, dan hal ini sesuai dengan wawancara yang dilakukan langsung kepada ibu yang dalam masa kehamilan sudah terdeteksi mengalami kelainan letak (letak sungsang) dan pada kehamilan cukup bulan dokter

menyarankan di SC, karena apabila dilakukan persalinan normal, mengakibatkan resiko kematian janin apabila tidak ditangani dengan benar. Hasilnya adalah ada hubungan yang bermakna letak anak tidak normal dengan letak anak yang normal dalam kandungan dengan peluang persalinan SC, hal ini tidak sejalan dengan (Nurmawati & Rachmawati, 2020) Namun penelitian ini sejalan dengan penelitian yang telah dilakukan (Aprina & Puri, 2016).

Hasil penelitian variabel denyut jantung janin menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan denyut jantung janin dengan Peluang persalinan SC di wilayah kerja Puskesmas dalam Kabupaten Nagan Raya. (OR= 13,74, P-value= 0,01). Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian (Arman, 2016), dan sejalan dengan (Andayasari *et al.*, 2015) dalam teori (Cunningham *et al.*, 2010; Ferni *et al.*, 2021) semakin canggih teknologi yang dipakai untuk mendeteksi gawat janin pada saat hamil, maka dapat dilakukan tindakan penyelamatan segera kepada janin dan ibu. Asumsi peneliti bahwa pemeriksaan denyut jantung janin merupakan hal yang wajib diperiksa oleh tenaga kesehatan pada saat pemeriksaan kehamilan, hal ini bertujuan untuk mengetahui kondisi janin agar dapat dengan segera melakukan tindakan yang tepat.

6.1.4 Hubungan faktor Status obstetri faktor ibu dengan persalinan SC di wilayah kerja Puskesmas dalam Kabupaten Nagan Raya.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan umur kehamilan baik ≤ 37 minggu maupun ≥ 42 minggu dengan peluang persalinan

SC. Hal ini tidak sejalan dengan penelitian (Sihombing *et al.*, 2017), dan sejalan dengan penelitian (Wulandari *et al.*, 2018) bahwa kehamilan *premature* dan *post matur* tidak semuanya harus dilakukan tindakan SC karena persalinan normal masih memungkinkan untuk dijalani, dari 4 responden ≥ 42 minggu seluruh responden tidak dilakukan tindakan SC, hal ini diakibatkan karena pada saat persalinan, ibu dapat melahirkan secara normal dengan bantuan obat-obatan dari tenaga kesehatan (induksi), selanjutnya dari 12 responden yang memiliki usia prematur 7 responden dilakukan tindakan SC, karena adanya penyakit penyerta pada ibu, sehingga dokter memutuskan untuk mengkahiri usia kehamilan sebelum usia kehamilan matur. Hasil penelitian dengan wawancara langsung didapatkan 2 informan yang tindakan persalinannya berbeda. Ada yang dapat melahirkan normal, walau sudah lewat waktu, dan ada yang SC, karena menurut hitungan taksiran persalinan sudah lewat waktu, menyebabkan ibu hamil dan keluarga gelisah, mereka tidak sabar untuk ke pelayanan kesehatan walau belum merasakan sakit. Asumsi peneliti, Usia ibu hamil ≤ 37 minggu maupun ≥ 42 minggu bisa saja tidak dilakukan persalinan SC, karena kondisi ibu dan bayi masih dalam kondisi normal, karena ibu hamil sebagian ada juga yang lupa dengan haid hari terakhir, menyebabkan mereka tidak sabar, dan takut kalau terjadi sesuatu dengan bayinya, sehingga begitu memasuki umur kehamilan cukup bulan, mereka ingin cepat melahirkan.

Hasil penelitian tentang Riwayat Persalinan terdahulu menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan riwayat persalinan terdahulu dengan Peluang

persalinan SC (OR= 28,73 P-value= 0,000). Hasil analisis multivariat menunjukkan konsistensi dengan P value yang selalu signifikan dan terjadi peningkatan nilai OR menjadi 36 kali, Hal ini berarti bahwa pada faktor obstetri variabel riwayat persalinan terdahulu adalah yang paling besar peluang yaitu 33 kali untuk melakukan persalinan SC, dan persalinan pertama juga ada hubungan yang signifikan dengan peluang persalinan SC sebesar 2 kali dibanding dengan riwayat persalinan terdahulu normal di wilayah Puskesmas dalam Kabupaten Nagan Raya.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian (Arman, 2016), namun hasil penelitian ini sejalan dengan beberapa penelitian (Nurmawati & Rachmawati, 2020; Dila *et al.*, 2022) dan ini sesuai dengan teori (WIKNJOSTRO *et al.*, 1999) bekas luka operatif SC pada uterus akan mengalami perubahan selama proses kehamilan selanjutnya. Perubahan tersebut meningkatkan resiko terjadinya ruptur uteri pada kehamilan dan persalinan karena rupture uteri sukar sekali di diagnosa, untuk mencegah hal tersebut, maka hal yang aman adalah dilakukan persalinan SC kembali. Hal tersebut sangat didukung dengan wawancara langsung kepada ibu yang berencana melakukan SC, karena sebelumnya juga pernah SC, mereka takut luka operasi dapat terbuka kembali ketika mendedan pada persalinan normal.

Hasil Analisa Temuan Kualitatif

Tahap pertama

6.1. 5 Hubungan Rencana Asuhan kebidanan oleh Bidan pemeriksa dengan persalinan SC di wilayah kerja Puskesmas dalam Kabupaten Nagan Raya.

Informan 1.

Asuhan kebidanan yang diberikan oleh bidan ke ibu hamil bahwa faktor umur menjadi salah satu peluang ibu melahirkan SC, umur ≥ 35 tahun organ reproduksi telah menurun, sehingga banyak indikasi medis yang akan menyertai, meskipun ibu hamil itu ingin normal seperti persalinan yang lalu. Hal ini terbukti dengan asuhan kebidanan yang diberikan oleh bidan kepada ibu hamil yang umurnya lebih dari 35 tahun, serta anak kelima untuk mengontrol kehamilan ke dokter spesialis, karena ditakutkan ada indikasi medis yang menyertai dan ternyata sebelum persalinan ibu mengalami perdarahan serta ketuban pecah dini di rumah, yang akhirnya ibu di SC secara *cito* di rumah sakit

Informan 2

Umur ≤ 20 tahun juga berpeluang untuk dilakukan SC karena jika umur ≤ 20 tahun telah melahirkan, organ-organ dalam kandungan belum sempurna, dan belum siap secara fisiologis. Dari pihak ibu hamil SC dianjurkan oleh bidan dan dokter karena umurnya masih 17 tahun, dimana ukuran panggul masih belum sempurna yang beresiko tinggi pada ibu dan bayi pada saat melahirkan.

Informan 3

Didalam kehamilan pemeriksaan USG memang dibutuhkan, mengingat memantau kehamilan sangatlah penting karena berhubungan dengan janin yang dikandung. Dengan USG kita dapat memantau keadaan janin, perkembangan, letak dan bagaimana keadaan disekitar janin maupun plasenta, ketika dilihat dari USG terdapat suatu masalah maka dapat diketahui segera, bisa mencari solusi yang

sesuai dengan masalah yang ada, dapat diatasi secara cepat dan tepat agar pada akhir kehamilan yaitu proses persalinan tidak ada masalah yang dapat membahayakan ibu dan janin.

Asumsi Peneliti Bidan memahami jika ibu hamil yang ia periksa adalah resiko tinggi atau bukan, Bidan selalu menganjurkan ke ibu hamil untuk periksa kedokter untuk mengetahui keadaan kesehatan dari sisi kedokteran, Bidan memahami bahwa keputusan ada ditangan ibu hamil tentang persalinannya.

6.1. 6. Hubungan Literasi ibu hamil tentang kehamilan dengan rencana persalinan yang akan dipilih.

Berdasarkan wawancara yang dilakukan oleh peneliti ke 6 ibu hamil, bahwa proses persalinan adalah moment yang paling dinanti oleh pasangan dan keluarga, semakin mendekati persalinan pasti akan membuat ibu bahagia dan cemas, kecemasan terhadap persalinan normal dapat mempengaruhi pemilihan persalinan *sectio caesarea* tanpa indikasi medis hal ini sesuai dengan teori bahwa seseorang wanita yang belum pernah mengalami akan lebih sering dan banyak mengalami rasa khawatir dan kecemasan apalagi sudah masuk tanggal taksiran persalinan. Prediksi pemberitahuan tanggal yang salah tentu akan berdampak terhadap kesalahan tanggal persalinan. Perubahan HPL umumnya tidak hanya dipengaruhi oleh ukuran janin, namun bisa dipengaruhi faktor lainnya. Hal ini sejalan dengan penelitian (Eide

et al., 2019) Kecemasan menjelang persalinan banyak terjadi akibat dari pengalaman melahirkan sebelumnya.

Asumsi peneliti riwayat persalinan terdahulu sangat menentukan kondisi psikologis ibu untuk melakukan persalinan SC kembali, ibu hamil meminta persalinan SC karena alasan sakit pada persalinan spontan, dan pesatnya informasi tentang metode *eracks* juga ikut mendorong ibu untuk melakukan SC.

Tahap Kedua

6.1.7 Fenomena Keputusan klinis ibu yang di SC

Dari wawancara peneliti dengan Bidan (3 informan), ditemukan bahwa SC kebanyakan dilakukan atas indikasi medis, yang didapatkan dari pemeriksaan yang dilakukan dokter spesialis dengan pemeriksaan USG, sementara Bidan tidak mengetahui dan tidak mempunyai kewenangan dalam pemeriksaan USG. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan di Kamboja, bahwa pemeriksaan USG yang berlebihan memacu peningkatan persalinan SC dan ibu mendapatkan informasi yang salah tentang kondisi kesehatannya (Schantz *et al.*, 2016). Penelitian serupa dilakukan di China Timur (Huang *et al.*, 2012) mengemukakan bahwa ada hubungan pemeriksaan USG antenatal dengan peningkatan SC.

Menurut Informan Bidan 2 ada sebagian ibu hamil karena terlalu fanatik dengan dokter. hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan di vietnam, (Takegata *et al.*, 2020) bahwa dokter merupakan faktor penentu keputusan ibu hamil untuk SC.

Bidan menyarankan ibu hamil untuk periksa kehamilan ke dokter spesialis lain. Dalam pemeriksaan kesehatan sangat lazim dilakukan *second opini* untuk mencari pendapat lain tentang hasil pemeriksaan kehamilannya yang mungkin saja ada ketidakmengertian pasien atas keadaan kesehatannya, yang memerlukan

informasi yang jelas sebelum mengambil keputusan untuk di SC (kecuali kondisi gawat darurat)

6.1.8 Upaya yang dilakukan dengan adanya riwayat persalinan terdahulu

Dari wawancara kepada informan Bidan mengatakan bahwa di RSUD Sultan Iskandar Muda ibu yang pernah melahirkan SC biasanya tidak di upayakan untuk persalinan normal, karena ibu hamil tersebut sudah membawa memo dari dokter untuk dioperasi secara elektif. Sementara Bidan memahami VBAC sebaiknya dilakukan di Rumah Sakit, hal ini untuk menghindari jika VBAC tidak berhasil ditengah jalan. Menurut penelitian (Habak & Kole, 2022) ada banyak syarat yang harus dipenuhi oleh seorang ibu yang pernah melahirkan dengan SC, salah satunya; jarak dengan operasi sesar terakhir minimal 18-24 bulan, pada kehamilan sekarang tidak boleh ada penyulit seperti posisi sungsang, bayi besar, alasan sesar sebelumnya bukan merupakan alasan mutlak, seperti panggul kecil, riwayat sesar sebelumnya hanya satu kali serta ketebalan Rahim memenuhi ketebalan minimal.

6.1.9 Banyak ibu yang melahirkan dengan memilih tanggal cantik

Dalam kurun penelitian dilakukan terdapat tanggal cantik yang merupakan tanggal yang banyak dilakukan oleh ibu ibu untuk melahirkan SC di Kabupaten Nagan Raya, dan RSUD Sultan Iskandar Muda pada khususnya (Tanggal 22 bulan 2 tahun 2022). Menurut pendapat informan Bidan 1; ini bukan hanya dilakukan oleh ibu hamil yang ada di Nagan saja, kemungkinan besar ibu hamil yang berasal dari luar Nagan Raya. Informan Bidan 2: Ini dilakukan oleh ibu yang kebetulan di indikasi SC dekat dengan tanggal cantik, sehingga mereka sekalian saja pilih tanggal tersebut. Informan Bidan 3; hal ini sangat bertentangan dengan agama, dan

merugikan ibu sendiri, karena dengan SC akan menyebabkan ketidak berhasilan ibu untuk segera menyusui bayi. Penelitian terkait dengan pemilihan tanggal cantik untuk melahirkan, sesuai dengan penelitian yang dilakukan di Negara China, dimana hari kelahiran membawa keberuntungan terhadap kehidupan manusia **(Lo, 2003; Long et al., 2018)**. Ibu mempunyai peran besar sekali terhadap tanggal kelahiran, sementara dokter hanya memfasilitasi.

BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan dengan judul Peluang Persalinan SC di wilayah kerja Puskesmas dalam Kabupaten Nagan Raya dapat disimpulkan bahwa;

1. Persentase ibu yang melahirkan normal/ tidak SC sebanyak 190 ibu (61,69%), dan 118 ibu (38,31%) mengalami persalinan SC. Angka ini tidak sesuai dengan pernyataan 10% yang dikeluarkan oleh WHO.
2. Berdasarkan hasil penelitian multivariat diketahui bahwa yang menunjukkan hubungan dengan peluang persalinan SC adalah variabel umur, tinggi badan, tekanan darah, kadar HB, persalinan anak pertama serta riwayat persalinan terdahulu yang tidak normal.
3. Peluang persalinan SC yang paling tinggi adalah persalinan terdahulu yang tidak normal yaitu sebesar 36,49 kali, hal ini sangat sesuai dengan hasil wawancara bahwa anggapan ibu yang pernah SC, persalinan selanjutnya pasti SC juga karena takut mengambil resiko jika persalinan normal.
4. Pengambil keputusan kebanyakan di serahkan ke ibu yang bersangkutan, psikologis ibu sangat mempengaruhi keputusan persalinan SC, dengan kurangnya informasi yang diberikan sehingga ibu hamil hanya melihat

keuntungan persalinan SC tidak sakit, dan mudah, tanpa disertai dengan informasi tentang dampak persalinan SC.

5. Pada penelitian kualitatif ditemukan bahwa indikasi medis terbanyak melakukan SC adalah dari pemeriksaan USG yang dilakukan oleh dokter spesialis, misalnya lilitan tali pusat, ketuban keruh, ketuban banyak dll, yang menurut Bidan bukan merupakan kompetensi Bidan.

7.2. Saran

1. Diharapkan bagi ibu hamil agar lebih memperhatikan kesehatannya dan mencari *second opini* dalam mengambil keputusan untuk mengurangi resiko saat persalinan nanti.
2. Pihak penyedia layanan kesehatan (bidan, dan dokter) agar melakukan layanan *antenatal care* yang berkualitas termasuk memberi penjelasan kepada ibu tentang indikasi SC serta meningkatkan sosialisasi tentang bahaya tindakan persalinan SC. Jika operasi SC dilakukan haruslah sesuai dengan indikasi medis yang menyegerakan ibu untuk dilakukan operasi SC sehingga angka terjadinya persalinan Sectio Caesarea berkurang.
3. Diharapkan pihak Rumah Sakit agar menerapkan sistem *Vaginal Birth After Caesarea* (VBAC) yaitu proses melahirkan normal setelah pernah melakukan *Sectio Caesarea*, sehingga ibu yang pernah mengalami riwayat *Sectio Caesarea* sebelumnya tidak ragu untuk memilih bersalin secara normal

4. Kepada Dinas Kesehatan, di era JKN ini tersedianya jaminan kesehatan, diharapkan tidak mendorong terjadinya peningkatan tren persalinan SC, meningkatkan sosialisasi persalinan aman dan nyaman yang dilakukan di Puskesmas, serta membuat kebijakan mencegah peningkatan persalinan SC tentang program ambang batas persalinan SC di Rumah sakit.
5. Kepada peneliti selanjutnya pada penelitian kuantitatif untuk menambah lebih banyak variabel serta melakukan analisis lebih mendalam khususnya penelitian secara kualitatif ke dokter untuk menggali informasi lebih dalam khususnya persalinan SC tanpa indikasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Akuma A., **Predisposing factors for caesarean section** 2019.
- Andalas H., **Goresan Tangan Spesialis Kandungan**: Sibuku; 2014.
- Andayasari L., Muljati S., Sihombing M., Arlinda D., Opitasari C., Mogsa D. & Widiyanto W.J.B.P.K., **Proporsi seksio sesarea dan faktor yang berhubungan dengan seksio sesarea di Jakarta**, 2015;43(2):105-116.
- Aprina A. & Puri A.J.J.K., **Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Persalinan Sectio Caesarea di RSUD dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung**, 2016;7(1):90-96.
- Arendt E., Singh N.S. & Campbell O.M.R., **Effect of maternal height on caesarean section and neonatal mortality rates in sub-Saharan Africa: An analysis of 34 national datasets**, *PLoS One*, 2018;13(2):e0192167.
- Arman S.R.J.H., **Faktor-faktor yang Berhubungan Dengan Pemilihan Metode Persalinan Sectio Caesarea di Rumah Sakit Agung Jakarta Periode November 2016-Oktober 2017** **Factors Associated With Selection of Delivery Methods of Sectio Caesarea at Agung Jakarta Hospital November Period November 2016-October 2017**, 2016;2017.
- Bailey P., Lobis S., Maine D. & Fortney J.A., **Monitoring emergency obstetric care: a handbook**: World Health Organization; 2009.
- Berghella V., Lockwood C. & Barss V.J.W.U., **Cesarean delivery: postoperative issues**, 2013.
- Betrán A.P., Torloni M.R., Zhang J.-J. & Gülmezoglu A.J.B., **WHO statement on caesarean section rates**, 2016;123(5):667.
- Boley J.J.C.C.M.A.J., **The history of caesarean section. 1935**, 1991;145(4):319.
- Branger B., Dochez V., Gervier S. & Winer N., **[Cesarean after labor induction: Risk factors and prediction score]**, *Gynecol Obstet Fertil Senol*, 2018;46(5):458-465.

- Chung J.G., Taylor R.S., Thompson J.M., Anderson N.H., Dekker G.A., Kenny L.C. & McCowan L.M., **Gestational weight gain and adverse pregnancy outcomes in a nulliparous cohort**, *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2013;167(2):149-53.
- Creswell J.W.J.Y.p.p., **Research design pendekatan kualitatif, kuantitatif, dan mixed**, 2010.
- Cunningham F.G., Bangdiwala S.I., Brown S.S., Dean T.M., Frederiksen M., Rowland Hogue C.J., *et al.*, **NIH consensus development conference draft statement on vaginal birth after cesarean: new insights**, *NIH Consens State Sci Statements*, 2010;27(3):1-42.
- Depkes R.J.D.R., Jakarta, **Asuhan Kesehatan Anak Dalam Konteks Keluarga**, 2005.
- Dila W., Nadapda T.P., Sibero J.T., Harahap F.S.D., Marsaulina I.J.J.O.H.T. & MEDICINE, **Faktor yang Berhubungan dengan Persalinan Sectio Caesarea Periode 1 Januari–Desember 2019 di RSU Bandung Medan**, 2022;8(1):359-368.
- Eide K.T., Morken N.H. & Bærøe K., **Maternal reasons for requesting planned cesarean section in Norway: a qualitative study**, *BMC Pregnancy Childbirth*, 2019;19(1):102.
- Fernández Alba J.J., Paublete Herrera C., Vilar Sanchez A., Gonzalez-Macias C., Castillo Lara M., Torrejón R., *et al.*, **Indications of caesarean section in overweight and obese versus normal-weight pregnant women: a retrospective cohort study**, 2018;31(3):357-363.
- Ferni E.N., Lada C.O., Lerik M.D.C., Trisno I. & Ruliati L.P., **The Analysis of The Determinants of Caesarean Section Delivery in Dr. TC. Hillers General Hospital in Maumere**, 2021.
- Field A., Haloob R.J.T.O. & Gynaecologist, **Complications of caesarean section**, 2016;18(4):265-272.
- Habak P.J. & Kole M., **Vaginal birth after cesarean delivery**, StatPearls [Internet]: StatPearls Publishing; 2022.
- Hastono S.P.J.D.F.K.M.U.I., **Analisis data kesehatan**, 2007;217.
- Helen Varney J.M.K., Carolyn L, Gegor. **Buku Ajar Asuhan Kebidanan ed.4 vol.1 cet.1 1 ed**, Jakarta: EGC , 2007; 2007.

- Huang K., Tao F., Faragher B., Raven J., Tolhurst R., Tang S. & van den Broek N., **A mixed-method study of factors associated with differences in caesarean section rates at community level: the case of rural China**, *Midwifery*, 2013;29(8):911-920.
- Huang K., Tao F., Raven J., Liu L., Wu X. & Tang S., **Utilization of antenatal ultrasound scan and implications for caesarean section: a cross-sectional study in rural Eastern China**, *BMC Health Serv Res*, 2012;12:93.
- Hung S., Morrison D.R., Whittington L.A. & Fein S.B., **Prepartum work, job characteristics, and risk of cesarean delivery**, *Birth*, 2002;29(1):10-7.
- Ibrahim N.K., Ayoub K., Sawan S.A., Al-Jdani M.S. & Bahkali N.M.J.K.M.J., **Caesarean section: Sixteen-years' trend, risk factors and attitudes of females delivered at King Abdulaziz University Hospital, Jeddah, Saudi Arabia**, 2020;52(2):183-190.
- Ishtiaq M.J.E.L.T., **Book Review Creswell, JW (2014). Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches . Thousand Oaks, CA: Sage, 2019;12(5):40.**
- Keag O.E., Norman J.E. & Stock S.J.J.P.m., **Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis**, 2018;15(1):e1002494.
- Kemenkes R.J.J.K.K.R., **Pedoman Pelayanan Antenatal, Persalinan, Nifas dan Bayi Baru Lahir di Era Adaptasi Kebiasaan Baru**, 2020.
- Kesehatan K., **Pedoman Pelayanan Antenatal, Persalinan, Nifas dan Bayi Baru Lahir di Era Adaptasi Kebiasaan Baru.**—, Jakarta: Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat; Tahun 2020.
- Kindig D.A., Panzer A.M. & Nielsen-Bohlman L., **Health literacy: a prescription to end confusion**, 2004.
- Kurbanoglu S.S., Akkoyunlu B. & Umay A.J.J.o.d., **Developing the information literacy self-efficacy scale**, 2006.

- Lindblad Wollmann C., Liu C., Saltvedt S., Elvander C., Ahlberg M. & Stephansson O., **Risk of negative birth experience in trial of labor after cesarean delivery: A population-based cohort study**, *PLoS One*, 2020;15(3):e0229304.
- Lo J.C., **Patients' attitudes vs. physicians' determination: implications for cesarean sections**, *Soc Sci Med*, 2003;57(1):91-6.
- Long Q., Kingdon C., Yang F., Renecke M.D., Jahanfar S., Bohren M.A. & Betran A.P.J.P.m., **Prevalence of and reasons for women's, family members', and health professionals' preferences for cesarean section in China: a mixed-methods systematic review**, 2018;15(10):e1002672.
- Manuaba I., Ida Ayu Chadranita . **Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandung Dan KB**, Jakarta: EGC; 2010.
- Marmi S.A., Retno M. & Fatmawati E.J.Y.P.P., **Asuhan kebidanan patologi**, 2011.
- McCarthy J. & Maine D.J.S.i.f.p., **A framework for analyzing the determinants of maternal mortality**, 1992;23(1):23-33.
- Mittal S., Pardeshi S., Mayadeo N. & Mane J., **Trends in cesarean delivery: rate and indications**, *J Obstet Gynaecol India*, 2014;64(4):251-4.
- Mochtar R. **Sinopsis Obstetri: Obstetri Fisiologi Obstetri Patologi**, , Ed. 3 ed, editor, Jakarta:: EGC; 2011.
- Nagan D., **Profil Dinkes Nagan Raya**, Suka Makmue: Dinas Kesehatan, 2020.
- Nagan D., **Profil Dinkes nagan Raya**, Suka Makmue: Dinas Kesehatan, 2021.
- Notoatmodjo S., **Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi**, , Jakarta:: Rineka Cipta,; 2005.
- Notoatmodjo S.J.M.P.K., **Pendidikan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta: PT Rineka Cipta (2005)**, 2003.
- Novianti Margareth S., Ika S. & Dwi Siska Kumala P., **Determinan Persalinan Sectio Caesarea Di Indonesia (Analisis Lanjut Data Riskesdas 2013)**, *Indonesian Journal of Reproductive Health*, 2017;8(1):63-73.

- Nurarif A.H. & Kusuma H., **Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA**, 2015.
- Nurmawati I. & Rachmawati D.J.J.A.J.I.K., **Review of cesarean section medical record document at RSIA Srikandi IBI Jember**, 2020;5(2):191-198.
- Nurwita A. & Anggraeni R.J.J.K.K., **Faktor Risiko Ibu Pada Ibu Bersalin Dengan Sectio Caesarea Di RSUD Cianjur Tahun 2014**, 2018;10(3):1-8.
- Perkins J.M., Subramanian S.V., Davey Smith G. & Özaltın E., **Adult height, nutrition, and population health**, *Nutr Rev*, 2016;74(3):149-65.
- Portela D.S., Vieira T.O., Matos S.M., de Oliveira N.F. & Vieira G.O., **Maternal obesity, environmental factors, cesarean delivery and breastfeeding as determinants of overweight and obesity in children: results from a cohort**, *BMC Pregnancy Childbirth*, 2015;15:94.
- Prawihardjo S. **Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal**, Jakarta: Yayasan Bina Pustaka; 2006.
- Prawirohardjo S.J.J.Y.B.P.S., **Bunga rampai obstetri dan ginekologi sosial**, 2005.
- Rahmawati T.J.J.P.P.P., **Dasar-Dasar Kebidanan**, 2012.
- Razali R., Kulsum K., Jasa Z.K., Indirayani I. & Safira M.J.J.K.S.K., **Profil pasien Sectio Caesarea di rumah sakit umum daerah dr. Zainoel Abidin Banda Aceh tahun 2019**, 2021;21(1).
- RSUD. **Profil RSUD Sultan Iskandar Muda**, Nagan Raya: RSUD Sultan Iskandar Muda, 2020.
- Sabri L. & Hastono S.P., **Statistik kesehatan**, 2018.
- Sandall J., Tribe R.M., Avery L., Mola G., Visser G.H., Homer C.S., *et al.*, **Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children**, 2018;392(10155):1349-1357.

- Schantz C., Sim K.L., Petit V., Rany H. & Goyet S., **Factors associated with caesarean sections in Phnom Penh, Cambodia**, *Reprod Health Matters*, 2016;24(48):111-121.
- Sihombing N.M., Saptarini I. & Putri D.S.K.J.I.J.o.R.H., **Determinan persalinan sectio caesarea di Indonesia (analisis lanjut data Riskesdas 2013)**, 2017;8(1):63-73.
- Simkin P., Whalley J. & Kepple A.J.E.b.I.J.S.S., Arcan, **Kehamilan, Melahirkan dan Bayi; Panduan Lengkap**, 2007.
- Smith S.A., Carroll L.N.J.I.S. & Use, **Data-driven maternal health literacy promotion and a postscript on its implications**, 2017;37(2):235-252.
- Sosio-Ekonomi K.J.B.P.K., **Kesenjangan Sosio-Ekonomi dan Faktor yang Berhubungan dengan Persalinan Seksio Sesarea di Indonesia**, 2017;45(3):169-176.
- Sulastri A.M. & Ni'mah Mufidah E.N.J.J.I.K.M., **Kontribusi Jumlah Kehamilan (Gravida) Terhadap Komplikasi Selama Kehamilan dan Persalinan**, 2019;2(1):9-16.
- Sulistianingsih A.R. & Bantas K.J.J.K.R., **Peluang menggunakan metode sesar pada persalinan di Indonesia**, 2018;9(2):125-133.
- Takegata M., Smith C., Nguyen H.A.T., Thi H.H., Thi Minh T.N., Day L.T., *et al.*, **Reasons for Increased Caesarean Section Rate in Vietnam: A Qualitative Study among Vietnamese Mothers and Health Care Professionals**, *Healthcare (Basel)*, 2020;8(1).
- Viandika N. & Septiasari R.M.J.J.f.Q.i.W.s.H., **Pengaruh Continuity Of Care Terhadap Angka Kejadian Sectio Cessarea**, 2020;3(1):1-8.
- WIKNJOSASTRO H.P.D., SAIFUDDIN A.B.P.D. & Rachimhadhi T., **Ilmu kandungan**, 1999.
- Wulandari P., Maharani R.P. & Arifianto A.J.J.o.H.N.S., **Faktor-Faktor Yang Berhubungan Tindakan Persalinan Sectio Caesarea Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Semarang**, 2018;5(2):64-71.
- Yogatama A. & Budiarti W., editors. **Determinan Persalinan Sesar Wanita Tanpa Komplikasi Kehamilan Di Indonesia 2017**. Seminar Nasional Official Statistics; 2019.

Yudiaatmaja F., **Analisis Regresi Dengan Menggunakan Aplikasi Komputer Statistik:**
Gramedia Pustaka Utama; 2013.

Yuniwati C.J.I.J.f.H.S., **Efektifitas Teknik Relaksasi Pernapasan dan Teknik Foot and Hand
Massage pada Pasien Pasca Persalinan Sectio Caesarea (SC) di RSUD Langsa, Aceh,**
2019;3(1):32-36.

Zaki M.N., Hibbard J.U. & Kominiarek M.A., **Contemporary labor patterns and maternal
age, *Obstet Gynecol*, 2013;122(5):1018-1024.**

LAMPIRAN QUISIONER

Hasil kuesioner ini tidak untuk dipublikasikan, melainkan untuk kepentingan penelitian semata.

Petunjuk pengisian:

- Berilah tanda (v) pada kolom jawaban yang sesuai dengan hasil observasi
- Serta jawablah sesuai dengan pendapat bidan pemeriksa dan ibu hamil terhadap rencana persalinan nanti.

No kode Responden :

Tanggal Penelitian pertama :

Penelitian kedua :

No	Pertanyaan	Jawaban
1.Sosio demografi		
1	Umur	
	20-35 tahun (Tidak beresiko)	0
	≤ 20 Tahun dan (Beresiko)	1
	≥ 35 tahun (Beresiko)	2
2	Pendidikan	
	Tinggi (D3 dan Perguruan tinggi)	0
	Menengah (SMA sederajat)	1
	Rendah (SMP sederajat)	2
3	Status pekerjaan ibu	
	Bekerja	0
	Tidak Bekerja	1
4	Kepesertaan Asuransi	
	Ada (JKN, Asuransi kesehatan lain)	0
	Tidak ada	1
2.Status kesehatan		
5	Tinggi Badan	
	Tidak berisiko (> 150 cm)	0
	Berisiko (≤ 150 cm)	1
6	Berat badan	
	Normal (12- 15 Kg)	0
	Tidak normal (≤ 12 kg dan ≥15 kg)	1
7	Tekanan Darah	

	Tidak Hipertensi (normal)	0	
	Hipertensi (TD $\geq$ 140/ 90 mmhg)	1	
8	Kadar HB		
	Tidak anemi (HB > 11 gr%)	0	
	Anemi (HB $\leq$ 11 gr%)	1	
9	Kunjungan ANC		
	> 4 kali	0	
	$\leq$ 4 kali	1	
10	Gravida		
	Multi gravida (2-4 anak)	0	
	Primi gravida (1 anak)	1	
	Grande multi gravida (5 anak lebih)	2	
11	Jarak Kelahiran		
	Tidak Berisiko (>2 tahun)	0	
	Berisiko ($\leq$ 2 tahun)	1	
3. Status obstetric Faktor anak			
12	Letak anak dalam kandungan		
	Letak kepala (normal)	0	
	Tidak normal (letak sungsang, lintang, bokong)	1	
13	Denyut Jantung janin		
	Normal (djj 100-180 per menit)	0	
	Tidak normal (djj $\leq$ 100 atau $\geq$ 180 permenit)	1	
4. Faktor ibu			
14	Umur kehamilan		
	37-42 minggu	0	
	$\leq$ 37 minggu	1	
	$\geq$ 42 minggu	2	
15	Riwayat persalinan terdahulu		
	Normal (persalinan pervaginam)	0	
	Tidak normal (SC)	1	

LAMPIRAN QUISIONER

Pertanyaan untuk Bidan

PANDUAN WAWANCARA MENDALAM

Peluang Persalinan SC di wilayah Kerja Puskesmas dalam Kabupaten Nagan Raya

I. Identitas

:

- a. Tanggal wawancara :
- b. Tempat wawancara :
- c. Nama informan (inisial):
- d. Umur Informan :
- e. Lama bekerja :

II. Tahap pembukaan wawancara

- a. Pewawancara menyampaikan ucapan terimakasih kepada informan telah bersedia dan meluangkan waktunya untuk diwawancara
- b. Memperkenalkan diri dan menyampaikan topik dan tujuan wawancara yang akan dilakukan
- c. Menyampaikan kepada informan bahwa informan bebas menyampaikan pendapat, pengalaman, berkaitan dengan topik
- d. Mencatat dan merekam seluruh pembicaraan yang berlangsung
- e. Jika informan memiliki waktu terbatas, memintanya untuk kembali diwawancara pada waktu yang lain atas kesepakatan bersama
- f. Semua informasi akan dijaga kerahasiaannya

III. Tahap pelaksanaan wawancara

Wawancara dilakukan oleh peneliti sendiri. Sebelum wawancara dimulai terlebih dahulu disampaikan tujuan dilakukannya wawancara untuk mendapatkan informasi tentang *peluang persalinan SC*. Memberikan informasi awal tentang beberapa temuan yang berkaitan dengan *peluang persalinan SC* dan hal- hal yang melatar belakangnya.

IV. Pedoman wawancara

- 1) Bagaimana menurut ibu Bidan (sesuai keilmuan) terhadap ibu hamil tersebut dengan kondisi yang diperiksa apakah persalinannya bisa normal atau SC?.....
- 2) Jika normal apa pertimbangannya?.....
- 3) Jika kemungkinan SC apa penyebabnya?.....

Setelah 3 bulan.

1) SC (jika SC...apa indikasinya...)

Penggalian informasi terkait dengan fenomena keputusan klinis ibu yang di SC

- Menurut saudara dari semua pasien yang diindikasi SC apakah meyakini semua tindakan SC adalah atas indikasi medis...

- Jika Ya....apa dasarnya....

- Jika tidak apa dasarnya.....

Jika karena riwayat persalinan sebelumnya juga di SC.....

- Apakah masih diupayakan untuk persalinan normal....

Sejauh mana kondisi saat ini bahwa tindakan SC tidak didasarkan atas pertimbangan medis, seperti kelahiran dengan memilih tanggal tertentu...

2) Non SC

LAMPIRAN QUISIONER

Pertanyaan untuk Ibu hamil

PANDUAN WAWANCARA MENDALAM

Peluang Persalinan SC di wilayah Kerja Puskesmas dalam Kabupaten Nagan Raya

I. Identitas:

- a. Tanggal wawancara :
- b. Tempat wawancara :
- c. Nama informan (inisial) :
- d. Umur Informan :

II. Tahap pembukaan wawancara

- a. Pewawancara menyampaikan ucapan terimakasih kepada informan telah bersedia dan meluangkan waktunya untuk diwawancara
- b. Memperkenalkan diri dan menyampaikan topik dan tujuan wawancara yang akan dilakukan
- c. Menyampaikan kepada informan bahwa informan bebas menyampaikan pendapat, pengalaman, berkaitan dengan topik
- d. Mencatat dan merekam seluruh pembicaraan yang berlangsung
- e. Jika informan memiliki waktu terbatas, memintanya untuk kembali diwawancara pada waktu yang lain atas kesepakatan bersama
- f. Semua informasi akan dijaga kerahasiaannya

III. Tahap pelaksanaan wawancara

Wawancara dilakukan oleh peneliti sendiri. Sebelum wawancara dimulai terlebih dahulu disampaikan tujuan dilakukannya wawancara untuk mendapatkan informasi tentang *peluang persalinan SC*.

IV. Pedoman wawancara

- a. Bagaimana menurut ibu tentang hasil pemeriksaan kehamilannya ?
- b. Rencana mau melakukan persalinan di mana ?
- c. Rencana mau melahirkan normal atau SC ?
- d. Kalau SC apa pertimbangannya?

Setelah melahirkan.....

- SC (Jika SC.....Indikasi apa.....)
- Non SC.

