

Komplikasi pada Kehamilan dengan Riwayat *Caesarian Section*

Arli Suryawinata¹, Nurul Islamy²

¹Program Studi Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Obstetri dan Ginekologi, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Beberapa tahun terakhir pilihan melahirkan dengan operasi *Caesarian Section* (CS) cenderung meningkat baik di negara maju ataupun di negara berkembang. Tindakan CS seharusnya hanya menjadi pilihan bagi tenaga medis dengan indikasi menyelamatkan ibu dan janin. Indikasi sosial menjadi salah satu alasan terbesar di banyak negara untuk melakukan tindakan CS. Hal ini tentu membutuhkan perhatian khusus mengingat ibu dengan riwayat CS cenderung memiliki resiko kejadian komplikasi pada kehamilan berikutnya. Kehamilan dengan riwayat CS memiliki resiko lebih tinggi untuk mengalami berbagai komplikasi. Kejadian komplikasi pada kehamilan dengan riwayat CS berkaitan dengan terbentuknya jaringan parut uterus. Luka bekas CS akan mengalami perubahan selama proses kehamilan selanjutnya dimana bekas luka akan menipiskan daerah sekitar diikuti pelebaran bekas luka tersebut akibat adanya regangan. Hal ini membuat daerah SBR pada kehamilan dengan riwayat CS akan menjadi lebih tipis. Perubahan yang terjadi tersebut menjadi dasar bagaimana komplikasi seperti ruptur uteri, plasenta previa, plasenta akreta dan abrupcio plasenta terjadi. Akan tetapi hal tersebut tidak menghilangkan kemungkinan untuk melakukan persalinan pervaginam pada ibu dengan riwayat CS. Persalinan Pervaginam pada Pasien Pernah Seksio Sesarea (P4S) memberikan keuntungan terkait angka morbiditas yang lebih rendah dan lama perawatan yang lebih singkat dibandingkan dengan pemilihan CS kembali. Kehamilan dengan riwayat CS merupakan kehamilan dengan risiko tinggi sehingga memerlukan pengawasan dan penatalaksanaan khusus. Persalinan pada ibu dengan riwayat CS dapat dilakukan dengan dua cara yaitu *perabdominam* yaitu CS elektif atau percobaan persalinan *pervaginam* pada bekas CS (TOLAC).

Kata kunci: Kehamilan, Caesarian Section, P4S, TOLAC

Complications on Pregnancy with Previous Caesarian Section

Abstract

In recent years, Caesarian Section (CS) has tended to increase in both developed and developing countries. CS should only be an option for doctors to save mother and fetus. However, the reason for social indications is the biggest reason in many countries to carry out CS. This certainly requires special attention considering mothers with a history of CS tend to have a risk of occurrence of complications in subsequent pregnancies. Pregnancy with previous caesarean section is a have a higher risk of experiencing various complications, special supervision and management is needed. The incidence of complications in pregnancy with a history of CS is related to the formation of uterine scar tissue. CS scars will change during the next pregnancy process where the scar will dilute the surrounding area followed by widening the scar due to the strain. This makes the SBR area in the pregnancy with a history of CS be thinner. These changes form the basis of how complications such as uterine rupture, placenta previa, placenta accreta and placental abruption occur. However, this does not eliminate the possibility of Vaginal Birth After Caesarean (VBAC). Vaginal Birth After Caesarean (VBAC) will provide benefits related to lower morbidity rates, and shorter recovery time compared than CS selection. Pregnancy with previous caesarean section is a high risk pregnancy, that requires special supervision and management. Labor in patient with previous caesarean section could have done by elective repeat CS or Trial Of Labour After Caesarean (TOLAC).

Keywords: Pregnancy, Previous Caesarian Section, TOLAC, VBAC

Korespondensi: Arli Suryawinata, alamat Jl. Onta Gg. Angsa 1 No. 17, HP 082183083445, e-mail suryawinataarli@gmail.com

Pendahuluan

Beberapa tahun terakhir kecenderungan pilihan melahirkan dengan operasi *Caesarian Section* (CS) meningkat di berbagai negara. Adanya peningkatan pilihan

melahirkan dengan CS di seluruh dunia, telah menjadi sorotan dan masalah kesehatan masyarakat di dunia. Tahun 2007 diperkirakan 15% dari kelahiran di seluruh dunia terjadi dengan operasi caesar. Di negara

berkembang, proporsi kelahiran dengan cara CS berkisar 21,1% dari total kelahiran yang ada, sedangkan di negara maju hanya 2%. Hal ini tentu tidak sesuai berdasarkan ketetapan WHO yang pada tahun 1985 telah menetapkan indikator kejadian CS adalah 5-15% per 1000 kelahiran untuk setiap negara tanpa membedakan negara maju atau berkembang.^{1,2}

Di Indonesia, berdasarkan data RIKESDAS tahun 2013 tingkat persalinan CS adalah 15,3 % dari 20.591 ibu yang melahirkan dalam kurun waktu 5 tahun terakhir yang diwawancarai di 33 provinsi. Gambaran adanya faktor resiko ibu saat melahirkan atau di operasi CS adalah 13,4 %, karena ketuban pecah dini 5,49%, preeklampsia 5,14%, perdarahan 4,40% karena jalan lahir tertutup 2,3% karena rahim sobek.³

Peningkatan frekuensi CS juga akan meningkatkan angka kejadian ibu hamil dengan riwayat CS serta penyulit yang dialami saat persalinan. Hal ini akan menjadi permasalahan baru karena kehamilan dan persalinan dengan riwayat CS sebelumnya akan meningkatkan risiko terjadinya morbiditas dan mortalitas yang meningkat terutama berhubungan dengan parut uterus.^{4,5}

Pemilihan teknik persalinan CS seharusnya dilakukan untuk menurunkan angka mortalitas dan morbiditas janin dan ibu hamil dengan komplikasi atau risiko tinggi untuk menjalani persalinan pervaginam. Akan tetapi, seperti pada teknik operatif lainnya tindakan CS memiliki konsekuensi timbulnya komplikasi baik jangka pendek ataupun dalam jangka panjang yang dapat berpengaruh pada kesehatan ibu, bayi, dan kehamilan berikutnya.⁶

Pada tahun 2005, WHO melakukan suatu studi kohort tentang prospektif kesehatan ibu dan perinatal, pada 410 fasilitas kesehatan dari 24 daerah di delapan negara Amerika Latin yang dipilih secara acak. Hasilnya diketahui bahwa ibu yang menjalani persalinan CS terbukti secara bermakna meningkatkan *maternal morbiditas* dibandingkan persalinan normal.⁷

Hal tersebut menjadi dasar bahwa penanganan pada kehamilan dan persalinan

pada bekas CS memerlukan perhatian khusus. Setiap ibu hamil dengan riwayat CS haruslah melakukan pemeriksaan antenatal untuk mengevaluasi bagaimana perkembangan kehamilan karena bekas insisi pada CS dapat memberikan komplikasi seperti plasenta previa.⁵

Metode

Artikel ini merupakan sebuah *literature review* menggunakan berbagai sumber terkait topik kehamilan pada pasien riwayat CS.

Diskusi

Caesarian Section (CS) merupakan salah satu operasi tertua dan terpenting di bidang obstetri. Pelahiran CS didefinisikan sebagai kelahiran janin melalui insisi di dinding abdomen (laparotomi) dan dinding uterus (histerotomi). Definisi ini tidak mencakup pengeluaran janin dari rongga abdomen pada kasus ruptur uterus atau pada kasus kehamilan abdomen. Definisi lain dari *sectio caesar* adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan sayatan rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram.^{8,9}

Persalinan CS seharusnya hanya dilakukan apabila terdapat indikasi. Indikasi CS dapat dibagi menjadi indikasi absolut dan indikasi relatif. Setiap keadaan yang membuat kelahiran lewat jalan lahir tidak mungkin terlaksana merupakan indikasi absolut untuk *sectio abdominal*. Di antaranya adalah kesempitan panggul yang sangat berat dan neoplasma yang menyumbat jalan lahir. Pada indikasi relatif, kelahiran pervaginam masih mungkin untuk dilakukan kelahiran lewat *sectio sesarea* akan lebih aman bagi ibu, anak ataupun keduanya.¹⁰

Indikasi lain dari pemilihan CS adalah indikasi sosial. Penelitian yang dilakukan suatu badan di Washington DC, Amerika Serikat menunjukkan bahwa setengah dari jumlah persalinan *sectio sesarea* secara medis tidak diperlukan artinya tidak ada kegawatdaruratan persalinan untuk menyelamatkan ibu dan janin yang dikandungnya. Hal ini terjadi karena permintaan pasien sendiri terkait misalnya

ingin melahirkan pada tanggal dan jam tertentu, atau tidak ingin mengalami rasa sakit saat melahirkan. Di Indonesia, berdasarkan Panduan Etik dan Profesionalisme Obstetri dan Ginekologi di Indonesia tindakan CS atas permintaan pasien/keluarga dibenarkan dan tidak bertentangan secara etik. Akan tetapi untuk mencegah penyalahgunaannya, maka ada beberapa syarat yang harus dipenuhi untuk melakukan CS atas permintaan sendiri yaitu, 1) Pasien harus mengajukan permohonan kepada dokter untuk melakukan tindakan *Cesarean Section*. 2) Dokter harus menjelaskan bahwa pada saat tersebut persalinan pervaginam masih dimungkinkan. 3) Dokter harus menjelaskan bahwa persalinan melalui *Cesarean Section* tidak lebih baik/aman dibandingkan persalinan pervaginam.^{11,12}

Tingginya frekuensi CS menyimpan masalah tersendiri untuk kesehatan ibu, bayi, dan kehamilan berikutnya. Morbiditas dan mortalitas tersebut berhubungan adanya parut uterus.⁵

Involusi uterus pasca CS berjalan lambat dibandingkan dengan involusi uterus pada persalinan pervaginam. Hal ini dapat terlihat dari tanda-tanda nifas, perubahan lokasi dan tinggi fundus uterus. Lambatnya involusi uterus pasca CS dikarenakan adanya luka sehingga terdapat pembentukan jaringan parut pada uterus yang menghambat proses penyembuhan.¹³

Bekas luka CS terdiri dari dua komponen yaitu bagian hypoechoic pada bekas luka dan jaringan parut pada miometrium yang dinilai sebagai ketebalan miometrium residual (KMR). Ketebalan seluruh SBR diukur dengan menggunakan transabdominal sonografi, sementara lapisan otot diukur dengan menggunakan transvaginal sonografi (TVS). Ketebalan SBR harus dievaluasi karena berperan penting sebagai prediktor terjadinya ruptur uteri. Hal ini mengingat resiko ruptur uteri akan meningkat sesuai dengan jumlah kelahiran CS sebelumnya. Angka kejadian ruptur uteri sebesar 0,6 persen pada pasien dengan riwayat satu kali CS dan meningkat menjadi 1,8 persen pada pasien dengan riwayat dua kali CS. Hal ini tentunya menjadi

pertimbangan untuk melakukan persalinan percobaan pada pasien dengan riwayat CS.^{9,14}

Bekas luka operatif CS pada uterus akan mengalami perubahan selama proses kehamilan selanjutnya. Peningkatan lebar rata-rata 1,8 mm per semester pada bagian bekas luka. Sedangkan kedalaman dan panjang bekas luka mengalami penurunan dengan rata-rata 1,8 mm dan 1,9 mm per trimester. Ketebalan myometrium residual menurun rata-rata 1,1 mm per trimester.¹⁵

Perubahan yang terjadi tersebut meningkatkan resiko terjadinya ruptur uteri pada kehamilan dan persalinan dengan riwayat CS. Ruptur uteri pada bekas CS sering sukar sekali didiagnosa, karena tidak ada gejala-gejala khas seperti pada rahim yang utuh. Mungkin hanya ada perdarahan yang lebih dari perdarahan pembukaan atau ada perasaan nyeri pada daerah bekas luka. Ruptur semacam ini disebut *silent rupture*, yang gambaran klinisnya sangat berbeda dengan gambaran klinis ruptur uteri pada uterus yang utuh. Hal ini dikarenakan biasanya ruptur pada bekas luka CS terjadi sedikit demi sedikit.⁸

Caesarian Section (CS) juga terbukti akan meningkatkan resiko terjadinya plasenta previa dan abrupsi plasenta pada kehamilan berikutnya. Peningkatan resiko terjadinya plasenta previa dan abrupsi plasenta pada kehamilan kedua masing-masing 47% dan 40%. Hal ini berkaitan karena adanya respon yang berbeda terhadap bekas luka CS, terutama respon terhadap sitokin dan mediator inflamasi, kejadian stress oksidatif. Keadaan tersebut berdampak pada pertumbuhan dan rekonstruksi desidua basalis dan kemampuan desidua untuk menampung dan memodulasi infiltrasi trofoblas. Hal ini terbukti pada penelitian melalui ultrasound transabdominal yang memberikan kesan bahwa ketebalan dinding uterus wanita dengan riwayat CS lebih tipis daripada uterus wanita dengan persalinan pervaginam.¹⁶

Remodelisasi kondisi uterus pasca CS juga dapat menyebabkan kelainan pada letak plasenta, yaitu plasenta previa. Hal ini dapat terjadi pasca CS dengan insisi segmen bawah rahim yang membuat modulasi dari SBR menipis sehingga menyebabkan plasentosis

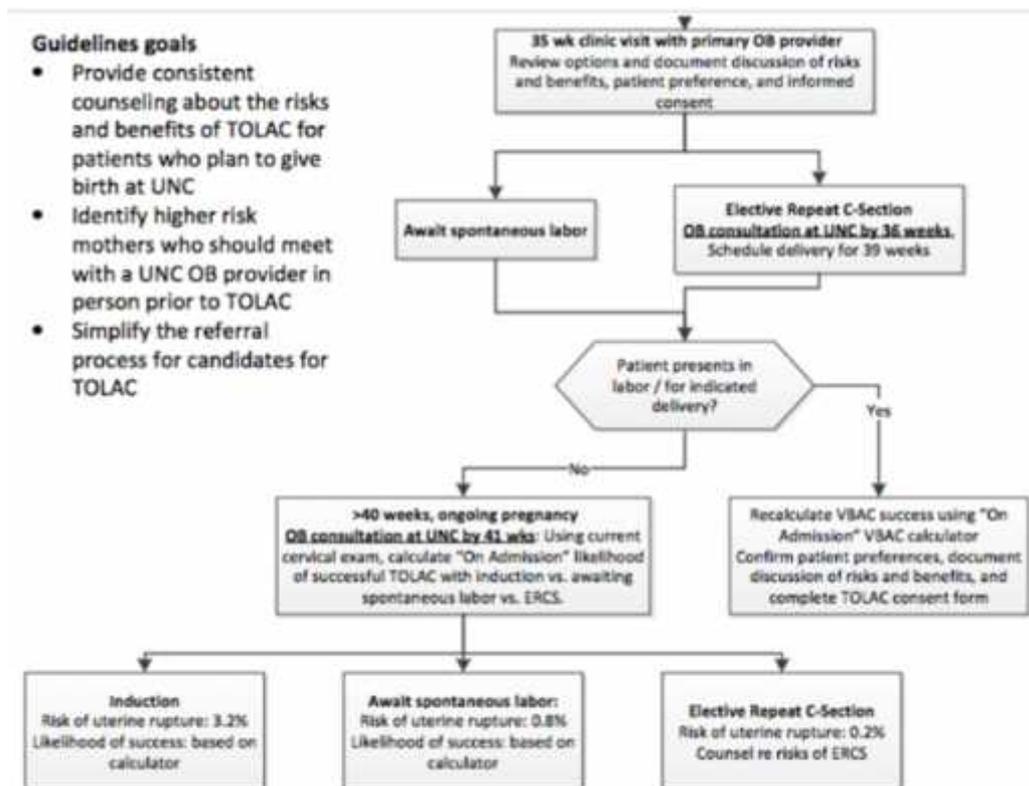
menyebarkan hingga ke permukaan rendah uterus. plasenta previa ini dapat menyebabkan perdarahan antepartum dan menjadi indikasi untuk dilakukan kembali persalinan perabdomina pada kehamilan selanjutnya.¹⁷

Meningkatnya resiko untuk terjadinya berbagai komplikasi tersebut pada kehamilan dengan riwayat CS menempatkan kehamilan dengan riwayat CS sebagai kehamilan risiko tinggi sehingga memerlukan pengawasan dan penatalaksanaan khusus.

Pemeriksaan antenatal care pada kehamilan dengan riwayat CS perlu mendapat perhatian khusus. Pemeriksaan dan skrining

rutin yang perlu dilakukan termasuk 7T seperti antenatal pada kehamilan normal tetap dilakukan pada kehamilan dengan riwayat CS. Identifikasi adanya komplikasi yang secara tidak langsung berhubungan dengan CS sebelumnya sangat penting untuk dilakukan.¹⁷

Persalinan dengan riwayat CS tidak harus selalu diikuti dengan tindakan CS pada persalinan berikutnya. Apabila tidak terdapat kontraindikasi pada wanita dengan riwayat persalinan CS, maka wanita tersebut adalah kandidat untuk persalinan pervaginam pasca *Caesarian Section* dan harus diberi penyuluhan dan dianjurkan untuk menjalani persalinan percobaan.¹⁸



Gambar 1. Algoritma Antenatal Care dengan Bekas CS

Untuk memperkirakan keberhasilan *Vaginal Birth After Caesarean* (VBAC), dibuat sistem penilaian dengan memperhatikan beberapa variabel yaitu skor Bishop, riwayat persalinan pervaginam sebelum CS, dan indikasi CS sebelumnya. Namun, menurut *Royal College of Obstetrician and Gynaecologist* (RCOG), tidak ada suatu cara yang memuaskan

untuk memperkirakan apakah P4S akan berhasil atau tidak.

Tabel 1. Sistem penilaian keberhasilan VBAC modifikasi *Flamm-Geiger*

No	Faktor	Nilai
1	Umur	
	Di bawah 40 tahun	2
	Di atas 40 tahun	1
2	Riwayat persalinan pervaginam :	

	Sebelum dan setelah <i>Caesarian Section</i>	4
	Setelah <i>Caesarian Section</i>	2
	Sebelum <i>Caesarian Section</i>	1
	Belum pernah	0
3	Indikasi <i>Caesarian Section</i> pertama selain kegagalan kemajuan persalinan	1
4	Nilai Bishop pada saat masuk rumah sakit	
	≥ 4	2
	< 3	1
5	Taksiran Berat Janin	
	Sekarang < dulu	2
	Sekarang = dulu	1
	Sekarang > dulu	0

Keterangan:

Nilai 8-10: keberhasilan 95 %

Nilai 4-7: keberhasilan 78,8 %

Nilai 0-3: keberhasilan 60,0%

Ringkasan

Tingginya frekuensi CS menyimpan masalah baru pada bidang obstetri dan ginekologi. Kehamilan dengan riwayat CS merupakan kehamilan dengan risiko tinggi karena dapat menimbulkan berbagai komplikasi dalam perjalanannya.

Luka bekas CS akan mengalami perubahan selama proses kehamilan selanjutnya dimana bagian dengan tersebut mengalami penipisan dan penambahan ukuran. Perubahan yang terjadi tersebut meningkatkan risiko terjadinya ruptur uteri pada kehamilan dan persalinan dengan riwayat CS.

Penipisan segmen bawah rahim (SBR) akibat CS juga menimbulkan risiko terjadinya plasenta akreta dan previa.

Banyaknya komplikasi yang dapat terjadi pada kehamilan dengan riwayat CS tidak menghilangkan kemungkinan untuk melakukan persalinan pervaginam. Persalinan pada kehamilan dengan riwayat CS dapat dilakukan dengan dua cara yaitu perabdominam melalui CS elektif atau percobaan persalinan pervaginam pada bekas SC (TOLAC).

Simpulan

Teknik kelahiran dengan CS harus dilakukan sesuai dengan indikasi. Hal ini mengingat kehamilan dengan riwayat CS

merupakan kehamilan dengan risiko tinggi mengingat berbagai komplikasi yang dapat terjadi.

Daftar Pustaka

1. Department of Reproductive Health and Research World Health Organization. WHO statement on caesarean section rates. Geneva: Department of Reproductive Health and Research World Health Organization ; 2015.
2. Betran AP, Merialdi M, Lauer JA, Bing-Shun W, Thomas J, Van Look P, et al. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *J Paediatr Perinat Epidemiol.* 2007; 21(2):98-113.
3. Riset Kesehatan Dasar Kemenkes (RISKESDAS). Profil Kesehatan Indonesia dalam Angka. Jakarta: Kementerian Kesehatan ; 2013.
4. Afriani A, Desmiwanti, Kadri H. Kasus persalinan dengan bekas sectio sesarea menurut keadaan waktu masuk di bagian obstetri dan ginekologi RSUP Dr. M. Djamil Padang. *J Kesehatan Andalas.* 2013; 2(3): 116-21.
5. Wirakusumah FF. Kehamilan dan persalinan dengan parut uterus. Dalam: Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo. Edisi ke-4. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; 2008. hlm. 615-16.
6. Angsar MD, Lilakusuma LS. Ilmu bedah kebidanan sarwono prawirohardjo. Edisi ke-1. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; 2007.
7. Tati Suryati. Analisis lanjut data riskesdas (2010) persentase operasi caesarean di indonesia melebihi standard maksimal, apakah sesuai indikasi medis?. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan.* 2012; 15(4): 331-338.
8. Wiknjosastro H. Ilmu kebidanan. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; 2008.
9. Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Rouse, Spong, editor. *Obstetri Williams.* Edisi ke-23. Jakarta: EGC; 2013.
10. Liu S, Liston RM, Joseph KS, Heaman M, Sauve R, Kramer MS. Maternal mortality and severe morbidity associated with

- low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *CMAJ*. 2007; 176(4): 455–60.
11. Royal College of Obstetrician and Gynaecologist (RCOG). Birth after Previous Caesarean Birth: Greentop Guideline No.45. London: RCOG Obstet Gynecol; 2015.
 12. Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia. Panduan etik dan profesionalisme obstetri dan ginekologi di indonesia. Jakarta: Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia; 2017.
 13. Srinivas SK, Stamilio DM, Stevens EJ, Odibo AO, Peipert JF, Macones GA, et al. Predicting failure of a vaginal birth attempt after cesarean delivery. *J Obstet Gynecol*. 2007; 109(4):800–5.
 14. Shitami C, Takenaka K. Early puerperium involution of the uterus after Caesarean section: Basic data for use in an assessment index. *J Jpn Acad Midwif*. 2016; 30(2):333-41.
 15. Naji O, Daemen A, Smith A, Abdallah Y, Saso S, Stalder C, et al. Changes in Cesarean section scar dimension during pregnancy: a prospective longitudinal study. *J Ultrasound Obstet Gynecol*. 2013; 41(5):556-62.
 16. Yang Q, Wen SW, Oppenheimer L, Chen XK, Black D. Association of caesarean delivery for first birth with placenta praevia and placenta abruption in second pregnancy. *BJOG*. 2007; 114(5):606-13.
 17. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Caesarean section. NICE clinical guideline 132: NICE; 2011.
 18. Royal College of Obstetrician and Gynaecologist (RCOG). Birth after Previous Caesarean Birth: Greentop Guideline No.45. London: RCOG Obstet Gynecol; 2015.