

**SKRIPSI**

**2020**

**PROFIL PERSALINAN SEKSIO SESAREA PADA HIPERTENSI DALAM  
KEHAMILAN BERDASARKAN HASIL LUARAN IBU DI RSIA SITTI  
KHADIJAH 1 MUHAMMADIYAH MAKASSAR PERIODE DESEMBER  
2018 – NOVEMBER 2019**



**OLEH :**

**YOLANDA GERALDY**

**C011171081**

**PEMBIMBING**

**Dr.dr.Siti Maisuri Tadjuddin Chalid, SpOG (K)**

**FAKULTAS KEDOKTERAN**

**UNIVERSITAS HASANUDDIN**

**2020**

HALAMAN PENGESAHAN  
SKRIPSI

"PROFIL PERSALINAN SECTIO CAESAREA INDIKASI HIPERTENSI  
DALAM KEHAMILAN DAN HUBUNGANNYA DENGAN HASIL  
LUARAN IBU DI RUMAH SAKIT KHADIJAH I MUHAMMADIYAH  
MAKASSAR PERIODE DESEMBER 2018 - NOVEMBER 2019"

Disusun dan Diajukan Oleh

Yolanda Geraldly  
C011171081

Menyetujui

Panitia Penguji

No	Nama Penguji	Jabatan	Tanda Tangan
1.	Dr. dr. Siti Maisuri Tadjuddin Chalid, Sp. OG(K)	Pembimbing	1. 
2.	dr. Inawaty Bahar, Sp. OG(K)	Pengaji 1	2. 
3.	Dr. dr. Siti Nur Asni, Sp. OG	Pengaji 2	3. 

Mengetahui

Wakil Dekan Bidang Akademik, Riset  
& Inovasi Fakultas Kedokteran  
Universitas Hasanuddin



Dr. dr. Idris, M.Kes.  
NIP. 196711031998021001

Ketua Program Studi Sarjana  
Kedokteran Fakultas Kedokteran  
Universitas Hasanuddin

Dr. dr. Siti Rafiah, M.Si  
NIP. 196805301997032001

DEPARTEMEN OBSTETRI DAN GINEKOLOGI  
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS HASANUDDIN

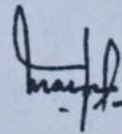
2020

TELAH DISETUJUI UNTUK DICETAK DAN DIPERBANYAK

Judul Skripsi :

“PROFIL PERSALINAN *SECTIO CESAREA* PADA HIPERTENSI DALAM  
KEHAMILAN BERDASARKAN HASIL LUARAN IBU DI RUMAH SAKIT  
SITTI KHADIJAH I MUHAMMADIYAH MAKASSAR PERIODE  
DESEMBER 2018 – NOVEMBER 2019”

Makassar, 26 November 2020



(Dr. dr. Siti Maisuri Tadjuddin Chalid Sp. OG (K))

NIP. 196704091996012 001

iv

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS KARYA

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya:

Nama : Yolanda Geraldly  
NIM : C011171081  
Tempat & tanggal lahir : Makassar, 03 Desember 1999  
Alamat Tempat Tinggal : Jalan Sukamaju V  
Alamat email : yolandagrldy03@gmail.com  
Nomor HP : 082192791263

Dengan ini menyatakan bahwa Skripsi dengan judul "profil persalinan *sectio cesarea* indikasi hipertensi dalam kehamilan dan hubungannya dengan hasil luaran ibu di rumah sakit khadijah 1 muhammadiyah makassar periode desember 2018 – november 2019" adalah hasil karya saya. Apabila ada kutipan atau pemakaian dari hasil karya orang lain baik berupa tulisan, data, gambar, atau ilustrasi baik yang telah dipublikasi atau belum dipublikasi, telah direferensi sesuai dengan ketentuan akademis.

Saya menyadari plagiarisme adalah kejahatan akademik, dan melakukannya akan menyebabkan sanksi yang berat berupa pembatalan skripsi dan sanksi akademik lainnya. Pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya

Makassar, 26 November 2020

Yang Menyatakan,



  
Yolanda Geraldly  
C011171081

Yolanda Geraldly  
Dr. dr. Siti Maisuri T. Chalid, Sp.OG(K)

**Profil Persalinan *Sectio Caesarean* Pada Hipertensi Dalam Kehamilan  
Berdasarkan Hasil Luaran Ibu Di RSIA Sitti Khadijah 1 Makassar**

**ABSTRAK**

**Latar belakang:** Hipertensi pada kehamilan merupakan penyakit tidak menular penyebab kematian maternal. Hipertensi dalam kehamilan merupakan salah satu penyumbang angka kematian ibu di negara – negara berkembang. WHO melaporkan hipertensi dalam kehamilan menyumbang sebanyak 14% dari total kematian ibu. **Tujuan:** Untuk mengetahui profil persalinan seksio sesar pada hipertensi dalam kehamilan berdasarkan luaran ibu di RSIA Siti Khadijah 1 Makassar periode November 2018 – Desember 2019. **Metode:** Metode penelitian ini merupakan penelitian analitik observasional yang didasarkan pada data rekam medik dengan rancangan *cross sectional*. Besar sampel ditentukan dalam rumus Slovin. **Hasil:** Pada penelitian ini didapatkan jumlah sampel yang memenuhi kriteria inklusi sebanyak 137 sampel. **Kesimpulan:** Ditemukan adanya hubungan yang signifikan antara kejadian Eklampsia terhadap persalinan seksio sesarea, serta hubungannya terhadap hasil luaran ibu (sindrom HELLP).

**Kata kunci:** Seksio Sesarea, Hipertensi Dalam Kehamilan, Hasil Luaran Ibu.

**Yolanda Geraldly  
Dr. dr. Siti Maisuri T. Chalid, Sp.OG(K)**

**Profil of Caeserean Section Delivery In Hypertension In Pregnancy Based On  
Maternal Outcomes At RSIA Sitti Khadijah 1 Makassar**

**ABSTRACT**

**Background:** Hypertension in pregnancy is a non-communicable disease that causes maternal death. Hypertension in pregnancy is one of the contributors to maternal mortality in developing countries. WHO reports hypertension in pregnancy accounts for as much as 14% of total maternal deaths. **Objective:** To determine the profile of cesarean section delivery in hypertension in pregnancy based on maternal outcomes at RSIA Siti Khadijah 1 Makassar for the period November 2018 – December 2019. **Method:** This research method is an observational analytic study based on medical record data with a cross sectional design. The sample size is determined in the Slovin formula. **Result:** In this study, the number of samples that met the inclusion criteria was 137 samples. **Conclusion:** There was a significant relationship between the incidence of eclampsia and cesarean delivery, and the relationship to maternal outcomes (HELLP Syndrome)..

**Keyword:** Caesarean Section, Hypertension In Pregnancy, Maternal Outcomes.

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas berkah, rahmat, dan Karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian dan penulisan skripsi ini sebagai salah satu syarat penyelesaian pendidikan dokter (S1) Kedokteran Program Studi Pendidikan Dokter Umum Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin dengan judul "Profil Persalinan *Sectio Caesarean* Pada Hipertensi Dalam Kehamilan Berdasarkan Hasil Luaran Ibu di RSIA Siti Khadijah 1 Makassar".

Dalam penyusunan dan penulisan skripsi ini, penulis menemui beberapa hambatan, namun atas izin Allah SWT serta bantuan dan dukungan dari berbagai pihak, hambatan tersebut dapat teratasi. Pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih dan penghargaan kepada:

1. Allah SWT yang telah memberikan kesehatan, kesabaran, kekuatan dan ilmu sehingga penulis dapat menyelesaikan proposal ini.
2. Kedua orang tua saya Aldy Tunggal dan Suarny L. yang senantiasa memberikan kasih sayang dan dukungan tiada henti sejak lahir sampai saat ini. Juga kepada adik-adik saya Angel Geraldly, Nadia Ivana Geraldly, Axel Benedict Tunggal yang selalu menyemangati, mendukung dan mendoakan.
3. Rektor Universitas Hasanuddin yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk belajar, meningkatkan ilmu

pengetahuan, dan keahlian.

4. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan di Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.
5. Dr. dr. Siti Maisuri T. Chalid, Sp.OG(K) sebagai dosen pembimbing atas kesediaan, keikhlasan, dan kesabaran meluangkan waktu ditengah-tengah kesibukannya yang sangat padat serta memberikan bimbingan dan arahan kepada penulis mulai dari penentuan judul, pembuatan proposal hingga proses penyelesaian skripsi ini.
6. dr. Irnawaty Bahar, Sp.OG(K) dan Dr. dr. St. Nur Asni, Sp.OG, sebagai penguji atas kesediaan, saran, dan masukan yang diberikan kepada penulis pada saat seminar proposal hingga seminar akhir yang sangat membantu dalam penyusunan skripsi ini.
7. Untuk teman-teman terdekat penulis Muhammad Falih Abrar, Agil Malinda, Widya Rezkita, Siti Noormadya Siradja, Yustika Swasiyka Yusuf, Nuranggunssari Igusti, Ayu Sutra, Hasyemi Rafsan Zani, Syahrin R. Nur, Muh. Aliffaturrahman B, Johan V. Manoach atas motivasi, doa, dan dukungan selama penyusunan skripsi ini.
8. Semua pihak dan teman-teman V17REOUS yang membantu dalam penyelesaian skripsi ini namun tidak dapat disebutkan



satu per satu.

Penulis senantiasa menerima kritik dan saran yang dapat membangun penulis agar menjadi lebih baik. Semoga penelitian ini dapat berguna bagi penulis, mahasiswa, masyarakat, serta bangsa dan negara Indonesia. Akhirnya, semoga Tuhan senantiasa memberikan berkat dan rahmat yang melimpah bagi kita semua.

Makassar, 26 November 2020

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	<b>2</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS KARYA</b> .....	<b>4</b>
<b>ABSTRAK</b> .....	<b>5</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>6</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>7</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>10</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>13</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>14</b>
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b> .....	<b>15</b>
1.1 Latar Belakang .....	15
1.2 Rumusan Masalah .....	17
1.3 Batasan Masalah.....	17
1.4 Tujuan Penelitian.....	17
1.3.1 Tujuan Umum.....	17
1.3.2 Tujuan Khusus.....	17
1.4 Manfaat Penelitian.....	18
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>19</b>
2.1 Defenisi seksio sesarea.....	19
2.2 Indikasi Section Caesarea.....	19
2.2.1 Indikasi Ibu.....	20
2.2.2 Indikasi Uterine/Anatomis .....	20
2.2.3 Indikasi Janin .....	21
2.3 Kontraindikasi .....	22
2.4 Hipertensi Dalam Kehamilan .....	22
2.4.1 Definisi dan Klasifikasi Hipertensi dalam kehamilan.....	22

2.4.2	Penegakan Diagnosis Hipertensi.....	23
2.4.3	Penegakan Diagnosis Preeklampsia Berat .....	23
2.4.4	Faktor Risiko.....	24
2.4.5	Patofisiologi .....	25
2.4.6	Manifestasi Klinis .....	26
2.4.7	Diagnosis Hipertensi Dalam Kehamilan.....	27
2.4.8	Tatalaksana.....	28
2.4.9	Hasil Luaran .....	31
<b>BAB 3 KERANGKA TEORI DAN KERANGKA KONSEPTUAL .....</b>		<b>32</b>
3.1	Kerangka Teori.....	32
3.2	Kerangka Konsep .....	33
3.3	Definisi Operasional dan Kriteria Objektif .....	34
<b>BAB 4 METODE PENELITIAN .....</b>		<b>35</b>
4.1	Jenis dan Desain Penelitian .....	35
4.2	Lokasi dan Waktu Penelitian.....	35
4.3	Populasi dan Sampel Penelitian .....	35
4.3.1	Populasi Penelitian.....	35
4.3.2	Sampel Penelitian.....	35
4.3.3	Teknik Pengambilan Sampel.....	36
4.4	Kriteria Inklusi dan Kriteria Eksklusi .....	36
4.4.1	Kriteria Inklusi .....	36
4.4.2	Kriteria Eksklusi.....	36
4.5	Jenis Data dan Instrumen Penelitian .....	36
4.5.1	Jenis Data .....	36
4.5.2	Instrumen Penelitian.....	36
4.6	Manajemen Penelitian .....	37

4.6.1	Pengumpulan Data .....	37
4.6.2	Pengolahan dan Analisa Data.....	37
4.6.3	Penyajian Data .....	37
4.7	Etika Penelitian .....	38
4.8	Jadwal Pelaksanaan Penelitian .....	38
4.9	Anggaran Penelitian .....	39
<b>BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS HASIL PENELITIAN .....</b>		<b>40</b>
5.1	Gambaran Umum Populasi/Sampel .....	40
5.2	Analisis.....	40
<b>BAB 6 PEMBAHASAN .....</b>		<b>48</b>
<b>BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>		<b>56</b>
7.1	Kesimpulan.....	56
7.2	Saran.....	56
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>		<b>58</b>
<b>LAMPIRAN.....</b>		<b>65</b>

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 3. 1 Kerangka Teori.....	32
Gambar 3. 2 Kerangka Konsep .....	33

## **DAFTAR TABEL**

Tabel 3. 3 Definisi Operasional .....	34
Tabel 5. 1 Distribusi Karakteristik Ibu Bersalin .....	41
Tabel 5. 2 Hubungan Hipertensi Dalam Kehamilan Terhadap Tindakan Persalinan Seksio Sesarea.....	43
Tabel 5. 3 Hubungan Hasil Luaran Ibu Terhadap Tindakan Persalinan .....	45
Tabel 5. 4 Hubungan Hasil Luaran Ibu Terhadap Tindakan Persalinan Seksio Sesarea.....	46

## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

Persalinan merupakan proses alami yang sangat penting bagi seorang ibu dimana terjadi pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan (37-42 minggu). Terdapat dua metode persalinan, yaitu persalinan lewat vagina yang dikenal dengan persalinan alami dan persalinan Caesar atau *Sectio Caesarea* (SC) (Cunningham et al., 2018).

Persalinan *sectio caesarea* (SC) merupakan proses pembedahan untuk melahirkan janin melalui irisan pada dinding perut dan dinding rahim. Persalinan dengan metode SC dilakukan atas dasar indikasi medis baik dari sisi ibu dan janin, seperti *placenta previa*, presentasi atau letak abnormal pada janin, serta indikasi lainnya yang dapat membahayakan nyawa ibu maupun janin (Cunningham et al., 2018).

Pada tahun 2015, diperkirakan 303.000 wanita meninggal selama kehamilan dan persalinan. Hampir semua kematian ibu (95%) terjadi di negara berpenghasilan rendah dan menengah ke bawah, dan hampir dua pertiga (65%) terjadi di Wilayah Afrika (World Health Organisation, 2019).

Menurut *World Health Organization* (WHO) standar rata-rata operasi *Sectio Caesarea* (SC) sekitar 5-15%. Data WHO *Global Survey on Maternal and Perinatal Health* 2011 menunjukkan 46,1% dari seluruh kelahiran melalui SC. Menurut statistik tentang 3.509 kasus SC yang disusun oleh Peel dan Chamberlain, indikasi untuk SC adalah disproporsi janin panggul 21%, gawat janin 14%, Plasenta previa 11%, pernah SC 11%, kelainan letak janin 10%, pre eklampsia dan hipertensi 7%. Di China salah satu negara dengan SC meningkat drastis dari 3,4% pada tahun 1988 menjadi 39,3% pada tahun 2010 (World Health Organisation, 2019).

Menurut RISKESDAS tahun 2018, jumlah persalinan dengan metode SC pada perempuan usia 10-54 tahun di Indonesia mencapai 17,6% dari keseluruhan jumlah persalinan. Terdapat pula beberapa gangguan/komplikasi persalinan pada perempuan usia 10-54 tahun di Indonesia mencapai 23,2% dengan rincian posisi janin melintang/sungsang sebesar 3,1%, perdarahan sebesar 2,4%, kejang sebesar 0,2%, ketuban pecah dini sebesar 5,6%, partus lama sebesar 4,3%, lilitan tali pusat sebesar 2,9%, plasenta previa sebesar 0,7%, plasenta tertinggal sebesar 0,8%, hipertensi

sebesar 2,7%, dan lain-lainnya sebesar 4,6% (Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, 2018).

Menurut SKDI (Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia) tahun 2017, menunjukkan bahwa angka kejadian persalinan dengan tindakan SC sebanyak 17% dari total jumlah kelahiran di fasilitas kesehatan. Hal ini membuktikan terdapat peningkatan angka persalinan SC dengan indikasi KPD, sebesar 13,6% disebabkan oleh faktor lain diantaranya yakni kelainan letak pada janin, PEB, dan riwayat SC (KEMENKES et al., 2018).

Hipertensi pada kehamilan adalah salah satu komplikasi tersering dalam kehamilan yang membentuk trias bersama dengan perdarahan dan juga infeksi. Hal ini mempengaruhi sekitar 10% kehamilan dan berkontribusi untuk menyumbang angka kematian ibu dan perinatal yang signifikan.

Hipertensi dalam kehamilan merupakan penyebab ke-2 kematian ibu di dunia (25%) setelah pendarahan (30%). WHO memperkirakan kasus preeklampsia tujuh kali lebih tinggi di negara berkembang daripada di negara maju. Prevalensi preeklampsia di Negara maju adalah 1,3% - 6%, sedangkan di Negara berkembang adalah 1,8% - 18%. Insiden preeklampsia di Indonesia sendiri adalah 128.273/tahun atau sekitar 5,3%.

Di Indonesia, preeklampsia merupakan penyebab kematian ibu yang tinggi disamping pendarahan dan infeksi, yaitu perdarahan mencapai 28%, preeklampsia sebesar 24%, infeksi sebesar 11%, komplikasi peuperium sebesar 8%, partus lama sebesar 5%, dan abortus sebanyak 5%.

WHO melaporkan hipertensi dalam kehamilan menyumbang sebanyak 14% dari total kematian ibu. Di negara-negara Amerika latin dan Karibia menyumbang 25,7% dari jumlah angka kematian ibu yang disebabkan oleh hipertensi dalam kehamilan. Di negara Asia dan Afrika sendiri menyumbang sebanyak 9,1% dari angka kematian ibu, dan Afrika Sub-Sahara sebanyak 16%.

Gangguan hipertensi dalam kehamilan merupakan masalah kesehatan global yang sering terjadi baik di negara yang maju maupun berkembang. Namun, resiko kematian yang dihadapi oleh wanita hamil yang mengalami hipertensi dalam kehamilan yang berada di negara berkembang sekitar 300 kali lebih tinggi dibandingkan dengan wanita di negara maju. Seorang wanita yang memiliki riwayat preeklamsia cenderung lebih memungkinkan dapat berkembang menjadi eklamsia



hingga kemungkinan 14 kali lebih tinggi terjadi kematian oleh karena eklamsia yang dialami.

Kondisi ini memerlukan strategi manajemen khusus agar hasilnya lebih bagus. Hipertensi pada kehamilan mempengaruhi ibu dan janin, dan dapat menyebabkan morbiditas dan mortalitas ibu dan janin jika tidak dikelola dengan baik.

Berdasarkan uraian di atas maka peneliti mengangkat judul mengenai Profil Persalinan Sectio Caesarea pada hipertensi dalam kehamilan berdasarkan luaran maternal di RSIA Sitti Khadijah 1 Muhammadiyah Makassar pada periode desember 2018 hingga November 2019.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian dalam latar belakang masalah di atas, maka rumusan masalah penelitian ini adalah:

1. Apakah terdapat hubungan antara hipertensi dalam kehamilan terhadap persalinan seksio sesarea berdasarkan luaran ibu pada periode November 2018-Desember 2019 di RSIA Siti Khadijah 1 Makassar?
2. Diagnosis hipertensi dalam kehamilan apa yang paling tinggi menyebabkan dilakukannya persalinan seksio sesarea periode November 2018-Desember 2019 di RSIA Siti Khadijah 1 Makassar?

## **1.3 Batasan Masalah**

Banyaknya variabel yang dapat dijadikan penilaian klinis, keterbatasan data yang ada dalam rekam medik pasien dan juga keterbatasan waktu, biaya, serta kemampuan. Maka dalam penelitian ini saya hanya akan meneliti bagaimana profil persalinan *sectio caesarea* rawat inap berdasarkan indikasi.

## **1.4 Tujuan Penelitian**

### **1.4.1 Tujuan Umum**

Untuk mengetahui profil persalinan seksio sesar pada hipertensi dalam kehamilan berdasarkan luaran ibu di RSIA Siti Khadijah 1 Makassar periode November 2018 – Desember 2019.

### **1.4.2 Tujuan Khusus**

1. Untuk mengetahui karakteristik persalinan SC (Umur ibu, umur kehamilan, paritas, riwayat SC sebelumnya, luaran ibu)

2. Untuk mengetahui diagnosis/indikasi penyakit yang dilakukan persalinan SC selama periode November 2018 – Desember 2019.

## **1.5 Manfaat Penelitian**

### **1.5.1 Manfaat Teoritis**

Manfaat praktis penelitian ini adalah sebagai sumber informasi mengenai persalinan pada hipertensi dalam kehamilan dan hasil luaran ibu khususnya pada persalinan seksio sesarea.

### **1.5.2 Manfaat Aplikatif**

1. Sebagai bahan masukan bagi pihak instansi yang berwenang untuk meningkatkan pelayanan kesehatan khususnya pada pelayanan pasien yang diharuskan mendapatkan persalinan seksio sesarea.
2. Memberikan informasi ilmiah kepada masyarakat khususnya pada ibu hamil guna memberikan informasi mengenai jenis persalinan khususnya seksio sesarea serta dampaknya.
3. Sebagai tambahan ilmu, kompetensi, dan pengalaman berharga bagi peneliti dalam melakukan penelitian kesehatan pada umumnya, dan terkait tentang persalinan seksio sesarea pada hipertensi dalam kehamilan khususnya.
4. Sebagai acuan bagi peneliti-peneliti selanjutnya yang ingin melakukan penelitian mengenai persalinan seksio sesarea.

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1. Sectio Caesarea

##### 2.1 Definisi *Sectio Caesarea*

Sectio Caesarea adalah persalinan janin melalui sayatan perut terbuka (laparotomi) dan sayatan di rahim (histerotomi). Sesar pertama yang didokumentasikan terjadi pada 1020 M, dan sejak itu prosedurnya telah berkembang pesat. (Sung et al, 2020).

Saat ini, *Sectio Caesarea* merupakan operasi yang paling sering dilakukan di Amerika Serikat, dengan lebih dari 1 juta wanita melahirkan melalui operasi caesar setiap tahun. Angka persalinan sesar naik dari 5% pada tahun 1970 menjadi 31,9% pada tahun 2016. Meskipun ada upaya berkelanjutan untuk mengurangi tingkat bedah sesar, para ahli tidak mengantisipasi penurunan yang signifikan setidaknya selama satu atau dua dekade. Meskipun memberikan risiko komplikasi langsung dan jangka panjang, bagi beberapa wanita, persalinan sesar bisa menjadi cara teraman atau bahkan satu-satunya cara untuk melahirkan bayi baru lahir yang sehat (Sung et al, 2020).

Dari hasil beberapa studi yang berbeda memberikan informasi yang menarik, dimana sebagian besar *Sectio caesarean* (50 %) dilakukan sebagai keadaan *Emergency* selama persalinan, 35 % sebagai operasi *Elective* dan 15 % dari semua operasi *Sectio caesarean* tunggal pada wanita primipara, dan di antara primipara, keadaan darurat selama persalinan bertanggung jawab atas 35 % operasi *Sectio caesarean*.

Terdapat 4 indikator yang menyumbang 80-85 % dari total operasi *Sectio caesarean*, sebagai berikut :

1. *Section caesarean elective* oleh karena indikasi presentasi bokong
2. *Section caesarean emergency* oleh karena indikasi retardasi pertumbuhan
3. *Section caesarean emergency* oleh karena selama persalinan karena janin gagal berkembang atau gawat janin
4. *Repeat section caesarean*

##### 2.2 Indikasi *Sectio Caesarea*

Ada berbagai alasan mengapa janin tidak bisa, atau tidak boleh dilahirkan melalui vagina. Beberapa dari indikasi ini dianggap tidak fleksibel karena persalinan pervaginam akan berbahaya dalam kasus klinis tertentu. Misalnya, kelahiran sesar sering kali merupakan tatalaksana yang direkomendasikan jika pasien pernah mengalami bekas luka

sesar klasik atau sebelumnya terdapat riwayat ruptur uteri. Namun, karena potensi komplikasi persalinan sesar, banyak penelitian telah dilakukan untuk mencari cara untuk mengurangi angka operasi sesar (Sung et al, 2020) (Cunningham et al., 2018).

Terdapat penurunan pada jumlah kali pertama pasien mendapatkan operasi caesar, karena banyak wanita yang melahirkan kali pertama dengan metode sesar pada akhirnya akan memiliki sisa anak mereka melalui operasi caesar. Pasien mungkin memilih operasi caesar karena berbagai alasan, atau mungkin bukan kandidat untuk kelahiran pervaginam berikutnya. Misalnya, jika pasien memiliki serviks yang tidak produktif pada waktunya, pematangan serviks dengan obat-obatan seperti misoprostol tidak dianjurkan karena peningkatan risiko ruptur uterus dengan obat-obatan tersebut. Dalam artikel yang diterbitkan pada tahun 2011 “Pencegahan Aman Kelahiran Caesar Primer,” penulis membahas indikasi yang paling sering didokumentasikan untuk kelahiran sesar kali pertama (distosia persalinan, pola detak jantung janin abnormal, malpresentasi janin, kehamilan ganda, dan dugaan makrosomia janin), dan mitigasi bagaimana faktor-faktor tersebut (Sung et al, 2020) (Cunningham et al., 2018).

Indikasi Ibu untuk Operasi Caesar yakni sebagai berikut (Sung et al, 2020) (Cunningham et al., 2018).

1. Persalinan sesar sebelumnya
2. Permintaan ibu
3. Deformitas panggul atau disproporsi sefalopelvis
4. Trauma perineum sebelumnya
5. Sebelumnya operasi rekonstruksi panggul atau anal / rektal
6. Herpes simpleks atau infeksi HIV
7. Penyakit jantung atau paru
8. Aneurisma serebral atau malformasi arteriovenosa
9. Patologi yang membutuhkan pembedahan intraabdominal secara bersamaan
10. Sesar perimortem

Indikasi Uterine / Anatomis untuk operasi caesar yakni sebagai berikut (Sung et al, 2020) (Cunningham et al., 2018).

1. Plasentasi abnormal (seperti plasenta previa, plasenta akreta)
2. Solusio plasenta
3. Riwayat histerotomi klasik
4. Miomektomi ketebalan penuh sebelumnya
5. Riwayat dehiscence insisi uterus

6. Kanker serviks invasif
7. Trakelektomi sebelumnya
8. Massa obstruktif saluran genital
9. Cerclage permanen

Indikasi Janin untuk operasi caesar yakni sebagai berikut (Sung et al, 2020) (Cunningham et al., 2018).

1. Status janin yang tidak meyakinkan (seperti pemeriksaan Doppler tali pusat abnormal) atau detak jantung janin yang abnormal
2. Prolaps tali pusat
3. Gagal melahirkan pervaginam operatif
4. Malpresentation
5. Makrosomia
6. Anomali kongenital
7. Trombositopenia
8. Trauma kelahiran neonatal sebelumnya

Suatu studi pada tahun 2007 mengamati tingkat risiko janin tambahan yang dianggap dapat diterima oleh seorang wanita atau pengasuhnya untuk mencapai persalinan pervaginam dan untuk menghindari operasi caesar. Mereka menyimpulkan bahwa pasien hamil dan mereka yang merawat mereka memiliki toleransi yang rendah terhadap risiko. Dapat dimengerti dan dibenarkan bagi seorang wanita untuk memiliki ekspektasi yang tinggi atas hasil persalinannya. Tujuan menurunkan angka operasi caesar mungkin sulit dicapai, mengingat keraguan untuk mengekspos janin pada risiko (Sung et al, 2020) (Cunningham et al., 2018).

Namun tidak menutup kemungkinan akan indikasi non medis yang didapatkan dalam persalinan *Sectio caesarean*. Dari beberapa penelitian yang telah dilakukan, didapatkan beberapa faktor non medis, seperti ; induksi permintaan sisi penawaran, masalah keputusan yang berkaitan dengan kenyamanan profesional dan optimalisasi waktu dan kecenderungan untuk *Sectio caesarean* di rumah sakit swasta dibandingkan rumah sakit umum. Diartikulasikan oleh 4 faktor seperti :

1. Penilaian diri dan pengaturan diri dalam praktik medis
2. Penggunaan teknologi yang bertanggung jawab
3. Faktor keuangan

4. Adanya faktor ketakutan akan tindakan / peralatan medis

### **2.3 Kontraindikasi**

Berikut merupakan hal yang menjadi kontraindikasi dilakukannya operasi Sectio Caesarea (Sung et al, 2020) (Cunningham et al., 2018).

- 1) Janin mati
- 2) Shock
- 3) Anemia berat
- 4) Kelainan kongenital berat
- 5) Infeksi piogenik pada dinding abdomen
- 6) Fasilitas yang kurang memadai dalam operasi *sectio caesarea*

Pelaksanaan persalinan SC tanpa didasari indikasi medis adalah tidak etis, kecuali jika telah melalui tahapan konseling. Pasien memiliki hak otonomi untuk meminta dilakukan persalinan SC, bila pasien sadar dan tanpa tekanan dalam memutuskan untuk dilakukan persalinan SC.

Tetapi indikasi medis yang tentu harus jelas, ibu seharusnya menjalani persalinan normal. Namun, masih banyak persepsi yang belum menemukan titik tengah tentang persalinan SC. Akibatnya, persalinan pervaginam maupun SC dijadikan pilihan dalam persalinan, walaupun persalinan SC merupakan pilihan jika terdapat kedaruratan dalam persalinan.

### **2.4 Hipertensi dalam kehamilan**

#### **2.4.1 Definisi dan klasifikasi Hipertensi dalam kehamilan**

Ada banyak definisi serta klasifikasi untuk gangguan hipertensi dalam kehamilan yang telah dikemukakan oleh beberapa ahli seperti *The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)*, *The American College of Cardiology (ACC)*, *European Society of Cardiology (ESC)*, *Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGC)*, *International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy (ISSHP)*, *Society of Obstetrics Medicine of Australia and New Zealand (SOMANZ)*, *Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG)*. Sehingga, dapat ditarik kesimpulan untuk klasifikasi hipertensi dalam kehamilan berdasarkan pendapat beberapa ahli, yakni :

1. Hipertensi kronis/yang sudah terjadi sebelumnya

Hipertensi ditemukan prakonsepsi atau sebelum usia kehamilan 20 minggu.

Tekanan darah  $\geq 140/90$  mmHg

2. Hipertensi gestasional

Tekanan darah  $\geq 160/110$  mmHg dan terjadi setelah minggu ke -20 kehamilan

3. Preeklampsia-Preeklampsia Berat

Preeklampsia merupakan hipertensi dan proteinuria ( $\geq 0.3$  gr/24 jam) yang terjadi setelah 20 minggu kehamilan pada wanita yang sebelumnya normotensi (peningkatan tekanan darah  $\geq 140/90$  mmHg). Sedangkan preeklampsia berat merupakan hipertensi dan proteinuria atau hipertensi dan disfungsi organ yang signifikan dengan atau tanpa proteinuria setelah 20 minggu kehamilan pada wanita yang sebelumnya normotensi (peningkatan tekanan darah  $\geq 160/110$  mmHg), dan proteinuria ( $\geq 5$  gr/hari)

4. Eklampsia

Eklampsia diartikan sebagai kejang yang terjadi pada wanita dengan preeklampsia yang tidak dapat dikaitkan dengan penyebab lainnya

5. Superimposed preeklampsia pada hipertensi Kronis

Hipertensi kronis yang didefinisikan yakni berupa tanda dan gejala preeklampsia atau eklampsia yang muncul antara minggu 24-26 kehamilan yang berakibat kelahiran preterm dan pertumbuhan janin terhambat (IUGR).

#### 2.4.2 Penegakan Diagnosis Hipertensi

Hipertensi dalam kehamilan adalah tekanan darah sistolik sekurang-kurangnya 140 mmHg atau 90 mmHg diastolik pada dua kali pemeriksaan berjarak 4 jam yang didapatkan sebelum maupun setelah usia kehamilan 20 minggu pada ibu hamil dengan tekanan darah normal sebelumnya. Definisi hipertensi berat adalah peningkatan tekanan darah sekurang-kurangnya 160 mmHg sistolik atau 110 mmHg diastolik.

Pengukuran tekanan darah harus dilakukan dengan teknik yang benar. Ukuran *cuff* harus sesuai dengan lengan pasien. *Cuff* yang terlalu besar atau terlalu kecil dapat memberikan hasil yang tidak sesuai. Ukuran *cuff* yang sesuai panjangnya sekitar 1.5 kali lingkar lengan atau bagian mengembangnya harus melingkupi 80% atau lebih lengan atas. Pasien harus istirahat sebelum pengukuran tekanan darah kira-kira 10 menit atau lebih. Pasien tidak boleh mengonsumsi produk tembakau atau kafein 30 menit sebelum pemeriksaan karena substansi tersebut dapat meningkatkan tekanan darah.

#### 2.4.3 Penegakan Diagnosis Preeklampsia Berat

Beberapa gejala klinis meningkatkan morbiditas dan mortalitas pada preeklampsia, dan jika gejala tersebut didapatkan, akan dikategorikan menjadi kondisi pemberatan preeklampsia atau disebut dengan preeklampsia berat. Kriteria gejala dan kondisi yang menunjukkan preeklampsia atau preeklampsia berat adalah salah satu dibawah ini :

- Tekanan darah sekurang-kurangnya 160 mmHg sistolik atau 110 mmHg diastolik pada dua kali pemeriksaan berjarak 4 jam menggunakan lengan yang sama
- Trombositopenia : trombosit < 100.000 / mikroliter
- Gangguan ginjal : kreatinin serum >1,1 mg/dL atau didapatkan peningkatan kadar kreatinin serum pada kondisi dimana tidak ada kelainan ginjal lainnya
- Gangguan liver : peningkatan konsentrasi transaminase 2 kali normal dan atau adanya nyeri di daerah epigastrik / regio kanan atas abdomen yang tidak berespon terhadap pengobatan atau tidak terkait penyakit lain
- Edema Paru
- Gangguan Neurologis : Nyeri kepala yang tidak berespon terhadap pengobatan.atau tidak terkait penyakit lain, gangguan penglihatan
- Gangguan sirkulasi uteroplasenta : Oligohidramnion, *Fetal Growth Restriction* (FGR) atau didapatkan adanya *absent or reversed end diastolic velocity* (ARDV)

#### **2.4.4 Faktor Risiko**

Walaupun belum ada teori yang pasti berkaitan dengan penyebab terjadinya hipertensi dalam kehamilan, namun beberapa penelitian menyimpulkan bahwa sejumlah faktor yang mempengaruhi terjadinya hipertensi dalam kehamilan meliputi:

- Riwayat hipertensi dalam kehamilan, seseorang yang memiliki riwayat hipertensi dalam kehamilan atau riwayat keluarga dengan hipertensi dalam kehamilan maka akan meningkatkan resiko terjadinya hipertensi dalam kehamilan.
- Primigravida, karena pada primigravida pembentukan antibodi penghambat (*blocking antibodies*) belum sempurna sehingga meningkatkan resiko terjadinya hipertensi dalam kehamilan. Perkembangan hipertensi dalam kehamilan semakin meningkat pada umur kehamilan pertama dan kehamilan dengan umur yang ekstrem, seperti terlalu muda atau terlalu tua.
- Obesitas
- Kehamilan ganda (gemelli). hipertensi dalam kehamilan lebih sering terjadi pada wanita yang mempunyai bayi kembar atau lebih.



- Riwayat penyakit tertentu, wanita yang mempunyai riwayat penyakit tertentu sebelumnya, memiliki resiko terjadinya hipertensi dalam kehamilan. Penyakit tersebut meliputi hipertensi kronis, diabetes mellitus, penyakit ginjal atau penyakit degeneratif seperti rheumatoid arthritis atau lupus.

#### 2.4.5 Patofisiologi

Patofisiologi hipertensi dalam kehamilan meliputi faktor dari maternal dan faktor placenta/fetus. Abnormalitas dari perkembangan vaskular plasenta pada awal kehamilan dapat menyebabkan kurangnya perfusi plasenta/ hipoksia/ iskemik yang menyebabkan pelepasan faktor antiangiogenik ke sirkulasi maternal sehingga memengaruhi perubahan fungsi endotel sistemik maternal dan menyebabkan hipertensi hingga manifestasi disfungsi sistem organ lainnya. Peran kritis dari plasenta dalam patofisiologi preeklampsia adalah defek pada remodeling arteri spiralis dan invasi trofoblas.

Pada kehamilan normal, sel sitotrofoblas yang akan bermigrasi melalui desidua dan bagian dari miometrium untuk melakukan invasi ke endotel dan tunika media dari arteri spiralis maternal. Arteri spiralis maternal merupakan cabang terminal dari arteri uterina yang berperan dalam proses suplai darah untuk perkembangan fetus atau plasenta. Invasi tersebut menyebabkan transformasi pembuluh darah dari arteri muskular menjadi arteri dengan kapasitas yang memiliki resistensi rendah untuk memfasilitasi aliran darah yang baik dari uterus ke plasenta. *Remodeling* arteri spiralis umumnya terjadi pada akhir trimester 1 dan selesai pada usia gestasi 18 – 20 minggu. Pada eklampsia, sel sitotrofoblas menginfiltrasi bagian desidua dari arteri spiralis, namun gagal melakukan penetrasi pada segmen miometrium. Akibatnya arteri spiralis gagal berkembang menjadi vaskular yang besar, lumen pembuluh darah tetap kecil dengan dinding muskular, sehingga terjadi hipoperfusi dari plasenta. Perkembangan sekuel gangguan sirkulasi uteroplasenta ini tidak diketahui penyebabnya, beberapa teori menunjukkan adanya faktor dari vaskular, lingkungan, imunologis dan genetik.

Defek diferensiasi dari trofoblas merupakan salah satu mekanisme yang mungkin berperan dalam defek invasi trofoblas ke arteri spiralis. Diferensiasi trofoblas saat invasi ke endotel meliputi perubahan ekspresi dari berbagai molekul seperti sitokin, molekul adhesi, matriks ekstraseluler, metalloproteinase, MCH kelas Ib, dan HLA-G. Pada saat diferensiasi normal, trofoblas yang menginvasi akan memengaruhi ekspresi molekul adhesi dari sel epitel (integrin alfa 6/beta 1, alfa v/beta 5 dan E-cadherin) ke sel endotel (integrin alfa1/beta 1, alfa v/beta 3, dan VE-cadherin), yang dikenal dengan

istilah pseudovaskulogenesis. Pada pasien dengan preeklampsia, tidak terjadi regulasi terhadap ekspresi molekul adhesi atau pseudovaskulogenesis ini. Studi yang dilakukan pada trofoblas wanita dengan preeklampsia berat menunjukkan semaphorin 3B merupakan protein yang berkontribusi dalam defek diferensiasi dan invasi trofoblas dengan cara menghambat sinyal VEGF (*Vascular Endothelial Growth Factor*).

Beberapa studi menyatakan bahwa kegagalan desidualisasi pada beberapa pasien akan menyebabkan penurunan regulasi invasi sitotrofoblas. Sel desidua dari wanita preeklampsia mengalami overekspresi dari sFlt-1 yang menunjukkan bahwa penekanan faktor anti-angiogenik yang tidak memadai selama periode implantasi akan menyebabkan implantasi yang dangkal.

Faktor lingkungan juga berperan dalam perkembangan preeklampsia. Intake kalsium yang rendah dan indeks massa tubuh yang tinggi dihubungkan dengan kejadian risiko tinggi preeklampsia. Hipotesis menunjukkan pasien dengan obesitas akan menginduksi inflamasi kronik dan disfungsi endotel sehingga bersinergi dalam faktor angiogenik plasenta yang menginduksi kelainan mikroangiopatik.

Semua gejala klinis dari hipertensi dalam kehamilan dapat dijelaskan melalui respon klinis terhadap disfungsi endotel. Sebagai contoh, hipertensi diakibatkan oleh gangguan kontrol endotel pada tonus vaskular, proteinuria dan edema akibat peningkatan permeabilitas vaskular, dan koagulopati akibat dari respon ekspresi abnormal dari prokoagulan endotel. Nyeri kepala, kejang, gangguan penglihatan, nyeri epigastrium, gangguan pertumbuhan fetal merupakan sekuel dari disfungsi endotel terhadap vaskular pada target organ masing – masing.

#### **2.4.6 Manifestasi Klinis**

Pada preeklampsia didapatkan sakit kepala di daerah frontal, skotoma, diploopia, penglihatan kabur, nyeri di daerah epigastrium, mual atau muntah-muntah. Gejala-gejala ini sering ditemukan pada preeklampsia yang meningkat dan merupakan petunjuk bahwa eklampsia akan timbul. Tekanan darah akan meningkat lebih tinggi, edema dan proteinuria bertambah meningkat.

Pada pemeriksaan fisik yang dapat ditemukan meliputi; peningkatan tekanan sistolik 30 mmHg dan diastolik 15 mmHg atau tekanan darah 140/90 mmHg atau  $\geq 140/90$  mmHg. Tekanan darah pada preeklampsia berat meningkat  $\geq 160/110$  mmHg dan disertai kerusakan beberapa organ. Selain itu kita juga akan menemukan takikardi, takipneu, edema paru, perubahan kesadaran, hipertensi ensefalopati, hiperefleksia, pendarahan otak.

#### 2.4.7 Diagnosis Hipertensi dalam kehamilan

Seperti telah disebutkan sebelumnya, bahwa hipertensi dalam kehamilan didefinisikan sebagai hipertensi yang sebelumnya atau baru terjadi pada kehamilan dengan usia kehamilan <20 minggu atau >20 minggu disertai tanpa/adanya gangguan organ. Jika hanya didapatkan hipertensi saja, kondisi tersebut tidak dapat disamakan dengan preeklampsia, harus didapatkan gangguan organ spesifik akibat preeklampsia tersebut. Kebanyakan kasus preeklampsia ditegakkan dengan adanya protein urin, namun jika protein urin tidak didapatkan, dapat digunakan kriteria minimal preeklampsia untuk menegakkan diagnosis, yaitu:

**Hipertensi:** Tekanan darah sekurang-kurangnya 140 mmHg sistolik atau 90 mmHg diastolik pada dua kali pemeriksaan berjarak 15 menit menggunakan lengan yang sama yang bisa atau tanpa disertai **Proteinuria:** Protein urin >300 mg dalam 24 jam atau tes urin dipstik > positif 1.

Jika tidak didapatkan protein urin, hipertensi dapat diikuti salah satu dibawah ini:

- Trombositopeni: Trombosit < 100.000 / mikroliter
- Gangguan ginjal: Kreatinin serum diatas 1,1 mg/dL atau didapatkan peningkatan kadar kreatinin serum dari sebelumnya pada kondisi dimana tidak ada kelainan ginjal lainnya
- Gangguan Liver: Peningkatan konsentrasi transaminase 2 kali normal dan atau adanya nyeri di daerah epigastrik / regio kanan atas abdomen
- Edema Paru
- Gejala Neurologis :Stroke, nyeri kepala, gangguan visus
- Gangguan Sirkulasi Uteroplacenta: Oligohidramnion, *Fetal Growth Restriction* (FGR) atau didapatkan adanya *absent or reversed end diastolic velocity* (ARDV).

Beberapa gejala klinis meningkatkan morbiditas dan mortalitas pada preeklampsia, dan jika gejala tersebut didapatkan, akan dikategorikan menjadi kondisi pemberatan preeklampsia atau disebut dengan preeklampsia berat. Kriteria gejala dan kondisi yang menunjukkan kondisi pemberatan preeklampsia atau preeklampsia berat adalah salah satu dari atas.

Beberapa penelitian terbaru menunjukkan rendahnya hubungan antara kuantitas protein urin terhadap luaran preeklampsia, sehingga kondisi protein urin masif ( lebih dari 5 g) telah dieleminasi dari kriteria pemberatan preeklampsia

(preeklampsia berat). Kriteria terbaru tidak lagi mengkategorikan lagi preeklampsia ringan, dikarenakan setiap preeklampsia merupakan kondisi yang berbahaya dan dapat mengakibatkan peningkatan morbiditas dan mortalitas secara signifikan dalam waktu singkat.

#### 2.4.8 Tatalaksana

Prinsip penatalaksanaan preeklampsia berat adalah mencegah timbulnya kejang, mengendalikan hipertensi guna mencegah perdarahan intracranial serta kerusakan dari organ-organ vital, pengelolaan cairan dan saat yang tepat untuk persalinan. Perawatannya dapat meliputi:

- Medikamentosa

- Pemberian MgSO<sub>4</sub> 40%

Cara pemberian:

Loading Dose

- a. Ambil MgSO<sub>4</sub> 40% 10 ml (4 gram), diencerkan dengan aquadest 10 ml.
- b. Injeksikan secara bolus intravena pelan, habis dalam 30 menit
- c. Awasi tanda-tanda intoksikasi MgSO<sub>4</sub>, berupa :

Sesak nafas

Kelemahan refleks anggota gerak

Maintenance Dose :

- a. Ambil MgSO<sub>4</sub> 40% 15 ml (6 gram)
- b. Masukkan dalam cairan infus RL 500 ml
- c. Drip dengan kecepatan tetesan 20-24 tetes/menit
- d. Awasi tanda-tanda intoksikasi MgSO<sub>4</sub>

Bila Pasien Kejang :

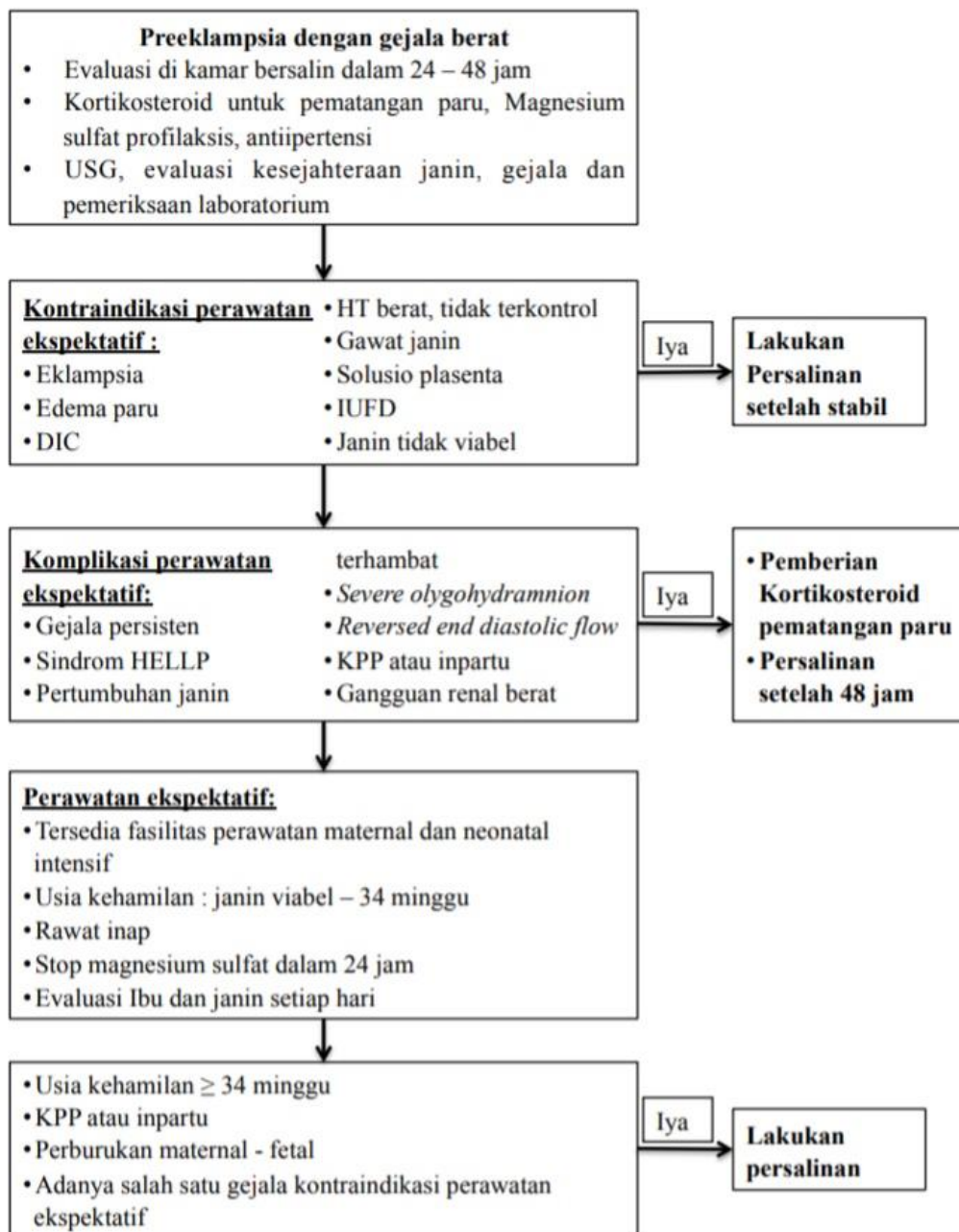
- a. Cek apakah sudah mendapatkan loading dose atau belum
- b. Bila belum, berikan injeksi loading dose. Bila masih kejang, berikan dosis untuk kejang seperti dalam langkah berikutnya
- c. Bila sudah, ambil MgSO<sub>4</sub> 40% 5 ml (2 gram) diencerkan dengan Aquadest 5 ml
- d. Injeksikan secara bolus intravena pelan, habis dalam 10 menit

Bila Terjadi Keracunan MgSO<sub>4</sub> :

- Berikan Injeksi Calci Glukonas 1 Ampul, bolus intravena

- Diet cukup protein, rendah karbohidrat, lemak dan garam
- Diuretikum diberikan bila ada edema paru, gagal jantung kongestif atau anasarka. Diuretikum yang dipakai adalah furosemide
- Pemberian antihipertensi apabila TD  $\geq$  160/110 mmHg. Antihipertensi lini pertama adalah nifedipine 10-20mg per oral, diulangi setiap 30 menit maksimum 120mg dalam 24 jam.
- Pada preeklampsia berat, persalinan harus terjadi dalam 24 jam. Jika seksio sesarea akan dilakukan, perhatikan bahwa tidak terdapat koagulopati. Anestesi yang aman/terpilih adalah anestesi umum. Jangan lakukan anestesi lokal, sedangkan anestesi spinal berhubungan dengan hipotensi.

## Bagan 2. Manajemen Ekspektatif Preeklampsia Berat<sup>4</sup>



- Perawatan ekspektatif atau aktif

#### **2.4.9 Hasil Luaran**

Adapun konsekuensi yang dapat terjadi pada ibu yang memiliki hipertensi dalam kehamilan, sebagai berikut :

a) Jangka pendek

- Ibu : Eklampsia, hemoragik, iskemik stroke, kerusakan hati (HELLP Sindrom, gagal hati, disfungsi ginjal, persalinan sesar, persalinan dini, dan abrupcio plasenta)
- Janin : Kelahiran preterm, induksi kelahiran, gangguan pertumbuhan janin, sindrom pernapasan, kematian janin

b) Jangka Panjang

Wanita yang mengalami hipertensi saat hamil memiliki risiko kembali mengalami hipertensi pada kehamilan berikutnya, juga dapat menimbulkan komplikasi kardiovaskular, penyakit ginjal dan timbulnya kanker.

## BAB 3

### KERANGKA TEORI DAN KERANGKA KONSEPTUAL

#### 3.1 Kerangka Teori

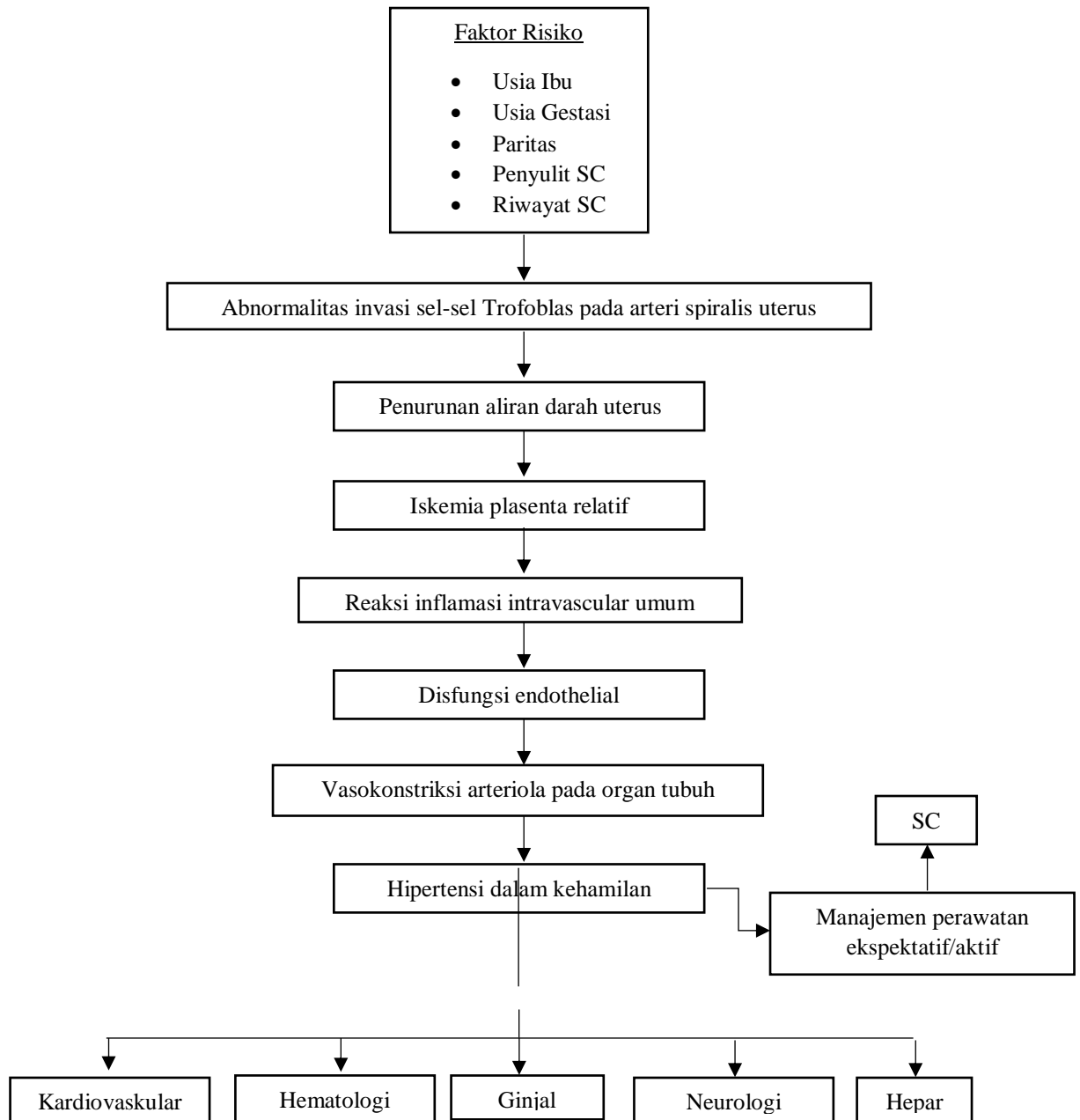
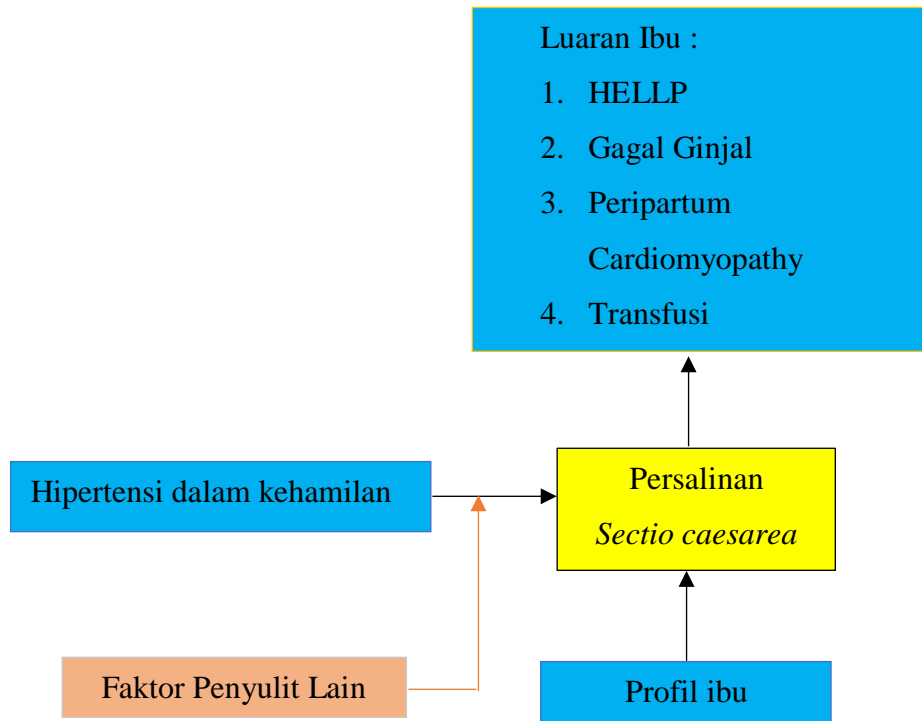


Diagram 3.1 Kerangka Teori Penelitian



### 3.2 Kerangka Konsep



Keterangan :

- : Variabel independen
- : Variabel dependen
- : Variabel Penrancu

**Diagram 3.2 Kerangka Konsep Penelitian**

### 3.3 Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

No		Variabel	Alat Ukur	Skala
1	Indikasi	a. Hipertensi Kronik b. Preeklamsia - Eklamsia c. Hipertensi kronik dengan superimposed preeklamsia d. Hipertensi Gestasional	Rekam medik	Nominal
2	Profil Ibu	a. Usia b. Usia gestasi c. Paritas d. Penyulit e. Riwayat SC	Rekam medik	Nominal
3	Luaran Ibu	a. HELLP b. Gangguan Ginjal c. Peripartum Cardiomyopathy	Rekam medik	Nominal

**Tabel 3.3 Definisi Operasional**

## **BAB 4**

### **METODE PENELITIAN**

#### **4.1 Jenis dan Desain Penelitian**

Penelitian ini merupakan penelitian dengan desain metode deskriptif. Karena prosedur pemecahan masalah dengan menggambarkan keadaan objek pada saat sekarang berdasarkan fakta-fakta sebagaimana adanya, kemudian dianalisis dan diinterpretasikan. Pengambilan sampling secara *non probability* sampling dengan teknik total sampling. Metode yang digunakan pada penelitian ini bertujuan untuk memperoleh informasi angka persalinan *sectio caesarea* pada hipertensi dalam kehamilan berdasarkan hasil luaran ibu di RSIA Sitti Khadijah 1 Muhammadiyah Makassar.

#### **4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian**

##### **4.2.1 Lokasi Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di RSIA Siti Khadijah 1 Muhammadiyah Makassar, Sulawesi Selatan.

##### **4.2.2 Waktu Penelitian**

Penelitian ini akan dilakukan pada bulan Agustus 2020, dengan mengambil rekam medik dari rentan November 2018 – Desember 2019.

#### **4.3 Populasi dan Sampel**

##### **4.3.1 Populasi**

Populasi pada penelitian ini adalah seluruh ibu yang telah melakukan persalinan *sectio caesarea* di RSIA Sitti Khadijah Makassar.

##### **4.3.2 Sampel**

Sampel adalah bagian dari populasi yang diteliti. Sampel dari penelitian ini adalah ibu telah melaksanakan persalinan *sectio*

*caesarea* pada hipertensi dalam kehamilan pada bulan November 2018 – Desember 2019 di RSIA Siti Khadijah 1 Makassar.

#### **4.3.3 Teknik Pengambilan Sampel**

Teknik pengambilan sampel adalah dengan menggunakan metode *total sampling* dengan mencatat semua pasien dengan persalinan *section caesarea* yang mengalami hipertensi dalam kehamilan di RSIA Siti Khadijah 1 Makassar, Sulawesi Selatan.

#### **4.4 Kriteria Inklusi dan Kriteria Eksklusi**

##### **4.4.1 Kriteria Inklusi**

- Terdaftar sebagai pasien yang telah menjalani persalinan seksio sesarea dan memiliki Hipertensi dalam kehamilan di RSIA Siti Khadijah 1 Makassar
- Memiliki rekam medik yang dapat dievaluasi
- Pasien masuk pada bulan November 2018 – Desember 2019.

##### **4.4.2 Kriteria Eksklusi**

- Pasien tidak memiliki rekam medik yang tidak dapat dievaluasi
- Pasien yang menjalani persalinan seksio sesarea tetapi tidak mengalami Hipertensi dalam kehamilan.

#### **4.5 Jenis Data dan Instrumen Penelitian**

##### **4.5.1 Jenis Data**

Jenis data dalam penelitian ini adalah data sekunder yang diperoleh dari pencatatan status riwayat persalinan *section caesarea* pada bagian rekam medik RSIA Siti Khadijah 1 Makassar.

##### **4.5.2 Instrumen Penelitian**

Alat pengumpul data dan instrumen penelitian yang dipergunakan dalam penelitian ini terdiri atas lembar pengisian data dengan tabel-tabel tertentu untuk mencatat data yang dibutuhkan dari rekam medik.

## 4.6 Manajemen Penelitian

### 4.6.1 Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan setelah meminta izin kepada pihak RSIA Siti Khadijah 1 Makassar. Kemudian nomor rekam medik pasien dengan riwayat persalinan *section caesarea* dan mengalami hipertensi dalam kehamilan pada periode yang telah ditentukan dikumpulkan di bagian Rekam Medik RSIA Siti Khadijah 1 Makassar. Setelah itu dilakukan pengamatan dan pencatatan langsung ke dalam tabel *check list* yang telah disediakan.

### 4.6.2 Pengolahan dan Analisa Data

Analisa data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis univariat dan bivariat. Analisis univariat digunakan untuk mengetahui distribusi frekuensi dari setiap variable. Distribusi frekuensi ini dibuat untuk memperoleh gambaran masing-masing variable. Analisis bivariat digunakan untuk mengukur keeratan hubungan antara variable independent dengan variable dependent. Uji statistic yang digunakan adalah uji *Chi Square* dengan taraf signifikansi 0,05.

Hipotesis :

- H<sub>0</sub> = Tidak ada hubungan persalinan seksio sesarea pada hipertensi dalam kehamilan dan hasil luaran ibu
- H<sub>1</sub> = Terdapat hubungan persalinan seksio sesarea pada hipertensi dalam kehamilan dan hasil luaran ibu

Pengambilan keputusan didasarkan pada probabilitas, yaitu:

- a. Jika probabilitas  $>0,05$  maka H<sub>1</sub> ditolak
- b. Jika probabilitas  $<0,05$  maka H<sub>1</sub> diterima.

### 4.6.3 Penyajian Data

Data yang telah diolah akan disajikan dalam bentuk tabel dan diagram untuk menggambarkan profil persalinan *section caesarea* pada

hipertensi dalam kehamilan berdasarkan hasil luaran ibu di RSIA Siti Khadijah 1 Makassar tertanggal 01 Januari 2014 – 31 Desember 2014.

#### 4.7 Etika Penelitian

1. Menyertakan surat pengantar yang ditujukan kepada pihak pemerintah setempat sebagai permohonan izin untuk melakukan penelitian.
2. Menjaga Kerahasiaan data pasien yang terdapat pada rekam medik, sehingga diharapkan tidak ada pihak yang merasa dirugikan atas penelitian yang dilakukan.

#### 4.8 Jadwal Pelaksanaan Penelitian

Kegiatan	Semester IV			Semester V	Semester VI	Semester VII
	Agt-19	Agt-19	Agt-19			
Penyusunan proposal penelitian						
Ujian proposal						
Pengumpulan dan pengolahan data						
Ujian hasil skripsi						
Ujian akhir skripsi						

Tabel 4.1 Jadwal Pelaksanaan Penelitian

## 4.9 Anggaran Penelitian

No	Kegiatan	Jumlah	Harga (Satuan)	Biaya
1.	Bahan Habis Pakai:			
	Kertas HVS Quarto	4	Rp. 50.000	Rp. 200.000
	Tinta Printer	4 botol	Rp. 100.000	Rp. 400.000
2.	Administrasi:			
	Pembuatan proposal dan laporan penelitian			Rp. 100.000
	Fotokopi dan ATK			Rp. 200.000
	Perizinan Penelitian			Rp.200.000
3.	Lain-Lain:			
	Biaya Internet			Rp. 100.000
	Dokumentasi			Rp. 150.000
	Biaya tak terduga			Rp. 300.000
Total				Rp. 1.650.000

**Tabel 4.2 Anggaran Penelitian**

## **BAB 5**

### **HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS PENELITIAN**

#### **5.1 Gambaran Umum Populasi/Sampel**

Telah dilakukan penelitian tentang Profil Persalinan Seksio Sesar pada Hipertensi Dalam Kehamilan berdasarkan hasil Luanan Ibu di RSIA Siti Khadijah 1 Makassar pada periode November 2018 – Desember 2019. Pengambilan data untuk penelitian ini telah dilakukan pada bulan Agustus 2020 di RSIA Siti Khadijah 1 Makassar. Data diperoleh dari hasil rekam medik pasien. Pada penelitian ini diperoleh 156 sampel dari total populasi berupa rekam medik pasien yang dirawat di RSIA Siti Khadijah 1 Muhammadiyah Makassar pada periode November 2018 – Desember 2019. Populasi sampel merupakan seluruh ibu yang telah melakukan persalinan di RSIA Siti Khadijah 1 Makassar pada periode November 2018 - Desember 2019.

Data yang telah terkumpul selanjutnya disusun dalam suatu tabel induk (*master table*) dengan menggunakan program *Microsoft Excel*. Dari tabel induk tersebutlah kemudian data dipindahkan dan diolah menggunakan program SPSS di perangkat computer kemudian disajikan dalam bentuk tabel frekuensi maupun tabel silang (*cross table*).

#### **5.2 Analisis**

Penelitian ini dilakukan di RSIA Siti Khadijah 1 Makassar. Beberapa variabel yang diteliti dalam penelitian ini adalah profil persalinan seksio sesar pada hipertensi dalam kehamilan berdasarkan hasil luaran ibu. Pengambilan sampel dilakukan dengan metode *total sampling* hingga didapatkan sampel sebanyak 156 orang.

Adapun hasil penelitian disajikan dalam tabel disertai penjelasan sebagai berikut :



## A. Analisa Univariat

### a) Karakteristik Ibu Bersalin

**Tabel 5.1. Distribusi Karakteristik Ibu Bersalin periode November 2018 – Desember 2019**

Variabel	Frekuensi	Persentase (%)
<b>Usia</b>		
< 20 tahun	3	1.9
20 – 35 tahun	104	66.7
> 35 tahun	48	30.8
<b>Paritas</b>		
Primigravida	64	41
Multigravida	92	59
<b>Usia Kehamilan</b>		
< 37 minggu	22	14.1
37 - 41 minggu	131	84
42 minggu	3	1.9
<b>Cara Persalinan</b>		
Seksio sesar	137	87.8
Persalinan Normal	19	12.2
<b>Hipertensi Dalam Kehamilan</b>		
Hipertensi Kronik	2	1.3
Hipertensi Gestasional	22	14.1
Preeklampsia - Eklampsia	129	82.7
Superimposed Preeklampsia	3	1.9
<b>Hasil Luaran Maternal</b>		
HELLP	3	1.9

Berdasarkan Tabel 5.1 di atas, jumlah sampel dengan usia <20 tahun yaitu sebanyak 3 sampel (1.9% dari total sampel). Jumlah sampel dengan usia pada rentang 20-35 tahun yaitu sebanyak 104 sampel (66.7% dari total sampel). Jumlah sampel dengan usia >35 tahun yaitu sebanyak 48 sampel (30.8% dari total sampel). Dengan demikian, jumlah sampel terbanyak berada pada rentang usia 20-35 tahun.

Jumlah sampel dengan paritas ibu hamil primigravida yaitu sebanyak 64 sampel (41% dari total sampel) dan jumlah sampel dengan paritas ibu multigravida yaitu sebanyak 92 sampel (59% dari total sampel). Dengan demikian, jumlah sampel terbanyak yaitu sampel dengan paritas ibu hamil multigravida.

Jumlah sampel dengan usia kehamilan <37 minggu yaitu sebanyak 22 minggu (14.1% dari total sampel). Jumlah sampel dengan usia kehamilan 37-41 minggu sebanyak 131 sampel (84% dari total sampel). Jumlah sampel dengan usia kehamilan 42 minggu sebanyak 3 sampel (1.9% dari total sampel). Dengan demikian, jumlah sampel terbanyak berada pada usia kehamilan 37-41 minggu.

Jumlah sampel dengan cara persalinan seksio sesarea yaitu sebanyak 137 sampel (87.8% dari total sampel ) dan jumlah sampel dengan cara persalinan normal yaitu sebanyak 19 sampel (12.2% dari total sampel). Dengan demikian, jumlah sampel terbanyak yaitu sampel dengan cara persalinan seksio sesarea.

Jumlah sampel dengan hipertensi kronik yaitu sebanyak 2 sampel (1.3% dari total sampel). Jumlah sampel dengan hipertensi gestasional yaitu sebanyak 22 sampel (14.1% dari total sampel). Jumlah sampel dengan preeklampsia/eclampsia sebanyak 129 sampel (82.7% dari total sampel). Jumlah sampel dengan superimposed preeklampsia sebanyak 3 sampel (1.9% dari total sampel). Dengan demikian, jumlah sampel terbanyak yaitu sampel dengan preeklampsia/eclampsia.

## B. Analisa Bivariat

Analisis bivariat pada penelitian ini dilakukan untuk mengetahui hubungan antara profil ibu pada hipertensi dalam kehamilan dengan tindakan persalinan seksio sesar dengan menggunakan uji *Chi Square*.

### a) Hubungan Hipertensi Dalam Kehamilan Terhadap Tindakan Persalinan

Analisis hubungan hipertensi dalam kehamilan yang terjadi dengan tindakan persalinan seksio sesar yang diamati oleh peneliti adalah sebagaimana tabel di bawah ini :

**Tabel 5.2. Hubungan Hipertensi Dalam Kehamilan Terhadap Tindakan Persalinan Seksio Sesar periode November 2018 – Desember 2019**

Variabel	Jenis Tindakan						P-Value*
	SC		Normal		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Preeklampsia	37	27	5	26.3	42	26.9	0.949
Preeklampsia Berat	75	54.7	11	57.9	86	55.1	0.796
Eklampsia	0	0	1	100	1	100	0.007
Superimposed Preeklampsia	3	2.2	0	0	3	1.9	0.515
Hipertensi Gestasional	20	14.6	2	10.5	22	14.1	0.633
Hipertensi Kronik	2	1.5	0	0	2	1.3	0.596

\*uji *Chi-Square*

Berdasarkan tabel 5.2 di atas, diketahui jumlah sampel dengan Preeklampsia dan dilakukan tindakan persalinan seksio sesarea yaitu sebanyak 37 sampel, jumlah sampel dengan Preeklampsia dan dilakukan tindakan persalinan normal yaitu sebanyak 5 sampel. Dari hasil uji *Chi-Square*, diperoleh *p-value* 0.949. Karena *p*-

*value* >0.05, dengan demikian dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara Preeklampsia dengan tindakan persalinan.

Berdasarkan tabel 5.2 di atas, diketahui jumlah sampel dengan Preeklampsia berat dan dilakukan tindakan persalinan seksio sesarea yaitu sebanyak 75 sampel, jumlah sampel dengan Preeklampsia berat dan dilakukan tindakan persalinan normal yaitu sebanyak 11 sampel. Dari hasil uji *Chi-Square*, diperoleh *p-value* 0.796. Karena *p-value* >0.05, dengan demikian dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara Preeklampsia berat dengan tindakan persalinan.

Berdasarkan tabel 5.2 di atas, diketahui jumlah sampel dengan Eklampsia dan dilakukan tindakan persalinan seksio sesarea yaitu sebanyak 0 sampel, jumlah sampel dengan Eklampsia dan dilakukan tindakan persalinan normal yaitu sebanyak 1 sampel. Dari hasil uji *Chi-Square*, diperoleh *p-value* 0.007. Karena *p-value* <0.05, dengan demikian dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara Eklampsia dengan tindakan persalinan.

Berdasarkan tabel 5.2 di atas, diketahui jumlah sampel dengan Superimposed preeklampsia dan dilakukan tindakan persalinan seksio sesarea yaitu sebanyak 3 sampel, jumlah sampel dengan Superimposed preeklampsia dan dilakukan tindakan persalinan normal yaitu sebanyak 0 sampel. Dari hasil uji *Chi-Square*, diperoleh *p-value* 0.515. Karena *p-value* >0.05, dengan demikian dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara Superimposed preeklampsia dengan tindakan persalinan.

Berdasarkan tabel 5.2 di atas, diketahui jumlah sampel dengan Hipertensi Gestasional dan dilakukan tindakan persalinan seksio sesarea yaitu sebanyak 20 sampel, jumlah sampel dengan Hipertensi Gestasional dan dilakukan tindakan persalinan normal yaitu sebanyak 2 sampel. Dari hasil uji *Chi-Square*, diperoleh *p-value* 0.633. Karena *p-value* >0.05, dengan demikian dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara Hipertensi Gestasional dengan tindakan persalinan.

Berdasarkan tabel 5.2 di atas, diketahui jumlah sampel dengan Hipertensi Kronik dan dilakukan tindakan persalinan seksio sesarea yaitu sebanyak 2 sampel, jumlah

sampel dengan Hipertensi Kronik dan dilakukan tindakan persalinan normal yaitu 0 sampel. Dari hasil uji *Chi-Square*, diperoleh *p-value* 0.596. Karena *p-value* >0.05, dengan demikian dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara Hipertensi Kronik dengan tindakan persalinan.

**b) Hubungan Hasil Luaran Ibu Terhadap Tindakan Persalinan**

Analisis hubungan hasil luaran ibu dengan tindakan persalinan seksio sesar yang diamati oleh peneliti adalah sebagaimana tabel di bawah ini :

**Tabel 5.3. Hubungan Hasil Luaran Ibu Terhadap Tindakan Persalinan Seksio Sesar periode November 2018 – Desember 2019**

Variabel	Jenis Tindakan						P-Value*
	SC		Normal		Total		
	N	%	N	%	N	%	
HELLP	2	66.7	1	33.3	3	100	0.258

\*uji *Chi-Square*

Berdasarkan tabel 5.3 di atas, diketahui jumlah sampel dengan HELLP Sindrom dan dilakukan tindakan persalinan seksio sesarea yaitu sebanyak 2 sampel, jumlah sampel dengan HELLP Sindrom dan dilakukan tindakan persalinan normal yaitu sebanyak 1 sampel. Dari hasil uji *Chi-Square*, diperoleh *p-value* 0.258. Karena *p-value* >0.05, dengan demikian dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara hasil luaran ibu dan tindakan persalinan.

**c) Hubungan Hipertensi Dalam Kehamilan Terhadap Hasil Luaran Ibu**

Analisis hubungan hipertensi dalam kehamilan dengan hasil luaran ibu yang diamati oleh peneliti adalah sebagaimana tabel di bawah ini :

**Tabel 5.4. Hubungan Hasil Luaran Ibu Terhadap Tindakan Persalinan Seksio Sesar periode November 2018 – Desember 2019**

Variabel	Sindrom HELLP						P-Value*
	Ya		Tidak		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Preeklampsia	2	50	40	26.3	42	26.9	0.292
Preklampsia Berat	1	25	85	55.9	86	55.1	0.220
Eklampsia	1	25	0	0	1	0.6	0.026
Superimposed Preeklampsia	0	0	3	2	3	1.9	0.777
Hipertensi Gestasional	0	0	22	14.5	22	14.1	0.412
Hipertensi Kronik	0	0	2	1.3	2	1.3	0.817

\*uji *Chi-Square*

Berdasarkan tabel 5.4 di atas, diketahui jumlah sampel ibu yang mengalami Preeklampsia dan hasil luaran ibu dengan sindrom HELLP yaitu sebanyak 2 sampel, jumlah sampel ibu yang mengalami Preeklampsia dan hasil luaran ibu tidak mengalami sindrom HELLP yaitu sebanyak 40 sampel. Dari hasil uji *Chi-Square*, diperoleh *p-value* 0.292. Karena *p-value* >0.05, dengan demikian dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara ibu yang mengalami Preeklampsia terhadap hasil luaran ibu dengan sindrom HELLP.

Berdasarkan tabel 5.4 di atas, diketahui jumlah sampel ibu yang mengalami Preeklampsia berat dan hasil luaran ibu dengan sindrom HELLP yaitu sebanyak 1 sampel, jumlah sampel ibu yang mengalami Preeklampsia berat dan hasil luaran ibu tidak mengalami sindrom HELLP yaitu sebanyak 85 sampel. Dari hasil uji *Chi-Square*, diperoleh *p-value* 0.220. Karena *p-value* >0.05, dengan demikian dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara ibu yang mengalami Preeklampsia berat terhadap hasil luaran ibu dengan sindrom HELLP.

Berdasarkan tabel 5.4 di atas, diketahui jumlah sampel ibu yang mengalami Eklampsia dan hasil luaran ibu dengan sindrom HELLP yaitu sebanyak 1 sampel, jumlah sampel ibu yang mengalami Eklampsia dan hasil luaran ibu tidak mengalami

sindrom HELLP yaitu 0 sampel. Dari hasil uji *Chi-Square*, diperoleh *p-value* 0.026. Karena *p-value* <0.05, dengan demikian dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara ibu yang mengalami Eklampsia terhadap hasil luaran ibu dengan sindrom HELLP.

Berdasarkan tabel 5.4 di atas, diketahui jumlah sampel ibu yang mengalami Superimposed preeklampsia dan hasil luaran ibu dengan sindrom HELLP yaitu 0 sampel, jumlah sampel ibu yang mengalami Superimposed preeklampsia dan hasil luaran ibu tidak mengalami sindrom HELLP yaitu sebanyak 3 sampel. Dari hasil uji *Chi-Square*, diperoleh *p-value* 0.777. Karena *p-value* >0.05, dengan demikian dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara ibu yang mengalami Superimposed preeklampsia terhadap hasil luaran ibu dengan sindrom HELLP.

Berdasarkan tabel 5.4 di atas, diketahui jumlah sampel ibu yang mengalami Hipertensi Gestasional dan hasil luaran ibu dengan sindrom HELLP yaitu 0 sampel, jumlah sampel ibu yang mengalami Hipertensi Gestasional dan hasil luaran ibu tidak mengalami sindrom HELLP yaitu sebanyak 22 sampel. Dari hasil uji *Chi-Square*, diperoleh *p-value* 0.412. Karena *p-value* >0.05, dengan demikian dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara ibu yang mengalami Hipertensi Gestasional terhadap hasil luaran ibu dengan sindrom HELLP.

Berdasarkan tabel 5.4 di atas, diketahui jumlah sampel ibu yang mengalami Hipertensi Kronik dan hasil luaran ibu dengan sindrom HELLP yaitu 0 sampel, jumlah sampel ibu yang mengalami Hipertensi Kronik dan hasil luaran ibu tidak mengalami sindrom HELLP yaitu sebanyak 2 sampel. Dari hasil uji *Chi-Square*, diperoleh *p-value* 0.817. Karena *p-value* >0.05, dengan demikian dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara ibu yang mengalami Hipertensi Kronik terhadap hasil luaran ibu dengan sindrom HELLP.

## **BAB 6**

### **PEMBAHASAN**

Pada penelitian deskriptif yang telah dilakukan di RSIA Siti Khadijah 1 Muhammadiyah Makassar periode November 2018 – Desember 2019, didapatkan jumlah persalinan melalui persalinan dengan diagnosis terdapat hipertensi dalam kehamilan sebanyak 156 kasus (persalinan tindakan). Dari total sampel tersebut, didapatkan 87.8% (136 orang) ibu yang melakukan persalinan seksio sesarea dengan hipertensi dalam kehamilan, dan didapatkan 12.2% (19 orang) ibu yang melakukan persalinan normal dengan hipertensi dalam kehamilan pada periode November 2018 - Desember 2019.

Disamping itu, didapatkan pula karakteristik usia yang paling banyak menjalani persalinan melalui operasi seksio sesarea yakni kelompok usia 20 - 35 tahun dengan total sebanyak 92 (87.6%) kasus, sedangkan untuk persalinan normal yakni pada kelompok usia 20 – 35 tahun dengan total sebanyak 13 (12.4%) kasus. Pada karakteristik paritas yang paling banyak menjalani persalinan melalui operasi seksio sesarea yakni pada kelompok ibu nullipara dengan total sebanyak 55 (85.9%) kasus, sedangkan kelompok ibu nullipara yang menjalani persalinan normal sebanyak 9 (14.1%) kasus. Pada karakteristik usia kehamilan yang paling banyak menjalani persalinan melalui operasi seksio sesarea yaitu pada kelompok ibu dengan usia kehamilan 37 – 42 minggu sebanyak 115 (87.8%) kasus, sedangkan untuk persalinan normal yakni pada kelompok ibu dengan usia kehamilan 37 – 42 minggu sebanyak 16 (12.2%) kasus.

Didapatkan hasil yang bertolak belakang dengan beberapa penelitian yang telah dilakukan sebelumnya, hal ini disebabkan karena, RSIA Siti Khadijah 1 Makassar merupakan fasilitas kesehatan tipe C, sehingga tidak memungkinkan untuk dilakukannya tatalaksana indikasi persalinan (eklampsia, edema paru, DIC, hipertensi berat tidak terkontrol, gawat janin, solusio plasenta, IUFD, janin viable) serta tidak tersedia fasilitas perawatan maternal dan neonatal intensif, sehingga



diharuskan untuk merujuk pasien ke fasilitas Rumah Sakit dengan tipe B maupun tipe A.

### **Hubungan Hipertensi Dalam Kehamilan Terhadap Persalinan Seksio Sesarea**

Berdasarkan hasil penelitian ini diperoleh ibu yang mengalami preeklampsia berat dan menjalani persalinan seksio sesarea sebanyak 75 (54.7% dari total sampel), sedangkan pada kelompok kontrol (persalinan normal) terdapat 11 (57.9% dari total sampel) ibu bersalin yang mengalami preeklampsia berat. Hasil uji *Chi-Square* didapatkan  $p\text{-value} = 0.796$  ( $\alpha > 0.05$ ) artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara kejadian preeklampsia berat dengan persalinan tindakan (seksio sesarea) pada ibu bersalin di RSIA Siti Khadijah 1 Makassar.

Hasil dari penelitian ini bertolak belakang dengan penelitian yang dilakukan oleh Yoan Putri Praditia Susanto Dkk di RS TK.II Pelamonia Makassar pada tahun 2019 dengan periode sampel Januari – Maret 2019, dinyatakan bahwa ibu yang melakukan persalinan seksio sesar disebabkan oleh preeklampsia berat sebanyak 6 orang (100%) dan ibu yang mengalami preeklampsia berat dan tidak dilakukan persalinan seksio sesar sebanyak 0 orang (0.0%). Dari hasil uji *Chi-Square* diperoleh nilai  $p\text{-value} = 0.028$  ( $\alpha < 0.05$ ), yang berarti bahwa terdapat hubungan antara preeklampsia berat terhadap penatalaksanaan persalinan seksio sesarea di RS TK.II Pelamonia Makassar pada tahun 2019. Dengan demikian dapat ditarik kesimpulan bahwa ibu yang mengalami preeklampsia berat kemungkinan akan bersalin secara seksio sesarea.

Berdasarkan hasil penelitian ini diperoleh ibu yang mengalami eklampsia dan menjalani persalinan seksio sesarea sebanyak 0 (0%), sedangkan pada kelompok kontrol (persalinan normal) terdapat 1 (100% dari total sampel) ibu bersalin yang mengalami eklampsia. Hasil uji *Chi-Square* didapatkan  $p\text{-value} = 0.007$  ( $\alpha < 0.05$ ) artinya terdapat hubungan yang signifikan antara kejadian eklampsia dengan tindakan persalinan seksio sesarea. Pada kasus persalinan ibu yang mengalami preeklampsia dan menjalani persalinan seksio sesarea sebanyak 37 (27% dari total sampel),

sedangkan pada kelompok kontrol (persalinan normal) terdapat 5 (26.3% dari total sampel) ibu bersalin yang mengalami preeklampsia. Hasil uji *Chi-Square* didapatkan  $p\text{-value} = 0.949$ . Sehingga  $p\text{-value} > 0.05$  artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara kejadian preeklampsia dengan persalinan tindakan (seksio sesarea). Pada kasus persalinan superimposed preeklampsia dan menjalani persalinan seksio sesarea sebanyak 3 orang (2.2%), sedangkan pada kelompok kontrol (persalinan normal) yakni 0 (0%) ibu bersalin yang mengalami superimposed preeklampsia. Hasil uji *Chi-Square* didapatkan  $p\text{-value} = 0.515$  ( $\alpha > 0.05$ ), yang berarti tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kejadian superimposed preeklampsia dengan tindakan persalinan seksio sesarea. Pada kasus persalinan ibu yang mengalami hipertensi kronis dan menjalani persalinan seksio sesarea sebanyak 2 orang (1.5%), sedangkan pada kelompok kontrol (persalinan normal) terdapat 0 (0%) ibu bersalin yang mengalami hipertensi kronik. Hasil uji *Chi-Square* didapatkan  $p\text{-value} = 0.596$  ( $\alpha > 0.05$ ), yang berarti tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kejadian hipertensi kronik dengan tindakan persalinan seksio sesarea. Pada kasus persalinan ibu yang mengalami hipertensi gestasional dan menjalani persalinan seksio sesarea sebanyak 20 (14.6%), sedangkan pada kelompok kontrol (persalinan normal) terdapat 2 (10.5%) ibu bersalin yang mengalami hipertensi gestasional. Hasil uji *Chi-Square* didapatkan  $p\text{-value} = 0.633$  ( $\alpha > 0.05$ ), yang berarti tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kejadian hipertensi gestasional dengan tindakan persalinan seksio sesarea di RSIA Siti Khadijah 1 Makassar.

Hasil ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ahmed Hussein Subki Dkk pada tahun 2017 di King Abdulaziz University Hospital, Jeddah, Saudia Arabia, dengan periode sampel Januari 2015 dan Juni 2017, diperoleh ibu yang mengalami eklampsia yang menjalani persalinan seksio sesarea sebanyak 13 orang (7.3%) dengan nilai  $p\text{-value} > 0.05$  yang berarti tidak didapatkan hubungan yang bermakna. Sedangkan, hasil pada skripsi ini sejalan dengan penelitian ini untuk kasus ibu yang mengalami preeklampsia yang menjalani persalinan seksio sesarea sebanyak 100 orang (56.5%), superimposed preeklampsia yang menjalani persalinan seksio

sesarea sebanyak 7 orang (4%), hipertensi kronik yang menjalani persalinan seksio sesarea sebanyak 7 orang (4%), hipertensi gestasional yang menjalani persalinan seksio sesarea sebanyak 50 orang (28,2%) dengan nilai *p-value* >0.05 yang berarti tidak didapatkan hubungan yang bermakna.

Prinsip penatalaksanaan kasus hipertensi dalam kehamilan adalah berdasarkan keparahan dan usia gestasional, juga mempertimbangkan cedera sel endotel pada protein urin dan disfungsi multi organ yang disebabkan oleh hipertensi yang dialami ibu saat kehamilan. Hipertensi dalam kehamilan tidak selalu dapat didiagnosa pasti, maka berdasarkan sifat alami penyakit sehingga di sarankan pada ibu hamil untuk melakukan *Antenatal Care* (ANC) yang lebih sering dan juga berkualitas.

Data dari penelitian ini masih menggunakan data sekunder, dimana variabel yang bebas (faktor ibu, faktor janin, penyulit lain) yang diteliti merupakan salah satu faktor risiko dalam metode persalinan seksio sesarea, namun dalam penelitian ini tidak diteliti lebih lanjut mengenai hubungan variabel bebas tersebut dengan kejadian hipertensi dalam kehamilan, selain itu data penelitian ini hanya di ambil dari satu tempat dan jumlah sampel yang minim sehingga tidak bisa digeneralisasikan serta waktu pengumpulan data yang cukup singkat.

### **Hubungan Hasil Luaran Ibu Terhadap Tindakan Persalinan**

Berdasarkan hasil penelitian ini diperoleh ibu yang menjalani persalinan seksio sesarea dan hasil luaran ibu berupa sindrom HELLP sebanyak 2 (66.7%), sedangkan pada kelompok kontrol (persalinan normal) yakni 1 (33.3%) ibu bersalin yang mengalami sindrom HELLP. Hasil uji *Chi-Square* didapatkan *p-value* = 0.258 ( $\alpha$  >0.05), yang berarti tidak terdapat hubungan yang signifikan antara tindakan persalinan seksio sesarea terhadap hasil luaran ibu berupa sindrom HELLP di RSIA Siti Khadijah 1 Makassar.

Hasil dari penelitian ini bertolak belakang dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh R.Orabona Dkk pada tahun 2017 di *Maternal Fetal Medicine Unit of the Department of Obstetrics and Gynecology*, University of Brescia, Brescia, Italia,

dengan periode sampel Januari 2007 dan Desember 2013. Dinyatakan bahwa ibu yang menjalani persalinan seksio sesarea dan hasil luaran ibu berupa sindrom HELLP sebanyak 48 orang (98%), dari hasil uji *Chi-Square* diperoleh  $p\text{-value} = 0.003$  ( $\alpha < 0.05$ ), yang berarti terdapat hubungan yang signifikan antara tindakan persalinan seksio sesarea terhadap hasil luaran ibu berupa sindrom HELLP.

Sindrom HELLP merupakan salah satu prediktor yang kuat untuk terjadinya kematian pada ibu hamil yang mengalami hipertensi dalam kehamilan. Perjalanan klinis dari sindrom HELLP, dimana kondisi ibu dan janin memburuk secara progresif dan terkadang terjadi secara tiba-tiba. Oleh karena itu, diperlukan pelayanan rawat inap yang cepat dan observasi di pelayanan kesehatan yang memadai dan diharuskan untuk dilakukannya terminasi kehamilan.

### **Hubungan Hipertensi Dalam Kehamilan Terhadap Hasil Luaran Ibu**

Berdasarkan hasil penelitian ini diperoleh ibu yang mengalami eklampsia dan hasil luaran ibu berupa sindrom HELLP sebanyak 1 orang (25%), sedangkan pada kelompok kontrol (tidak mengalami sindrom HELLP) yakni 0 (0%) ibu bersalin yang mengalami eklampsia. Hasil uji *Chi-Square* didapatkan  $p\text{-value} = 0.026$  ( $\alpha < 0.05$ ), yang berarti terdapat hubungan yang signifikan antara kejadian eklampsia terhadap hasil luaran ibu berupa sindrom. Pada kasus ibu yang mengalami preeklampsia berat dan hasil luaran ibu berupa sindrom HELLP sebanyak 1 (25%), sedangkan pada kelompok kontrol (tidak mengalami sindrom HELLP) yakni 85 (55.9%) ibu bersalin yang mengalami preeklampsia berat. Hasil uji *Chi-Square* didapatkan  $p\text{-value} = 0.220$  ( $\alpha > 0.05$ ), yang berarti tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kejadian preeklampsia berat terhadap hasil luaran ibu berupa sindrom HELLP di RSIA Siti Khadijah 1 Makassar.

Hasil dari penelitian ini berbanding terbalik dengan penelitian yang dilakukan oleh Solwayo Ngwenya di Mpilo Central Hospital, Bulawayo, Zimbabwe pada tahun 2017, dengan periode sampel 01 Januari 2016 – 31 Desember 2016. Dinyatakan bahwa, ibu yang mengalami eklampsia dan hasil luaran ibu Sindrom HELLP

sebanyak 3 orang (27.3%). Dari hasil uji *Chi-Square* diperoleh  $p\text{-value} = \text{NS}$  (*Not Significant*), yang berarti bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kejadian eclampsia terhadap hasil luaran ibu berupa sindrom HELLP. Sedangkan, hasil pada skripsi ini berbanding lurus dengan penelitian ini pada kasus ibu yang mengalami preeklampsia berat dan hasil luaran ibu Sindrom HELLP sebanyak 8 orang (72.7%). Dari hasil uji *Chi-Square* diperoleh  $p\text{-value} = \text{NS}$  (*Not Significant*), yang berarti bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kejadian preeklampsia berat terhadap hasil luaran ibu berupa sindrom HELLP.

Tidak terdapatnya hubungan yang bermakna bisa dikarenakan jumlah sampel yang kurang banyak, selain itu kurangnya perhatian ibu tentang pentingnya pemeriksaan kehamilan terhadap komplikasi yang dapat ditemukan dan tidak selalu bersedia untuk dirujuk sehingga terlambat dalam pengambilan keputusan, dan terlambat dalam penanganan yang tepat. Selain itu, data dari penelitian ini hanya di ambil dari satu tempat sehingga tidak bisa digeneralisasikan serta waktu pengumpulan data yang cukup singkat.

Berdasarkan hasil penelitian ini diperoleh ibu yang mengalami preeklampsia dan hasil luaran ibu berupa sindrom HELLP sebanyak 2 (50%) dengan hasil uji *Chi-Square*, diperoleh  $p\text{-value} = 0.292$  ( $\alpha > 0.05$ ), yang berarti tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kejadian preeklampsia terhadap hasil luaran ibu berupa sindrom HELLP. Pada kasus ibu yang mengalami hipertensi kronik dan hasil luaran ibu berupa sindrom HELLP sebanyak 0 (0%) dengan hasil uji *Chi-Square*, diperoleh  $p\text{-value} = 0.817$  ( $\alpha > 0.05$ ), yang berarti tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kejadian hipertensi kronik terhadap hasil luaran ibu berupa sindrom HELLP. Pada kasus ibu yang mengalami hipertensi gestasional dan hasil luaran ibu berupa sindrom HELLP sebanyak 0 (0%) dengan hasil uji *Chi-Square*, diperoleh  $p\text{-value} = 0.412$  ( $\alpha > 0.05$ ), yang berarti tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kejadian hipertensi gestasional terhadap hasil luaran ibu berupa sindrom HELLP di RSIA Siti Khadijah 1 Makassar.

Hasil penelitian ini berbanding lurus dengan penelitian yang dilakukan oleh Kwame Adu-Bonsaffoh Dkk pada tahun 2014 di Korle Bu Teaching Hospital, Accra, Ghana. Dinyatakan bahwa terdapat ibu yang mengalami preeklampsia dan hasil luaran ibu berupa sindrom HELLP sebanyak 2 orang (1.4%), hasil uji *Chi-Square* diperoleh  $p\text{-value} = 0.333$  ( $\alpha > 0.05$ ), yang berarti tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kejadian preeklampsia terhadap hasil luaran ibu berupa sindrom HELLP. Pada kasus ibu yang mengalami hipertensi kronik dan hasil luaran ibu berupa sindrom HELLP sebanyak 0 orang (0%), hasil uji *Chi-Square* diperoleh  $p\text{-value} = 0.333$  ( $\alpha > 0.05$ ), yang berarti tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kejadian hipertensi kronik terhadap hasil luaran ibu berupa sindrom HELLP. Pada kasus ibu yang mengalami hipertensi gestasional dan hasil luaran ibu berupa sindrom HELLP sebanyak 0 orang (0%), hasil uji *Chi-Square* diperoleh  $p\text{-value} = 0.333$  ( $\alpha > 0.05$ ), yang berarti tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kejadian hipertensi gestasional terhadap hasil luaran ibu berupa sindrom HELLP.

Berdasarkan hasil penelitian ini diperoleh ibu yang mengalami superimposed preeklampsia dan hasil luaran ibu berupa sindrom HELLP sebanyak 0 (0%) dengan hasil uji *Chi-Square*, diperoleh  $p\text{-value} = 0.777$  ( $\alpha > 0.05$ ), yang berarti tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kejadian superimposed preeklampsia terhadap hasil luaran ibu berupa sindrom HELLP di RSIA Siti Khadijah 1 Makassar.

Hasil penelitian ini berbanding lurus dengan penelitian yang dilakukan oleh Xun Li PhD Dkk pada tahun 2018 di 5 Rumah Sakit di China (Renji Hospital of Shanghai Jiaotong University School of Medicine, Xiangya Hospital of Central South University, Jiangxi Maternal and Child Health Hospital, Xin Hua Hospital affiliated to Shanghai Jiao Tong University School of Medicine, and Shanghai Sixth People's Hospital), dengan periode sampel Januari 2014 dan Desember 2016. Dinyatakan bahwa terdapat ibu yang mengalami superimposed preeklampsia dan hasil luaran ibu berupa sindrom HELLP sebanyak 3 orang (1.3%), hasil uji *Chi-Square* diperoleh  $p\text{-value} = 0.426$  ( $\alpha > 0.05$ ), yang berarti tidak terdapat hubungan yang signifikan antara

kejadian superimposed preeclampsia terhadap hasil luaran ibu berupa sindrom HELLP.

## **BAB 7**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **7.1 Kesimpulan**

1. Berdasarkan hasil penelitian ini didapatkan hubungan antara diagnosis hipertensi dalam kehamilan (Eklampsia) terhadap tindakan persalinan seksio sesarea dengan nilai  $p\text{-value} = 0.007$  ( $\alpha < 0.05$ ), serta didapatkan pula hubungan antara luaran ibu (sindrom HELLP) terhadap hipertensi dalam kehamilan (Eklampsia) dengan nilai  $p\text{-value} = 0.026$  ( $\alpha < 0.05$ ), namun tidak terdapat hubungan antara hasil luaran ibu (sindrom HELLP) terhadap tindakan persalinan seksio sesarea dengan nilai  $p\text{-value} = 0.258$  ( $\alpha > 0.05$ ).
2. Diagnosis hipertensi dalam kehamilan yang paling banyak menjadi sebab dilakukannya tindakan persalinan seksio sesarea adalah Preeklampsia Berat sebanyak 75 sampel.

#### **7.2 Saran**

1. Bagi Layanan Kesehatan

Kepada pihak RSIA Siti Khadijah 1 Muhammadiyah Makassar agar dapat memberikan informasi dan edukasi lebih baik kepada pasien mengenai tanda, gejala dan pencegahan hipertensi dalam kehamilan.

2. Bagi Institusi Pendidikan

- a. Perlu dilakukan penelitian lanjutan dengan jumlah sampel yang lebih besar sehingga analisis dapat menunjukkan validitas dalam hasil penelitian dan juga pengambilan sampel tak hanya di satu lokasi, melainkan di beberapa lokasi.
- b. Untuk penelitian selanjutnya, disarankan untuk mengidentifikasi lebih dalam dilakukannya operasi seksio sesarea terhadap hipertensi dalam kehamilan, dikarenakan pada beberapa jurnal yang menjadi sumber referensi dalam penelitian ini masih belum diketahui lebih jelas oleh karena



adanya perbedaan penelitian satu dengan yang lainnya. Karena penelitian ini bersifat retrospektif dalam pengambilan data yaitu hanya menggunakan status rekam medis pasien maka sangat besar kemungkinan tidak tercatatnya keterangan-keterangan penting dari pasien sehingga hal tersebut menjadi kekurangan dalam penelitian ini. Kendala lainnya adalah jumlah sampel yang kecil sehingga kurang dapat merepresentasikan hubungan yang sebenarnya antara variable bebas dengan variable tergantung dikarenakan keterbatasan waktu dan tenaga dari peneliti sehingga tidak dapat mengambil lebih banyak sampel penelitian untuk diteliti.

## DAFTAR PUSTAKA

- Sung S, Mahdy H. Cesarean Section. [Updated 2020 May 5]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546707/>
- Walyani, E. 2015. Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru lahir. Yogyakarta. Pustaka Baru Press.
- Qamrinah, 2018. Angka Kematian Ibu Menurut ASEAN (Association Of South Eats Asian Nations).
- Puri Anita, Apriana, Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Persalinan Sectio Caesarea di RSUD DR.H Abdul Moeloek. Provinsi Lampung. Tanjungkarang. 2016.
- Marlina, Faktor Persalinan secsio Caesarea Di Rumah Sakitmanuel Bandar Lampung.
- Wiknjosastro, H. 2010. Ilmu Kebidanan. Jakarta. Yayasan Bina Pustaka Prawirohardjo.
- Sung S, Mahdy H. Cesarean Section. [Updated 2020 May 5]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546707/>
- Andalas, M., R. Maharani, C., Jannah, R., Harisah, S., Haekal, M., & Ichsan. (2020). Profile of Cesarean Sections Since the BPJS Era. *Indonesian Journal of Obstetrics and Gynecology*, 8(1), 5–9. <https://doi.org/10.32771/inajog.v8i1.1028>
- Astoguno, A. P., Kaeng, J. J., Mewengkang, M., Manado, S. R., Obstetri-Ginekologi, B., Kedokteran, F., Sam, U., & Manado, R. (2016). Profil persalinan pada era JKN-BPJS di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado periode 1 Januari-30 Juni 2016. *Jurnal E-Clinic (ECl)*, 4(2), 2–7.
- BPJS Kesehatan. (2014). *Panduan Praktis Pelayanan Kebidanan dan Neonatal* (1st

- ed.). Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. <https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/dmdocuments/c2145cecc7a821fe00e19d57e67bc950.pdf>
- Cunningham, Leveno, Bloom, Dashe, Hoffman, Casey, & Spong. (2018). *Williams Obstetric* (25th ed.). McGraw-Hill Global Education Holdings.
- KEMENKES, Nasional, B. K. dan K. B., Statistik, B. P., & USAID. (2018). Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia. In *KEMENKES* (1st ed.). Kementerian Kesehatan. <https://e-koren.bkkbn.go.id/wp-content/uploads/2018/10/Laporan-SDKI-2017-WUS.pdf>
- Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. (2018). Laporan Nasional Riskesdas 2018. In *Journal of Chemical Information and Modeling* (1st ed., Vol. 53, Issue 9). Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- World Health Organisation. (2019). *World Health Statistic 2019: Monitoring Health for SDG's, Sustainable Development Goals* (1st ed.). World Health Organization.
- Mylonas I, Friese K. The indications for and risks of elective cesarean section. *Dtsch Arztebl Int.* 2015;112(29- 30):489-95.
- Trends in Cesarean Section by Andres Sarmiento, Universidad de los Andes, Bogota, Columbia, 2018. Available at: <https://dx.doi.org/10.5772/intechopen.77309>. Accessed on 4th January 2020.
- Recent trends in cesarean delivery in the United States. Factsheet: NCHS Data Brief, September 2017. Available at: <https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db287.htm>. Accessed on 2nd December 2019.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Hypertension in pregnancy: the management of hypertensive disorders during pregnancy. In: National Collaborating Centre for Women's and Children's health; 2010.

- Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Williams Obstetrics 22rd Edition. New York: McGraw Hill. Companies Inc; 2005. Chapter 34, Hypertensive disorders in pregnancy; p. 426–50.
- Say L, Chou D, Gemmill A, Moller AB, Daniels J, Temmerman M ea. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2014;2(6):e323–33.
- Stegers EA, Von Dadelszen P, Duvekot JJ, Pijnenborg R. Pre-eclampsia. *Lancet*. 376(9741):631–44.
- EngenderHealth, Balancing the Scales Expanding Treatment for Pregnant Women with Life-Threatening Hypertensive Conditions in Developing Countries A Report on Barriers and Solutions to Treat Pre-eclampsia & Eclampsia New York. 2007.
- Mahomed K, et al. Risk factors for Preeclampsia among Zimbabwean women: maternal arm circumference and other anthropometric measures of obesity. *Pediatr Perinat Epidemiol* 1998; 12(3):253-62
- Lloyd C, Lewis VM. Hypertensive Disorders of Pregnancy in Bennets VR, Brown LK. eds. *Myles Textbook for Midwives* 13th Edition. Edinburgh, London, Newyork, Philadelphia, Sydney, Toronto. Churchill Livingstone1999; 315- 328
- Basso O, Christensen K, Olsen J. Higher risk of Preeclampsia after change of partner. An effect of longer interpregnancy intervals? *Epid* 2001; 12(6):624-9
- Dawson LM et al. Familial Risk of preeclampsia in Newfoundland : a population based study. *J Am Soc Nephrol* 2002; 13:1901-1906
- Wolf M, Kettyle E, Sandler L, Ecker JL, Rberts J, Thadhani R. Obesity and Preeclampsia: the potential role of inflammation.
- Thadhan R, Stampfer MJ, Hunter DJ, MansonJE, Solomon CG, Curhan GC. High Body Mass Index and Hypercholesterolemia : Risk of Hypertensive Disorders of

Pregnancy. *Obstet Gynecol* 1999; 94:543-50

De Cherney, A.H., Nathan, L., Laufer, N. and Roman, A.S. (2012) *Current Diagnosis & Treatment: Obstetrics & Gynecology*. 11th Edition, Chapter 26: Hypertension in Pregnancy.

Cunningham, F.G., Leveno, K., Bloom, S., et al. (2010) *Williams Obstetrics*. 23rd Edition, McGraw-Hill, Medical Publishing Division, New York.

Roberts, C.L., Albert, C.S., Morris, J.M., et al. (2005) Hypertensive Disorders in Pregnancy: A Population-Based Study. *Medical Journal of Australia*, 182, 332-335.

Familoni, O.B., Adefuye, P.O. and Olunuga, T.O. (2004) Pattern and Factors Affecting the Outcome of Pregnancy in Hypertensive Patients. *Journal of the National Medical Association*, 96, 1626-1631.

Karthikeyan, V.J., 2015. Hypertension in pregnancy; in Nadar, S. and Lip, G.Y.H., *Hypertension*, Ch. 22, 2nd Ed. Oxford Cardiology Library. Oxford.

Malha, L., Podymow, T., August, P., et al., 2018. Hypertension in Pregnancy in *Hypertension: A Companion to Braunwald's Heart Disease (Third Edition)* Ch 39. Elsevier.

Coutts, J., 2007. Pregnancy-induced hypertension-the effects on the newborn; in Lyall, F. and Belfort, M., *Pre-eclampsia: Etiology and Clinical Practice* Ch. 33. Cambridge University Press. Cambridge.

Khosravi, S., Dabiran, S., Lotfi, M., et al., 2014. Study of the prevalence of hypertension and complications of hypertensive disorders in pregnancy. *Open Journal of Preventive Medicine*. Vol 4: 860-7.

Mudjari, N.S., and Samsu, N., 2015. Management of hypertension in pregnancy. *Acta Med Indones Indones J Intern Med*. Vol 47 (1): 78-86.

Mustafa, R., Ahmed, S., Gupta, A., et al., 2012. A comprehensive review of

- hypertension in pregnancy. *Journal of Pregnancy*. Vol 2012.
- Leslie, D. and Collins, R.E., 2016. Hypertension in pregnancy. *BJA Education*. Vol 16 (1): 33-7. <https://doi.org/10.1093/bjaceaccp/mkv020>.
- Puji Setiana, Herawati, Sutriyati. (2019). Hubungan Kelainan Letak Janin, Preeklamsia, Ketuban Pecah Dini Dengan Persalinan *Sectio Caesarea*. *Jurnal Kesehatan dan Pembangunan*. Vol 9 (18) : 69-75.
- Prasetyowati, Supriatiningsih. (2011). Hubungan Antara Preeklampsia Dengan Persalinan Tindakan : 23-28.
- Yoan Putri Praditia Susanto, Nurul Wahdaniah, Juniarti. (2019). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Penatalaksanaan Persalinan *Sectio Caesarea* di RS TK.II Pelamonia Makassar Tahun 2019. *Jurnal Kesehatan Delima Pelamonia*. Vol 3 (1) : 62 – 71.
- Aprina, Anita Puri. (2016). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Persalinan *Sectio Caesarea* Di RSUD Dr. H Abdul Moeloek Provinsi Lampung. *Jurnal Kesehatan*. Vol 7 (1) : 90-96.
- Nurlita Fauzziyah Basri, Dadan Ramadhan Apriyanto, Catur Setiya Sulistiyana. (2017). Hubungan antara Jenis Persalinan dengan Kondisi Janin Saat Lahir pada Kejadian *Preeklampsia* pada Ibu Bersalin di RSUD Waled Kabupaten Cirebon Tahun 2017. *Tunas Medika Jurnal Kedokteran & Kesehatan*. Vol 6 (1) : 48-51.
- Alfianty Dwi Ayu Ramdhanie, Nina Yusnia. (2019). Kejadian Preeklamsi Berat dan Kaitannya dengan Tindakan *Sectio Caesarea*. *Jurnal Ilmiah Kebidanan Indonesia*. 5-8.
- M.I.A. Akbar, *et al.* (2019). *Maternal and Perinatal Outcome Related To Severity Of Chronic Hypertension In Pregnancy*. *International Society for The Study of Hypertension in Pregnancy*. Vol 16 : 154-160.
- Solwayo Ngwenya. (2017). *Severe Preeclampsia and Eclampsia: Incidence,*

*Complications, and Perinatal Outcomes at A Low-Resources Setting, Mpilo Central Hospital, Bulawayo, Zimbabwe. International Journal of Women's Health. 9: 353-357.*

Mohamed Rezk, *et al.* (2014). *Maternal and Fetal Outcome in De Novo Preeclampsia in Comparison to Superimposed Preeclampsia: A Two-Year Observational Study. Faculty of Medicine, Menoufia University, Menoufia, Egypt.*

Dassah ET, Kusi-Mensah E, Morhe ESK, Odoi AT. (2019). *Maternal and perinatal outcomes among women with hypertensive disorders in pregnancy in Kumasi, Ghana. PLoS ONE 14(10): e0223478. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223478>*

Ahmed Hussein Subki, *et al.* (2018). *Prevalence, Risk Factors, and Fetal and Maternal Outcomes of Hypertensive Disorders of Pregnancy: A Retrospective Study in Western Saudi Arabia. Oman Medical Journal. Vol 33 (5): 409-415.*

K. Adu-Bonsaffoh, *et al.* (2014). *Maternal Outcome of Hypertensive Disorders in Pregnancy at Korle Bu Teaching Hospital, Ghana. International Journal of Gynecology and Obstetrics. 238-242.*

Xun Li, *et al.* (2018). *Risk Factor For Adverse Maternal and Perinatal Outcomes in Women With Preeclampsia: Analysis of 1396 cases. 20: 1049-1057.*

R.Orabona, *et al.* (2017). *Maternal Cardiac Function After HELLP Syndrome: An Echocardiography Study. Ultrasound Obstet Gynecol 2017; 50: 507-513.*

Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia, Himpunan Kedokteran Feto Maternal. 2016. *Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran: Diagnosis dan Tatalaksana Preeklampsia.*

American College of Obstetricians and Gynecologist. *Gestational Hypertension and Preeclampsia. ACOG Practice Bulletin: Vol. 133, No.1 January 2019.*

- Trijatmo, 2005. Preeklampsia dan Eklampsia, dalam: Ilmu Kebidanan. Edisi III. Jakarta. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Bokslag, A., van Weissenbruch, M., Mol, B.W., de Groot, C.J.M., 2016. Preeclampsia; short and long-term consequences for mother and neonate. *Early Hum. Dev.* 102, 47–50. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2016.09.007>.
- Méhats, C., Miralles, F., Vaiman, D., 2017. [*New perspectives on preeclampsia*]. *Med. Sci. MS* 33, 1079–1088.
- Ramos, J.G.L., Sass, N., Costa, S.H.M., 2017. Preeclampsia. *Rev. Bras. Ginecol. E Obstet. Rev. Fed. Bras. Soc. Ginecol. E Obstet.* 39, 496–512.
- Wibowo, N. Irwinda, R. Frisdiantiny E., dkk. 2016. Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran: Diagnosis dan Tatalaksana Preeklampsia. POGI



## LAMPIRAN



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
PROGRAM STUDI SARJANA KEDOKTERAN

Jl. Pasteur Kecamatan Km. 10 Tamalene, Makassar 90245, Telp. (0411) 587436, Fax. (0411) 586297

Nomor : 2776/UN4.6 8/PT.01.04/2020  
Lamp : ---  
Hal : Permohonan Izin Penelitian

Makassar, 3 Februari 2020

Yth :  
Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu  
Provinsi Sulawesi Selatan  
Di -  
Makassar

Dengan hormat, disampaikan bahwa mahasiswa Program Studi Sarjana Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin di bawah ini :

N a m a : Yolanda Geraldly  
N i m : C011171081

bermaksud melakukan penelitian di Rumah Sakit Sitti Khadijah 1 Muhammadiyah dengan judul penelitian "Profil Persalinan Sectio Cesarea Berdasarkan Indikasi Pada Periode Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Sitti Khadijah 1 Muhammadiyah Kota Makassar".

Sehubungan hal tersebut kiranya yang bersangkutan dapat diberi izin untuk melakukan Penelitian dalam rangka penyelesaian studinya.

Demikian permohonan kami, atas bantuan dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ketua  
Program Studi Sarjana Kedokteran  
Fakultas Kedokteran Unhas  
Dr. dr. Sitti Rafiah,MSi  
NIP.196805301997032001

Tembusan Yth :  
1. Arsip



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
PROGRAM STUDI SARJANA KEDOKTERAN

Jl. Perintis Kemerdekaan Km. 10 Tamalatea, Makassar 90245, Telp. (0411) 587436, Fax (0411) 586297

Nomor : 2775/UN4.6.8/KP.06.07/2020 Makassar, 3 Februari 2020  
Lamp : ---  
Hal : Pengantar Untuk Mendapatkan Rekomendasi Etik

Yth :  
Ketua Komite Etik Penelitian Kesehatan FK Unhas  
Makassar

Dengan hormat, disampaikan bahwa mahasiswa Program Studi Sarjana Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin di bawah ini :

N a m a : Yolanda Gerald  
N i m : C011171081

bermaksud melakukan penelitian dengan Judul "Profil Persalinan Sectio Cesarea Berdasarkan Indikasi Pada Periode Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Sitti Khadijah I Muhammadiyah Kota Makassar."

Untuk maksud tersebut di atas, kami mohon kiranya yang bersangkutan dapat diberikan surat rekomendasi etik dalam rangka penyelesaian studinya.

Demikian permohonan kami, atas bantuan dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ketua,  
Program Studi Sarjana Kedokteran  
Fakultas Kedokteran Unhas

Dr. dr. Sitti Rafiah,MSi  
NIP.196805301997032001

Tembusan Yth  
1. Arsip



**RUMAH SAKIT IBU DAN ANAK (RSIA)  
"SITTI KHADIJAH 1"  
MUHAMMADIYAH CABANG MAKASSAR**

Jl. R. A. KARTINI 15 - 17 TELUP (0411) 3624554, 3629245, 3627119, 3614661 FAX 3627119  
MAKASSAR SULAWESI SELATAN 90111 E-Mail: rsia.sitti.khadjah@gmail.com

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

Nomor : 114/DiklatRS//IV.6.AU/A/1441 /2020

Lamp :

Hal : Pengambilan Data / Penelitian

Kepada Yth,

**Ka. Bidang/Ka. Bagian/Ka. Instalasi/Ka. Ruang**

.....  
F.M.....

di-

Tempat

Assalamu Alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

Dengan Hormat, Mohon bantuannya untuk memberikan data / informasi yang diperlukan untuk penelitian kepada yang bersangkutan :

Nama : Yolanda Geraldly

No. Telp : 082192791263

N I M : C01171081

Program Studi : Pendidikan Dokter Umum

Institusi : Universitas Hasanuddin

Judul Penelitian : Profil Persalinan Sectio Caesarea Menurut Indikasi pada Periode sesudah


Jaminan Kesehatan Nasional di RSIA Sitti Khadijah 1 Makassar.

Tanggal Penelitian : 14 Agustus 2020 - 21 Agustus 2020

Demikian, kami sampaikan atas bantuannya diucapkan banyak TERIMA KASIH dengan iringan do'a Jazaakumullahu Khairat Jazaa.

Wabillahi Taufik Wal Hidayah.

Wasalamu Alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

  
Diklat,  
Nurul  
(Zaenal Paharuddin, SKM., M.Kes)  
NRP. 861201064

Tembusan :  
1. Arsip.



**UNIVERSITAS HASANUDDIN**  
**FAKULTAS KEDOKTERAN**  
**BUKTI PEMBAYARAN TARIF PROPOSAL PENELITIAN**

YTH. PIMPINAN PT. BANK NEGARA INDONESIA (PERSERO)  
 CABANG MAKASSAR

HARAP DITERIMA DAN DIBUKUKAN KE DALAM REKENING REKTOR UNIVERSITAS HASANUDDIN  
 NOMOR : 0065.6699.86 UANG SEJUMLAH RP.

TERBILANG (

BUKTI INI HARUS  
 DISIMPAN DENGAN  
 BAIK

Pembayaran :	
1. Proposal Diploma dan S1	Rp. 100,000
2. Proposal S2	Rp. 200,000
3. Proposal S3	Rp. 300,000
4. Proposal dibiayai Pemerintah	Rp. 1,000,000
5. Proposal Kerjasama Multisentral	Rp. 3,000,000

Putih : Peneliti  
 Biru : Komisi Etik  
 Kuning : Fakultas  
 Hijau : Bank  
 Merah : Keuangan

NAMA	: YOLANDA GERALDY
NIP / STB	: 001171081
BAGIAN	: FKUH

Telah diterima oleh  
 PT. Bank BNI (PERSERO)

Transf. ATM  
 4/3-2020

Makassar,  
 a.n. REKTOR / KETUA TIM KOMISI ETIK PENELITIAN  
 FAKULTAS KEDOKTERAN UNHAS

Prof.DR.d. Suryani As'ad, Msc., Sp.GK  
 NIP. 196005041986012002