SKRIPSI

PENGARUH JENIS INDUKSI PERSALINAN TERHADAP KEBERHASILAN PERSALINAN PERVAGINAM PADA IBU HAMIL *POSTTERM* DI RSUD WONOSARI TAHUN 2017

HENI RETNANINGSIH
P07124216102

PRODI SARJANA TERAPAN KEBIDANAN
JURUSAN KEBIDANAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
YOGYAKARTA
TAHUN 2018

SKRIPSI

PENGARUH JENIS INDUKSI PERSALINAN TERHADAP KEBERHASILAN PERSALINAN PERVAGINAM PADA IBU HAMIL *POSTTERM* DI RSUD WONOSARI TAHUN 2017

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Sarjana Terapan Kebidanan

PRODI SARJANA TERAPAN KEBIDANAN
JURUSAN KEBIDANAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
YOGYAKARTA
TAHUN 2018

PERSETUJUAN PEMBIMBING

Skripsi

"PENGARUH JENIS INDUKSI PERSALINAN TERHADAP KEBERHASILAN PERSALINAN PERVAGINAM PADA IBU HAMIL POSTTERM DI RSUD WONOSARI TAHUN 2017"

Disusun oleh:
HENI RETNANINGSIH
P07124216102

Telah disetujui oleh pembimbing pada tanggal :

Menyetujui,

PembimbingUtama,	PembimbingPendamping,
Heni Puji Wahyuningsih,S.SiT.,M.Keb	Munica Rita Hermayanti, S. SiT., M. Kes
NIP. 19751123 200212 2 002	NIP. 19800514 200212 2 001

Yogyakarta,
Ketua Jurusan Kebidanan

Dyah Noviawati Setya Arum, S.SiT.,M.Keb
NIP.198011022200122002

HALAMAN PENGESAHAN

SKRIPSI

"PENGARUH JENIS INDUKSI PERSALINAN TERHADAP KEBERHASILAN PERSALINAN PERVAGINAM PADA IBU HAMIL *POSTTERM* DI RSUD WONOSARI TAHUN 2017"

Disusun oleh:
HENI RETNANINGSIH
NIM. P07124216102

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji
Pada tanggal:

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

Ketua Dewan Penguji
Dwiana Estiwidani,S.ST.,MPH
NIP. 19790418 200212 2 001 .....

Anggota I
Heni Puji Wahyuningsih,S.SiT.,M.Keb
NIP. 19751123 200212 2 002 .....

Anggota II
Munica Rita Hernayanti,S.SiT.,M.Kes
NIP. 19800514 2002122 001 .....

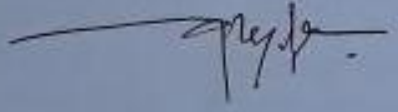
Yogyakarta,
Ketua Jurusan Kebidanan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta

Dyah Novitawati Setya Arum, S.SiT.,M.Keb
NIP. 19801102200112202

HALAMAN PERNYATAAN ORISINILITAS

Skripsi ini adalah hasil karya Saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Nama	**: Heni Retnaningsih**
NIM	**: P07124216102**
Tanda Tangan	**:**



Tanggal **: 2 Januari 2018**

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI SKRIPSI UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademik Poltekkes Kemenkes Yogyakarta, Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama	: Heni Retnaningsih
NIM	: P07124216102
Program Studi	: DIV
Jurusan	: Kebidanan

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Poltekkes Kemenkes Yogyakarta **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-Exclusive Royalty-Free Right*)** atas Skripsi Saya yang berjudul:
"Pengaruh Jenis Induksi Persalinan Terhadap Keberhasilan Persalinan Pervaginam Pada Ibu Hamil Postterm Di RSUD Wonosari Tahun 2017"
Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Poltekkes Kemenkes Yogyakarta berhak menyimpan, mengalihmediakan/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/ pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.
Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di Yogyakarta, pada tanggal 2 Januari 2018
Yang menyatakan

(Heni Retnaningsih)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Alloh SWT, karena atas limpahan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga tugas penyusunan Skripsi dengan judul "Pengaruh Jenis Induksi Persalinan Terhadap Keberhasilan Persalinan Pervaginam Pada Ibu Hamil *Postterm* Di Rsud Wonosari Tahun 2017", dapat terselesaikan tepat pada waktunya.

Skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Terapan Kebidanan pada Program Studi Sarjana Terapan Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogayakarta.

Skripsi ini terwujud atas bimbingan, pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu, dan oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan penghargaan dan terimakasih kepada:

1. Joko Susilo, SKM, M. Kes Direktur Poltekkes Kemenkes Yogyakarta atas kebijakannya sehingga penyusunan usulan penelitian ini dapat terlaksana.
2. Dyah Noviawati Setya Arum, S.SiT,M.Keb selaku Ketua Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta dan penguji, atas kebijakan dan arahannya sehingga penyusunan usulan penelitianini dapat terlaksana.
3. Yuliasti Eka Purnamaningrum, SSiT., MPH selaku Ketua Prodi Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta, atas kebijakan dan arahannya sehingga penyusunan usulan penelitian ini dapat terlaksana.
4. Heni Puji Wahyuningsih, S. SiT., M. Keb selaku dosen pembimbing utama yang telah membimbing dari awal penyusunan, dan telah memberikan arahan serta masukan kepada penulis.
5. Munica Rita Hernayanti, S.SiT., M. Kes selaku dosen pembimbing pendamping yang telah membimbing dari awal penyusunan, dan telah memberikan arahan serta masukan kepada penulis.
6. Teman-teman mahasiswa D-IV Alih Jenjang Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta yang selalu memberikan bantuan dan dukungan.
7. Ibu tercinta yang senantiasa memberikan doa dan restunya untuk penulis.

8. Suami dan anak-anak tersayang atas dukungan material dan moril.
9. Sahabat-sahabat terdekat penulis, atas bantuan yang di berikan dalam penyusunan skripsi ini.
10. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah berpartisipasi dalam penyusunan usulan penelitian ini.

Mengingat keterbatasan pengetahuan dan pengalaman, penulis menyadari bahwa penulisan penelitian ini masih belum sempurna.Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak.Akhir kata, penulis berharap semoga penelitian ini bermanfaat bagi semua pihak.

Yogyakarta, Agustus 2017

Penulis

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kematian ibu hamil,bersalin, dan nifas masih merupakan masalah besar di negara berkembang termasuk Indonesia. Kematian wanita usia subur atau wanita usia produktif di negara berkembang disebabkan oleh masalah yang berhubungan dengan kehamilan,persalinan, dan nifas. Menurut data terakhir WHO, kematian ibu usia subur pada tahun 2015 sebesar 195per 100.000 kelahiran hidup.Target *Millenium Development Goals* (MDGs) Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia tahun 2015 harus mencapai 125 per 100.000 kelahiran hidup.[1]

Bahkan target SDG's menyatakan bahwa pada tahun 2030 diharapkan kematian ibu kurang dari 70 per 100.000 kelahiran hidup.[2] Hal ini belum tercapai karena berdasarkan survey, AKI masih 305 per 100.000 kelahiran hidup.[1]Angka ini masih bertolak belakang dibandingkan dengan semakin tingginya cakupan pelayananibu hamil, bersalin dan nifas. Cakupan pelayanan kesehatan K1 sebesar 95,75% dan cakupan K4 sebesar 87,48% dan cakupan pertolongan persalinan oleh nakes sebesar 79,13% .[3]

AKI di Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) tahun 2015 menurut profil Kesehatan Propinsi DIY sebesar 29 ibu dan angka kematian neonatal sebanyak 248.[3] AKI Kabupaten Gunungkidul sebanyak 7 ibu berdasarkan profil kesehatan Dinas Kesehatan Gunungkidul dan angka kematian bayi 81 bayi atau 10 bayi per 1000 kelahiran hidup. Angka ini

tergolong masih tinggi bila dibanding dengan kabupaten lain di Propinsi DIY, walaupun telah melampui target nasional/ MDGs 2015 yaitu 17/1000 kelahiran hidup.

AKI akan semakin bisa ditekan apabila sistem *screening* dan rujukan manual bisa djalankan dengan maksimal. *Screening* keadaan patologi kehamilan, persalinan, dan nifas lebih ditingkatkan. Salah satu keadaan patologi dalam kehamilan adalah kehamilan lewat waktu atau kehamilan *postterm*. *Postterm pregnancy* menurut definisi internasional dari *American College of Obstetricians and Gynecologist* (2014) adalah kehamilan usia 42 minggu lengkap(294 hari).[4] Insiden kehamilan *postterm* sekitar 4 sampai dengan 19%.[5] Selain itu kehamilan *postterm* menyumbang kematian neonatal lebih besar dibandingkan kehamilan 40 minggu. Hal inilah yang menjadi dasar dilakukannya induksi persalinan pada kehamilan *postterm*.[6]

Induksi persalinan yaitu suatu tindakan yang dilakukan terhadap ibu hamil yang belum dalam persalinan untuk merangsang terjadinya persalinan. Induksi persalinan terjadi antara 10% sampai 20% dari seluruh persalinan dengan indikasi ibu maupun bayinya. Induksi persalinan banyak yang mengalami kegagalan atau berakhir dengan tindakan persalinan perabdominal oleh karena beberapa faktor yang mempengaruhinya yaitu antara lain: presentasi janin, kedudukan terendah janin atau penurunan presentasi janin, paritas ibu dibandingkan dengan primigravida induksi persalinan pada multigravida akan lebih berhasil karena serviks sudah terbuka, umur ibu juga

dapat mempengaruhi keberhasilan induksi persalinan,spasing atau usia anak terkahir dan kondisi serviks yang belum matang.

Faktor yang bisa diinisiasi agar induksi persalinan dapat berhasil adalah matangnya serviks. Penilaian kematangan serviks dengan menggunakan *Bishop Score*. Hasil penilaian akan berpengaruh pada keberhasilan induksi persalinan. Hasil *Bishop Score* kurang dari 5 risiko terjadi induksi gagal.[5]Sebelum dilakukan tindakan induksi ada prosedur standar yang harus dilakukan yaitu pemeriksaan dalam untuk menilai kematangan serviks. Kematangan serviks ini dibagi menjadi dua golongan yaitu serviks yang matang dan tidak matang. Sekitar setengah dari wanita yang mengalami kehamilan *postterm* didapati serviks yang belum matang sehingga perlu dilakukan tindakan pematangan serviks. Teknik pematangan serviks dapat berupa farmakologi atau non farmakologi.[5]

Ada beberapa metode induksi persalinan yang direkomendasikan yaitu induksi farmakologi dan mekanis atau non farmakologi. Induksi farmakologi adalah induksi dengan cara pemberian analog prostagladin E^1 yang akan memberikan efek kontraksi uterus. Dalam nama dagang prostaglandin E^1 adalah Misoprostol. Misoprostol dapat dijumpai dalam bentuk tablet dengan 2 sediaan 100µg dan 200µg. Misoprostol untuk induksi ini dapat diberikan secara vaginal maupun oral dengan dosis 25µg sampai dengan 50µg yang diulang dalam 3-6 jam. Kelebihan dari induksi misoprostol adalah misoprostol akan larut dalam waktu 20 menit dan mencapai puncaknya dalam waktu 30-60 menit.[5] Pemberian pervaginal mempersingkat waktu induksi–

persalinan menjadi lebih pendek. Keberhasilan sebanding dengan pemberian oksitosin. Kekurangan dari induksi misoprostol adalah takisistol, gejala hiperstimulasi yang ditandai dengan kontraksi yang bertahan lebih dari 60 detik yang dapat menyebabkan adanya gawat janin dan rupture uteri imminent. Efek samping gawat janin pada pemberian induksi misoprostol terjadi akibat hiperstimulasi kontraksi uterus. [7]

Metode induksi yang mekanis atau nonfarmakologi adalah pemberian induksi foley kateter (atau disebut juga balon kateter) dan pemberian laminaria. Namun di Indonesia yang lazim digunakan adalah foley kateter. Pemasangan foley kateter diletakkan pada ostium serviks interna. Beberapa penelitian menyebutkan bahwa pemasangan foley kateter ini dapat menghasilkan peningkatan yang cepat pada *Bishop Score*.[5] Pematangan serviks dengan cara adanya tekanan mekanis foley tersebut pada serviks menyebabkan selaput ketuban dari segmen bawah rahim (SBR) terlepas. Manipulasi ini meningkatkan pembentukan prostaglandin. Foley kateter ini menyebabkan aktivasi desidua untuk menghasilkan senyawa prostaglandin yang bertugas menginisiasi persalinan. Kelebihan dari induksi foley kateter adalah cepat dalam memperbaiki *Bishop Score,* semakin besar volume yang diberikan pada foley kateter semakin lebih efektif. Kombinasi dengan oksitosin akan lebih baik efeknya. Kekurangan dari metode mekanis ini adalah waktu induksi-persalinan menjadi lebih lama dibanding induksi farmakologi.

Komplikasi yang mungkin terjadi pada persalinan dengan induksi adalah hiperstimulasi uterus, induksi gagal, prolaps tali pusat, dan ruptur uteri. Hiperstimulasi uterus dapat ditandai dengan takisistol atau hipertonus yang dapat berakibat pada perubahan frekuensi denyut jantung janin. Induksi gagal diartikan sebagai kegagalan timbulnya persalinan dalam satu siklus terapi, solusi pada kasus kegagalan induksi adalah dengan meneruskan induksi atau melakukan persalinan *Sectio Caesarea* (SC). Prolaps tali pusat dapat dicegah dengan pemeriksaan bagian terbawah janin saat periksa dalam dan menghindari amniotomi saat kepala bayi masih tinggi. Kejadian ruptur uteri pada induksi persalinan merupakan hal yang perlu diperhatikan terutama pada ibu dengan riwayat SC sebelumnya.[8]

Oksitosin intravena merupakan lanjutan dari induksi foley kateter dan misoprostol. Pemberian induksi misoprostol dan foley kateter adalah untuk membuka atau melunakkan serviks. Sementara tujuan pemberian oksitosin adalah augmentasi/ stimulasi yaitu untuk merangsang kontraksi/ his. Oksitosin diberikan dengan mencampur 2,5-5 unit oksitosin dalam 500ml cairan kristaloid. Pemberian oksitosin intravena dimulai dengan 8 tetes per menit dan ditambahkan 4 tpm tiap 30 menit dengan dosis maksimal 20 tetes per menit. [9]

Keberhasilan induksi foley kateter 30 dan 60 ml untuk pematangan serviks menunjukkan hasil yang sangat signifikan dengan nilai $p<0,001$. Proporsi keberhasilan persalinan pervaginam juga lebih besar pada kelompok 60 ml, durasi persalinan juga lebih pendek dibandingkan pada kelompok 30

ml.[10] Penelitian terhadap 68 ibu hamil dengan riwayat SC pada kehamilan sebelumnya diberikan intervensi pemasangan foley kateter 30-60 ml dan dievaluasi selama 24 jam untuk ditunggu lepas spontan. Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa secara keseluruhan induksi foley kateter aman dilakukan pada pasien riwayat SC dan sukses dengan dengan angka persalinan *Vaginal Birth After Caesarea* (VBAC) sebanyak 69,1% atau sebanyak 47 ibu hamil dan sisanya adalah partus dengan SC yaitu sebanyak 21 ibu. SC ini atas indikasi induksi gagal,tali pusat menumbung dan fetal distress. [11]

Penelitian Wulandari pada tahun 2012 menunjukkan bahwa penggunaan misoprostol peroral memiliki peluang 2,995 kali lebih besar untuk bersalin secara pervaginam dibanding induksi foley kateter.[12] Penggunaan misoprostol pada induksi persalinan menurunkan 47% risiko persalinan SC.[13] Waktu yang dibutuhkan antara pemberian induksi hingga pembukaan lengkap lebih cepat pada penggunaan misoprostol per oral.[14] Hasil-hasil penelitian masih menunjukkan adanya variasi penggunaan dan variasi keberhasilan jenis induksi.

Peran bidan dalam kasus patologi khususnya dalam induksi persalinan di rumah sakit adalah dengan memberikan asuhan kebidanan, yaitu asuhan yang dilakukan oleh bidan sebagai anggota tim yang kegiatannya dilakukan secara bersamaan atau sebagai salah satu dari sebuah proses kegiatan pelayanan kesehatan.[15]

Di wilayah Propinsi DIY dari lima RSUD yang ada, terdapat variasi metode induksi persalinan. Terdapat dua RSUD yang menggunakan dua metode induksi, yaitu RSUD Yogyakarta dan RSUD Sleman. RSUD Wonosari dan RSUD Bantul hanya menggunakan foley kateter, sementara RSUD Wates hanya menggunakan misoprostol.

Di RSUD Wonosari pada pasien yang masuk dengan diagnosa *postterm*, sesuai SOP (*standar operation procedure*) yang ada dilakuan induksi dengan pemasangan induksi foley kateter no 24 dengan standar pengisian volume sebanyak 75 – 100 cc. Dilakukan evaluasi pada saat foley kateter lepas atau 24 jam setelah pemasangan foley kateter. Setelah foley kateter lepas kemudian dilanjutkan stimulasi Oxytocin 5µi yang diberikan secara drip dengan tetesan yang dinaikkan secara bertahap maksimal 20 tetes permenit. Induksi foley kateter dinyatakan gagal apabila setelah pemberian drip Oxytocin sebanyak 2 flabot atau dosis maksimal persalinan tidak mengalami kemajuan, maka kehamilan di terminasi dengan tindakan persalinan perabdomen atau SC.

Di RSUD Wates, SOP pada pasien *postterm* menggunakan induksi dengan menggunakan induksi misoprostol yang diberikan secara oral dengan dosis 25 mcg dengan evaluasi setiap 6 jam dengan maksimal pemberian 8 kali kemudian dilanjutkan dengan stimulasi drip Oxytocin 5µi dengan tetesan yang dinaikkan secara bertahap, dinyatakan induksi gagal apabila pada dosis maksimal tidak ada kemajuan persalinan dan kehamilan diakhiri dengan persalinan SC.

Kejadian *postterm* yang berakibat pada kematian ibu dan kematian bayi yang meningkat sampai dengan 40% pada kehamilan *postterm*. Hasil studi pendahuluan yang dilakukan peneliti di RSUD Wonosari pada tahun 2016 total persalinan sebanyak 1740 persalinan dengan 78,56% adalah pasien rujukan termasuk rujukan atas indikasi pasien *postterm* sebesar 25% atau sebanyak 386 pasien. Data jumlah persalinan dengan induksi sebanyak 568 atau 40,9% dari jumlah total persalinan pervaginam. Indikasi induksi antara lain *postterm* 68%, KPD 17%, IUFD 4%, PEB dan Hipertensi Dalam Kehamilan (HDK)11%. Dengan angka induksi gagal sebanyak 88 pasien atau sebanyak 22 %.

Berdasarkan data tersebut untuk melihat pengaruh metode induksi farmakologi dan non farmakologi maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang pengaruh jenis induksi persalinan terhadap keberhasilan persalinan pada ibu hamil *postterm* di RSUD Wonosari dan RSUD Wates tahun 2017.

B. Rumusan Masalah

Kematian janin akibat kehamilan *postterm* meningkat pada masa inpartu yaitu 55%. Pertimbangan persalinan anjuran atau induksi persalinan dilakukan untuk kehamilan *postterm* mengingat pengaruh kehamilan *postterm* pada ibu dan janin.

Terdapat variasi jenis induksi persalinan. Setiap jenis induksi memiliki kelebihan dan kekurangan. Jenis induksi yang biasa digunakan di

Indonesia adalah pemberian misoprostol atau pemasangan foley kateter. Misoprostol memberikan efek kontraksi uterus lebih cepat sehingga mempersingkat waktu induksi – persalinan. Meskipun dilaporkan adanya efek samping yang mungkin terjadi yaitu antara lain hiperstimulasi yang dapat mengakibatkan terjadinya gawat janin sampai kematian bayi dan *rupture uteri imminent*. Jenis induksi foley kateter mampu memperbaiki *bishop score* dengan cepat dan pada pengisian volume yang lebih banyak maka keberhasilan induksi semakin efektif. Hampir tidak ada efek samping yang dilaporkan dari pemasangan foley kateter, tetapi memiliki kelemahan yaitu waktu antara induksi–persalinan menjadi cenderung lebih lama dibandingkan dengan induksi misoprostol.

Berdasarkan rumusan masalah di atas maka peneliti ingin mengetahui "Adakah pengaruh jenis induksi persalinan terhadap keberhasilan persalinan pervaginam pada ibu hamil *postterm* di RSUD Wonosari dan RSUD Wates tahun 2017?"

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

   Diketahui pengaruh jenis induksi persalinan terhadap keberhasilan persalinan pervaginam pada ibu hamil *postterm* di RSUD Wonosari dan RSUD Wates tahun 2017.

2. Tujuan Khusus

a. Diketahuinya proporsi keberhasilan persalinan pervaginam berdasarkan jenis induksi persalinan.
b. Diketahuinya pengaruh jenis induksi persalinan terhadap keberhasilan persalinan pervaginam
c. Diketahuinya pengaruh variabel luar terhadap keberhasilan persalinan pervaginam pada induksi persalinan.
d. Diketahuinya besar risiko relatif keberhasilan persalinan pervaginam
e. Diketahuinya variabel yang paling berpengaruh terhadap keberhasilan persalinan pada induksi persalinan.

D. Ruang Lingkup

1. Ruang Lingkup Materi

   Penelitian ini mengambil materi aplikasi atau terapan dalam kebidanan tentang kehamilan *postterm* dan induksi persalinan hubungannya dengan keberhasilan persalinan pervaginam.

2. Ruang Lingkup Subjek

   Subjek dalam penelitian ini adalah semua ibu hamil *postterm* yang diberikan induksi foley kateter di RSUD Wonosari dan induksi misoprostol di RSUD Wates dan pada tahun 2017.

3. Ruang Lingkup Waktu

   Waktu penelitian mulai dari proposal sampai dengan hasil penelitian dimulai pada bulan April sampai dengan bulan Oktober 2017.

4. Ruang Lingkup Tempat

Penelitian ini dilakukan di RSUD Wonosari dan RSUD Wates Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta.

E. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Praktis

   a. Bagi Dokter

      Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi dan masukan kepada tenaga kesehatan khususnya dokter penanggung jawab dalam menentukan tindakan yang sesuai untuk penanganan pasien *posterm* sehingga keberhasilan persalinan pervaginam dapat di capai dan angka induksi gagal dapat diminimalisir.

   b. Bagi Bidan

      Dari hasil penelitian ini bidan diharapkan dapat melakukan deteksi dini terhadap kehamilan *postterm* sehingga penanganan tindakan tidak terlambat dan diharapkan bidan dapat melakukan pemantauan dan pengawasan selama induksi persalinan berlangsung.

2. Manfaat Teoritis

   Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat secara teoritis, sekurang-kurangnya dapat berguna sebagai sumbangan pemikiran bagi dunia pendidikan terutama pendidikan terapan.

F. Keaslian Penelitian

1. Kehl S, *et.al*, 2016. "*Double-balloon kateter and sequential oral misoprostol versus oral misoprostol alone for induction of labour at term: a retrospective cohort study".* Membandingkan kelompok induksi misoprostol saja dengan kelompok dobel induksi balon kateter dan misoprostol dengan desain kohort retrospektif. Menggunakan 1032 ibu bersalin dengan induksi sebagai sampel. Hasil dari penelitian menunjukkan bahwa tingkat SC lebid sedikit pada kelompok balon kateter. Jarak waktu antara pemberian induksi dan persalinan lebih pendek pada kelompok yang menggunakan kombinasi dobel balon kateter dan misoprostol.
2. Widyantoro, 2010. "Perbandingan keefektifan induksi kateter balon dan misoprostol dengan misoprostol saja terhadap keberhasilan persalinan vaginal". Membandingkan keefektifan induksi balon kateter dan misoprostol dengan misoprostol saja terhadap keberhasilan persalinan vaginal dengan studi acak terkendali dengan subyek sebanyak 120 subjek penelitian primigravida dengan umur kehamilan > 41 minggu dari puskesmas dan RS afiliasi di randomisasi mejadi dua kelompok masing-masing 60. Hasil penelitian adalah pemberian balon kateter pada induksi dengan misoprostol menurunkan kejadian persalinan SC, tetapi secara statistik tidak bermakna.
3. Kehl S,*et.al*, 2016. "*Sequential use of double-balloon kateter and oral misoprostol versus oral misoprostol alone for induction of labour at term*

(CRBplus trial): a multicentre, open-label randomised controlled trial". Meneliti perbandingan efektivitas induksi foley kateter dan oral misoprostol dengan oral misoprostol. Menggunakan desain penelitan RCT pada 326 ibu hamil aterm dengan kondisi serviks belum matang yang sedang menjalani induksi persalinan.

4. Esa dan Rambulangi, 2013. "Perbandingan efektifitas Misoprostol sublingual 25 mcg, pervaginam 25 mcg dan drip oksitosin 5 IU untuk induksi persalinan". Penelitian ini bertujuan untuk menilai lama persalinan, jenis persalinan efek samping/komplikasi obat, dan hasil luaran neonatal setelah pemberian misoprostol sublingual 25 mcg, misoprostol pervaginam 25 mcg dan drip oksitosin 5 IU intravena untuk induksi persalinan. Metode eksperimen klinis dengan desain *randomized single blind* pada 90 ibu hamil yang terbagi menjadi 3 kelompok yaitu, ibu dengan induksi misprostol 25 mcg sublingual, misoprostol 25mcg per vaginam, dan drip oksitosin 5 IU intravena.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Kehamilan *Postterm*

a. Pengertian

Definisi internasional dari kehamilan lewat waktu yang di resmikan *American Collage of Obstertricians and Gynecologistsn* (2004) adalah kehamilan yang melewati 42 minggu lengkap (294 hari) atau lebih terhitung dari hari pertama haid terakhir.[4]

Definisi standar untuk kehamilan lewat bulan adalah 294 hari setelah hari pertama menstruasi terakhir, atau 280 hari setelah ovulasi. Istilah lewat bulan (*postdate*) digunakan karena tidak menyatakan secara langsung pemahaman mengenai lama kehamilan dan maturitas janin.[19]

b. Etiologi

Penyebab terjadinya kehamilan *postterm*[20] adalah:

1) Pengaruh hormon

Penurunan hormon progesteron dalam kehamilan dipercaya merupakan kejadian perubahan endokrin yang penting dalam memacu proses biomolekuler pada persalinan dan meningkatkan sensivitas uterus terhadap oksitosin, sehingga beberapa penulis menduga terjadinya kehamilan *postterm* adalah karena masih berlangsungnya pengaruh progesteron.

2) Teori oksitosin

Pemakaian oksitosin untuk induksi persalinan pada kehamilan *postterm* memberi kesan atau dipercaya bahwa oksitosin secara fisiologis memegang peranan penting dalam menimbulkan persalinan dan pelepasan oksitosin dari *neurohipofisis* ibu hamil yang kurang pada usia kehamilan lanjut diduga sebagai salah satu faktor penyebab kehamilan *postterm*.

3) Teori kortisol/ACTH janin

Dalam teori ini diajukan bahwa sebagai pemberi tanda untuk dimulainya persalinan adalah janin, diduga akibat peningkatan tiba-tiba kadar *kortisol plasma* janin. Kortisol janin akan mempengaruhi plasenta sehingga produksi progesteron berkurang dan memperbesar sekresi estrogen, selanjutnya berpengaruh terhadap peningkatan produksi prostaglandin. Pada cacat bawaan janin *anensefalus*, *hipoplasia* adrenal janin, dan tidak adanya kelenjar hipofisis pada janin akan menyebabkan kortisol janin tidak diproduksi dengan baik sehingga kehamilan dapat berlangsung lewat bulan.

4) Saraf uterus

Tekanan pada ganglion serviksalis dan pleksus frankenhauser akan membangkitkan kontraksi uterus. Pada keadaan di mana tidak ada tekanan pada pleksus ini, seperti pada kelalaian letak, tali pusat pendek, dan bagian bawah masih tinggi

kesemuanya di duga sebagai penyebab terjadinya kehamilan *postterm*.

5) Teori prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu yang dikeluarkan oleh desidua. Pemberian prostaglandin pada saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga terjadi persalinan. Prostaglandin dianggap dapat merupakan pemicu terjadinya persalinan.

6) Herediter

Beberapa penulis menyatakan bahwa seorang ibu mengalami kehamilan *postterm* mempunyai kecenderungan untuk melahirkan lewat bulan pada kehamilan berikutnya.

c. Diagnosis

Diagnosis kehamilan *postterm* ditegakkan melalui:

1) Riwayat haid (HPHT)

Diagnosis dapat ditegakkan bila HPHT diketahui dengan pasti. Untuk HPHT yang dapat dipercaya. Diperlukan beberapa kriteria antara lain:

a) Penderita harus yakin betul dengan HPHT-nya.

b) Siklus 28 hari dan teratur.

c) Tidak minum pil anti hamil setidaknya 3 bulan terakhir

Selanjutnya diagnosis ditentukan dengan menghitung menurut rumus *Naegele*. Berdasarkan riwayat haid, seorang dapat

ditetapkan sebagai kehamilan *postterm* kemungkinannya adalah sebagai berikut:

2) Pemeriksaan ultrasonografi (USG)
3) Pemeriksaan amnioskopi
4) Tinggi fundus uteri (TFU)

Dalam trimester pertama pemeriksaan TFU serial dalam sentimeter (cm) dapat bermanfaat bila dilakukan secara berulang setiap bulan. Lebih dari 20 minggu, TFU dapat menentukan umur kehamilan secara kasar.

5) Pemeriksaan laboratorium
   a) Kadar lesitin atau spingomielin

      Bila lesitin atau spingomeilin dalam cairan amnion kadarnya sama, maka umur kehamilan sekitar 22 – 28 minggu, lesitin 1,2 kali kadar spingomeilin: 29 – 32 minggu, pada kehamilan genap bulan rasio menjadi 2 : 1. Pemeriksaan ini tidak dapat dipakai untuk menentukan kehamilan *postterm*, tetapi hanya digunakan untuk menentukan apakah janin cukup umur atau matang untuk dilahirkan yang berkaitan dengan mencegah kesalahan dalam tindakan pengakhiran kehamilan.

   b) Aktivitas tromboplastin cairan amnion (ACTA)

      Hastwell berhasil membuktikan bahwa cairan amnion mempercepat waktu pembekuan darah. Aktivitas ini meningkat dengan bertambahnya usia kehamilan. Pada usia

kehamilan 41-42 minggu, ACTA berkisar antara 45-46 detik sedangkan pada usia kehamilan lebih dari 42 minggu didapatkan ACTA kurang dari 45 detik. Bila didapatkan ACTA antar 42-46 detik, ini menunjukkan bahwa kehamilan sudah *postterm*.

c) Sitologi cairan amnion

Pencegahan *nile blue sulphate* dapat melihat sel lemak dalam cairan amnion. Apabila jumlah sel yang mengandung lemak melebihi 10% maka kehamilan diperkirakan sudah berusia 36 minggu dan apabila jumlahnya mencapai 50% atau lebih, maka usia kehamilan 39 minggu atau lebih.

d) Sitologi vagina

Pemeriksaan sitologi vagina (indeks kariopiknotik > 20%) mempunyai 8 sensitivitas 75%. Perlu diingat bahwa kematangan serviks tidak dapat dipakai untuk menentukan usia gestasi.

d. Pengaruh Terhadap Ibu dan Janin

1) Terhadap ibu

Persalinan *postterm* dapat menyebabkan distosia karena:

a) Aksi uterus tidak terkoordinir

b) Janin besar

c) *Moulding (moulage)* kepala kurang.

Maka akan sering dijumpai partus lama, kesalahan letak, inersia uteri, distosia bahu dan perdarahan *postpartum*. Hal ini akan menaikkan angka morbiditas dan mortalitas.

2) Terhadap bayi

Fungsi plasenta mencapai puncak pada kehamilan 38 minggu dan mulai menurun terutama setelah kehamilan 42 minggu. Hal ini dibuktikan dengan penurunan kadar estriol dan plancental laktogen. Rendahnya fungsi plasenta berkaitan dengan peningkatan kejadian gawat darurat janin dengan risiko lebih besar. Akibat dari proses penuaan plasenta, pemasokan makanan dan oksigen akan menurun di samping adanya spasme arteri spiralis. Sirkulasi utero plancenter akan berkurang sampai dengan 50%. Beberapa pengaruh *postterm* terhadap janin antara lain sebagai berikut:

a) Berat janin. Bila terjadi perubahan anatomik yang besar maka terjadi penurunan berat janin. Dari penelitian Vorher tampak bahwa sesudah umur kehamilan 36 minggu grafik rata-rata pertumbuhan janin mendatar dan tampak adanya penurunan sesudah 42 minggu. Namun seringkali plasenta masih dapat berfungsi dengan baik sehingga berat janin bertambah terus sesuai dengan bertambahnya umur kehamilan.

b) Sindroma postmaturitas. Dapat dikenali dengan ditemukannya beberapa gangguan pertumbuhan, dehidrasi,

kulit kering, keriput seperti kertas (hilangnya lemak subkutan)

c) Gawat janin atau kematian perinatal menunjukkan angka yang meningkat setelah kehamilan 42 minggu atau lebih, sebagian besar terjadi intrapartum. Kematian janin akibat kehamilan *postterm* terjadi 30% sebelum persalinan, 55% dalam persalinan dan 15% pascapartus. Komplikasi yang dapat dialami oleh bayi baru ialah suhu yang tak stabil, hipoglikemi, polisitemi, dan kelainan neurologik.[20]

e. Pertimbangan Persalinan Anjuran atau Induksi

Persalinan anjuran bertujuan[21] untuk:

1) Merangsang otot rahim berkontraksi sehingga persalinan berlangsung.
2) Membuktikan ketidakseimbangan antara kepala janin dengan jalan lahir.

f. Penatalaksanaan Kehamilan *Postterm*

Penatalaksanaan persalinan *postterm* sebagai berikut:

1) Pemantauan yang baik terhadap ibu (aktivitas uterus) dari kesejahteraan janin. Pemakaian *continuous electronic fetal monitoring* sangat bermanfaat.
2) Hindari penggunaan obat penenang atau analgetika selama persalinan.
3) Awasi jalannya persalinan.

4) Persiapan oksigen dan bedah sesar bila sewaktu-waktu terjadi kegawatan janin.
5) Cegah terjadinya aspirasi mekonium dengan segera mengusap wajah neonatus dan dilanjutkan resusitasi sesuai dengan prosedur pada janin dengan cairan ketuban bercampur mekonium.
6) Segera setelah lahir, bayi harus segera diperiksa terhadap kemungkinan *hipoglikemi* (kadar glukose darah < 45 mg/dL), *hipovolemi* (keadaan akut dimana tubuh kehilangan cairan tubuh), *hipotermi*, dan *polisitemi* (peningkatan jumlah sel darah merah).
7) Pengawasan ketat terhadap neonatus dengan tanda-tanda posmaturitas.
8) Hati-hati kemungkinan terjadi distosia bahu.[20]

2. Induksi Persalinan

a. Pengertian Induksi Persalinan

Induksi persalinan ialah suatu tindakan terhadap ibu hamil yang belum inpartu, baik secara operatif maupun *mecanical*, untuk merangsang timbulnya kontraksi rahim sehingga terjadi persalinan. Induksi persalinan berbeda dengan akselerasi persalinan, di mana pada akselerasi persalinan tindakan-tindakan tersebut dikerjakan pada wanita hamil yang sudah inpartu.[20]

b. Indikasi Induksi persalinan

Induksi diindikasikan jika manfaat bagi ibu dan janin melebihi manfaat jika kehamilan dilanjutkan. Salah satu yang menjadi induksi

persalinan adalah kehamilan *postterm*. Indikasi yang lain meliputi kondisi segera, seperti ruptur membran disertai korioamnionitis, atau preeklampsia berat. Indikasi yang lebih sering meliputi ruptur membran tanpa persalinan, hipertensi, dan kondisi medis ibu seperti diabetes melitus.[5]

c. Kontraindikasi

Beberapa kondisi yang merupakan kontraindikasi dari dilakukan induksi pada ibu hamil. Beberapa kontraindikasi tersebut dibagi menjadi dua yaitu:

1) Absolut
   a) Kontraindikasi ibu: kondisi medis kronis yang serius.
   b) Kontraindikasi janin: malpresentasi, gawat janin.
   c) Kontraindikasi uteroplacenta: prolaps tali pusat, plasenta previa, vasa previa.
2) Relatif
   a) Kontraindikasi ibu: karsinoma serviks, kelainan bentuk panggul.
   b) Kontraindikasi janin: makrosomia yang berat.
   c) Kontraindikasi uteroplacenta: plasenta letak rendah, perdarahan pervaginam yang tidak dapat dijelaskan, miomektomi yang melibatkan rongga uterus.[22]

d. Faktor yang mempengaruhi keberhasilan induksi persalinan

Keberhasilan induksi persalinan pervaginam ditentukan oleh beberapa faktor berikut yaitu:

1) Kedudukan bagian terendah

Semakin rendah kedudukan bagian terendah janin, kemungkinan keberhasilan induksi akan semakin besar, oleh karena dapat menekan pleksus franken-houser.

2) Penempatan (presentasi)

Pada letak kepala, lebih berhasil dibandingkan dengan kedudukan bokong. Kepala lebih membantu pembukaan dibandingkan dengan bokong.[5]

3) Kondisi serviks

Serviks yang kaku, menjurus kebelakang sulit berhasil dengan induksi persalinan. Serviks lunak, lurus atau ke depan lebih berhasil dalam induksi. Penilaian serviks menggunakan *Bishop Score*. Nilai *Bishop Score* < 5 keberhasilan induksi lebih rendah.[23]

Tabel 1. Penilaian *Bishop Score*.[23]

Score	0	1	2	3
Pembukaan serviks (cm)	0	1 - 2	3 - 4	5 – 6
Pendataran serviks %	0 – 30 %	40 – 50 %	60 – 70 %	80 %
Penurunan Kepala	-3	-2	-1 atau 0	+1 atau +2
Konsistensi serviks	kaku	sedang	lunak	amat lunak
Posisi Ostium serviks	posterior	tengah	anterior	Anterior

Keberhasilan induksi persalinan :

1. Skor bishop 0-4 = angka keberhasilan induksi persalinan 50-60%
2. Skor bishop 5-9 = angka keberhasilan induksi persalinan 80 -90%
3. Skor bishop >9 = angka keberhasilan induksi persalinan mendekati 100 %

4) Paritas

Dibandingkan dengan primigravida, induksi pada multipara akan lebih berhasil karena sudah terdapat pendataran serviks.

5) Umur penderita dan umur anak terkecil

Ibu dengan umur yang relatif tua (<20 tahun dan > 35 tahun) dan umur anak terakhir yang lebih dari lima tahun kurang berhasil. Kekakuan serviks menghalangi pembukaan, sehingga lebih banyak dikerjakan tindakan operasi.

6) Umur kehamilan

Pada kehamilan yang semakin mendekati aterm, induksi persalinan per vaginam akan semakin berhasil.

e. Risiko induksi persalinan

Pemasangan induksi persalinan juga dapat menyebabkan ancaman bagi ibu dan bayi akan tetapi faktor risiko ini dapat di minimalkan dengan pengawasan yag lebih intensif pada ibu dan bayi selama proses induksi berlangsung. Peningkatan risiko dari induksi antara lain:

1) Pada ibu : infeksi, inersia uteri, hiperstimulasi uterus, rupture uteri, induksi gagal yang berakhir dengan tindakan pembedahan.
2) Pada bayi : fetal distress, iufd akibat hiperstimulasi uterus.[5]

f. Kriteria induksi gagal

Kriteria induksi gagal adalah ketidakmampuan untuk membentuk pola persalinan yang konsisten dan gagal dalam mempengaruhi pembukaan, penipisan serviks atau penurunan bagian terendah janin. Diskusi prospektif dengan ibu hamil dan keluarganya tentang kemungkinan induksi serial sangat bermanfaat.

Beberapa metode yang umumnya dilakukan pada induksi persalinan mencakup metode farmakologi, non farmakologi, mekanik dan surgikal. Metode yang dibahas di sini adalah metode kimiawi berupa prostaglandin analog yaitu misoprostol dan metode mekanik yaitu balon kateter.

1) Misoprostol

a) Pengertian

Misoprostol adalah analog prostaglandin E_1 yang pertama kali diterima oleh badan pengawasan obat dan makanan Amerika (FDA = *Food & Drug Administration)* sebagai obat ulkus peptikum. Dalam perkembangannya efek samping berupa adanya kontraksi miometrium bahkan dimanfaatkan sebagai obat untuk induksi persalinan, sehingga FDA memberi label baru penggunaan misoprostol dalam kehamilan oleh karena mampu membuat pematangan *serviks* dan memacu kontraksi miometrium.[5]

Misoprostol telah disetujui oleh lebih dari 80 negara termasuk Indonesia untuk pencegahan dan pengobatan ulkus peptikum pada lampung. Seiring dengan berkembangnya ilmu pengetahuan dan didukung oleh pengalaman dalam bidang obstetri dan ginekologi, obat ini efektif dalam induksi persalinan, penanganan aborsi, dan pencegahan serta pengobatan perdarahan postpartum (PPH) dan penghentian elektif kehamilan.[24]

b) Farmakokinetik dan Farmakodinamik

Misoprostol dapat dijumpai dalam bentuk tablet dengan 2 sediaan yaitu 100 μg dan 200 μg. Misoprostol dapat diberikan secara vaginal, oral, sublingual, bukal maupun rektal.

Misoprostol akan berikatan dengan reseptor prostaglandin Ep2 dan Ep3. P2 lebih banyak terdapat di serviks sehingga setelah terjadi sintesis dengan unsur kimiawi akan menimbulkan aksi berupa dekolagenisasi dan penyusunan kembali kompleks glikosaminoglikan (suatu jaringan yang bersifat hidrofil). Kondisi serviks seperti ini disebut matang. Reseptor Ep3 terutama terdapat dalam miometrium. Proses sintesis dengan melibatkan unsur – unsur kimiawi akan menimbulkan kontraksi miometrium.

Misoprostol yang diberikan secara sublingual dapat digunakan dalam induksi abortus maupun pematangan serviks Misoprostol dapat larut dalam 20 menit ketika diletakkan di bawah dan konsentrasi akan mencapai puncaknya dalam waktu 30 menit.

Pemberian secara bukal merupakan cara yang lain dalam penggunaan misoprostol obat ini diletakkan antara gusi dan membran mukosa di antara pipi sehingga memudahkannya untuk diabsorsi melalui mukosa mulut. Pemberian secara

bukal efektif diberikan pada tindakan abortus dan pematangan serviks.

c) Efek Samping

Efek samping misoprostol yang sering dilaporkan adalah, mual, muntah, nyeri perut, demam dan mengigil. Efek samping ini tergantung dari dosis yang diberikan. Dosis yang tinggi ataupun interval yang dipendekkan berhubungan dengan tingginya efek samping dari misoprostol itu sendiri terutama gejala hiperstimulasi yang ditandai dengan kontraksi yang bertahan lebih dari 90 detik atau lebih.

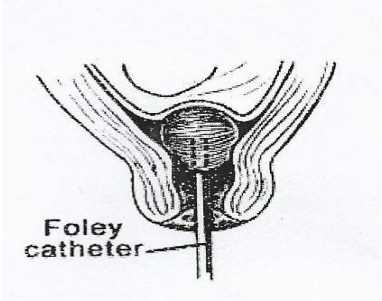
2) Foley Kateter

Pemasangan foley kateter yang diletakkan pada os serviks interna. Tekanan ke arah bawah yang dapat menciptakan dengan menempelkan kateter pada paha dapat menyebabkan pematangan serviks. Penempatan foley kateter menghasilkan perbaikan *favorability* serviks dan dapat menstimulasi uterus. Beberapa penelitian menyimpulkan bahwa pemasangan foley kateter ini menghasilkan peningkatan yang cepat pada *bishop score.*[5]

Pemberian cairan atau udara untuk mengisi foley kateter sebanyak 25 cc sampai 50 cc agar kateter tetap pada tempatnya. Walaupun ada perbedaan jumlah cairan atau udara pada pengisian balon kateter, tetapi yang terpenting adalah terjadinya dilatasi serviks dan kontraksi uterus.[19]

Pematangan serviks dengan cara ini diduga dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain adanya tekanan mekanis balon kateter tersebut sehingga selaput ketuban dari segmen bawah rahim (SBR) terlepas. Beberapa peneliti telah menyarankan untuk memasang traksi di ujung kateter.[25]

Manipulasi ini akan meningkatkan pembentukan prostaglandin. Prostaglandin yang meningkat di sini adalah protaglandin PGF2α bukan PGE2. Hal ini menunjukkan bahwa manipulasi seperti balon kateter akan mengakibatkan aktivasi dari desidua melalui perantara PAF dan Iiβ akan menghasilkan PGF2α senyawa protaglandin yang bertugas menginisiasi persalinan.[5]



Gambar 1. Posisi Pemasangan Balon Kateter

Menurut beberapa ahli, kateter foley disebutkan memiliki keuntungan yang lebih signifikan bila dibandingkan dengan preparat prostaglandin. Kenyataan inilah yang menyebabkan pemakaian foley kateter dalam proses pematangan serviks menjadi meningkat. Beberapa penelitian melaporkan foley kateter mempunyai efek samping yang minimal bahkan foley kateter aman di rekomendasikan pada pada kehamilan postterm dengan riwayat SC persalinan sebelumnya.

Tabel 2. Beberapa Regimen Pematangan Serviks Preinduksi dan atau Induksi Persalinan.[5]

Teknik	Agen	Cara Pemberian/Dosis	Keterangan
		Farmakologis	
1. Prosta-glandin E2	Gel Dinoproston 0.5 µg (Prepidil) Dinoproston per vagina (Cervidil)	Servikal 0.5µg diulangi dalam 6 jam, diperbolehkan, 3 dosis Forniks Posterior 10µg	a. Mempersingkat waktu I – P (Induksi ke Persalinan) dengan infus oksitoksin daripada oksitoksin saja b. Pemberian per vagina memiliki waktu I-P lebih singkat daripada gel c. Interval 6-12 jam sejak insersi terakhir ke infus oksitosin
2. Prosta-glandin E1	Tablet misoprostol 100-200µg (cytotec)	a. Vaginal, 25µg, diulangi 3-6 jam jika diperlukan. b. Oral, 50-100µg diulangi 3-6 jam jika diperlukan	a. Kontraksi dalam 30-60menit b. Keberhasilan sebanding dengan oksitosin terhadap rupture membran pada cukup bulan dan atau serviks yang baik c. Takisitol sering terjadi pada dosis >25µg dosis per vaginal
		Mekanis	
1. **Kateter Foley trans servikal 24F-36F**	Balon 30ml		a. Memperbaiki skor Bishop dengan cepat b. Balon 80ml lebih efektif c. Kombinasi dengan infus oksitosin lebih baik daripada PGE^1 per vagina d. Hasil membaik dengan EASI (Extra Amniotic Saline Infusion dengan 30-40ml/jam)
2. **Dilatator Higros-kopik**		Laminaria, Magnesium Sulfat	a. Memperbaiki skor Bishop dengan cepat b. Mungkin tidak mempersingkat waktu I – P dengan oksitosin

3) Stimulasi Oksitosin

Pemberian induksi oksitosin perlu mendapat pengawasan ketat agar mampu menimbulkan kontraksi uterus yang adekuat (mampu menyebabkan perubahan serviks) tanpa terjadinya hiperstimulasi uterus. Tanda terjadinya hiperstimulasi adalah kontraksi >60 detik, kontraksi muncul lebih dari 5x/10 menit atau 7x/15 menit, atau timbulnya pola djj yang meragukan.

Induksi oksitosin diberikan intravena, dengan dosis 10-20 IU dicampur dengan larutan RL. Berikut regimen oksitosin yang digunakan untuk induksi persalinan[26]:

Tabel. Regimen Oksitosin untuk Stimulasi Persalinan

Regimen	Dosis Awal (mU/mnt)	Peningkatan Inkremental (mU/mnt)	Interval Dosis (mnt)	Dosis maksimal (mU/ml)
Dosis	0,5-1	1	30-40	20
Rendah	1-2	2	15	40
Dosis tinggi	6	6*, 3, 1	15-40	42

* peningkatan bertahap dikurangi menjadi 3mU/mnt jika terdapat hiperstimulasi rekuen

Dosis yang lazim digunakan di Indonesia adalah 2,5-5 unit oksitosin dalam 500 ml cairan kristaloid. Tetesan infus dimulai dari 8 tpm dan ditambahkan 4 tpm tiap 30 menit hingga dosis optimal untuk his adekuat tercapai. Dosis maksimum pemberian oksitosin adalah 20mU/menit.[9]

3. Persalinan

a. Pengertian

Persalinan *(delivery)* adalah proses di mana bayi, plasenta, dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu, momentum kelahiran janin sejak kala II atau akhir kala I. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) dan tanpa disertai adanya penyulit. [27]

b. Tahap Persalinan

1) Kala Satu

Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pad serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan pembukaan lengkap. Ibu belum inpartu jika kontraksi uterus tidak mengakibatkan perubahan serviks. [28]

Persalinan mulai ditandai dengan keluarnya lendir bercampur darah (*bloody show*), karena serviks mulai membuka (dilatasi) dan mendatar (*effacement*). Darah berasal dari pembuluh darah kapiler sekitar kanalis servikalis karena pergeseran ketika serviks mendatar dan terbuka, kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan serviks dengan frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit.

Kala satu dimulai dari terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) sampai

pembukaan serviks menjadi lengkap (10 cm); Kala satu terbagi lagi menjadi 2 fase yaitu:

b. Fase laten, dimulai sejak awal kontraksi uterus yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap, terjadi sampai pembukaan serviks 3 cm berlangsung 7-8 jam.
c. Fase aktif, frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap dimana kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih. Fase aktif dibagi lagi dalam 3 fase, yaitu:
    1. Fase akselerasi: dalam waktu 2 jam pembukaan 3 menjadi 4 cm.
    2. Fase dilatasi maksimal: dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat dari 4 cm menjadi 9 cm.
    3. Fase deselerasi: pembukaan menjadi lambat kembali, dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9cm menjadi pembukaan 10 cm atau lengkap. Fase-fase tersebut dijumpai pada ibu primigravida (ibu yang hamil pertama kali).

    Pada multigravida-pun (ibu yang hamil kedua kalinya atau lebih) terjadi demikian, akan tetapi fase laten, fase aktif, dan fase deselerasi terjadi lebih pendek. Lama

kala satu pada primigravida 10-14 jam, sedangkan pada multigravida 6-8 jam.[28] Batasan lama persalinan normal kala satu tidak melebihi 23 jam pada primigravida dan 16 jam pada multigravida. [29] Menurut FIGO (*International Federation of Ginecology and Obstetric*) disebut persalinan lama jika lama kala satu melebihi 18 jam (secara universal sudah diterima).[30]

Membukanya serviks pada primigravida dan multigravida berbeda. Pada primigravida ostium uteri internum akan membuka terlebih dahulu, sehingga serviks akan mendatar dan menipis, kemudian ostium uteri eksternum membuka. Pada multipara ostium uteri internum sudah sedikit terbuka. Membukanya ostium uteri internum dan eksternum serta penipisan dan pendataran serviks terjadi dalam saat yang sama, sehingga lama kala satu pada ibu multigravida lebih cepat dibandingkan dengan ibu primigravida.

2) Kala Dua

Kala dua persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Gejala dan tanda kala dua persalinan adalah :

a) Ibu merasa ingin meneran bersamaan terjadinya kontraksi.

b) Ibu merasa adanya peningkatan tekanan pada rectum dan vagina.

c) Perineum menonjol.

d) Vulva-vagina dan sfingterani membuka

e) Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah Mekanisme persalinan normal, dalam proses persalinan dari kala satu sampai kala dua, bayi mengalami beberapa perubahan dan gerakan kepala bayi melewati jalan lahir ibu, yang biasanya disebut sebagai mekanisme persalinan normal.

3) Kala Tiga (Pelepasan Uri)

Setelah kala dua, kontraksi uterus berhenti sekitar 5-10 menit. Lepasnya plasenta sudah dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda:

a) Uterus menjadi bundar

b) Fundus uteri mengalami kontraksi

c) Uterus terdorong ke atas karena plasenta lepas ke segmen bawah rahim

d) Tali pusat bertambah panjang

e) Terjadi perdarahan

4) Kala Empat (Observasi)

Kala empat dimaksudkan untuk observasi perdarahan post partum. Paling sering terjadi perdarahan pada dua jam pertama, bidan perlu mengobservasi:

a) Tingkat kesadaran

b) Tanda-tanda vital

c) Kontraksi uterus

d) Jumlah perdarahan (normal < 500 ml)

c. Faktor yang mempengaruhi persalinan

Faktor yang mempengaruhi persalinan adalah sebagai berikut:

1) Faktor ibu (*power*)

a) His

Dengan his yang adekuat membuat ibu ingin meneran dan sangat membantu proses persalinan sedangkan his yang tidak adekuat akan mempengaruhi proses persalinan dan dapat memperlambat proses persalinan.

b) Tenaga

Ibu harus mempunyai tenaga yang adekuat untuk meneran sehingga dapat membantu kelancaran proses persalinan.

c) Usia

Usia yang dipandang memiliki risiko saat melahirkan adalah di bawah 20 tahun dan di atas 35 tahun. Sedangkan antara 20–35 tahun dari segi usia risiko melahirkannya nol. Untuk yang usia di bawah 20 tahun, organ reproduksinya masih belum begitu sempurna dan hormon belum berfungsi dengan baik. Ditambah dengan

keadaan psikologis, emosional, dan pengalaman yang belum pernah dialami sebelumnya dan mempengaruhi kontraksi uterus menjadi tidak aktif, yang nantinya akan mempengaruhi lamanya persalinan sedangkan pada ibu dengan usia lebih dari 35 tahun diketahui kerja organ-organ reproduksinya sudah mulai lemah, dan tenaga ibu pun sudah mulai berkurang, hal ini akan membuat ibu kesulitan untuk mengejan yang pada akhirnya apabila ibu terus-menerus kehilangan tenaga karena mengejan akan terjadi partus lama.

d) Paritas

Menyatakan bahwa salah satu penyebab kelainan his yang dapat menyebabkan partus lama terutama ditemukan pada primigravida tua sedangkan pada multipara ibu banyak ditemukan kelainan yang bersifat inersia uteri.[28]

Paritas dikatakan tinggi bila seorang wanita melahirkan anak ke empat atau lebih. Seorang wanita yang sudah mempunyai tiga orang anak dan terjadi kehamilan lagi keadaan kesehatannya akan mulai menurun. Paritas 2-3 merupakan paritas yang paling aman ditinjau dari kematian ibu. Paritas 1 dan paritas lebih dari 3 mempunyai angka kematian ibu yang lebih tinggi.[27]

2) Faktor jalan lahir (*passage*)

Jalan lahir dibagi dua, yaitu jalan lahir tulang panggul (PAP) dan jalan lahir lunak (serviks, vagina hymen, dan perineum).

3) Faktor janin (*passage*)

Passenger terdiri dari janin dan plasenta. Kelainan yang sering menghambat dari pihak *passenger* adalah kelainan ukuran dan bentuk kepala bayi seperti hydrocephalus ataupun anencephalus, kelainan letak dan presentasi bayi.

4) Psikologis (*Psyche*)

Faktor psikologis sering menjadi penyebab lamanya persalinan, his menjadi kurang baik dan pembukaan menjadi kurang lancar. Rasa takut pada ibu bersalin yang menimbulkan kegelisahan dapat menghambat aktivitas miometrium.

B. Landasan Teori

Kehamilan lewat bulan adalah 294 hari setelah hari pertama menstruasi terakhir, atau 280 hari setelah ovulasi. Istilah lewat bulan (*postdate*) digunakan karena tidak menyatakan secara langsung pemahaman mengenai lama kehamilan dan maturitas janin. Penyebab terjadinya kehamilan *postterm* adalah pengaruh hormon, teori oksitosin, teori kortisol/ ACTH janin, saraf uterus, teori prostaglandin, dan herediter. Kehamilan *postterm* berpengaruh terhadap ibu dan janin. Persalinan *postmatur* dapat menyebabkan distosia, partus lama, kesalahan letak, inersia uteri, distosia

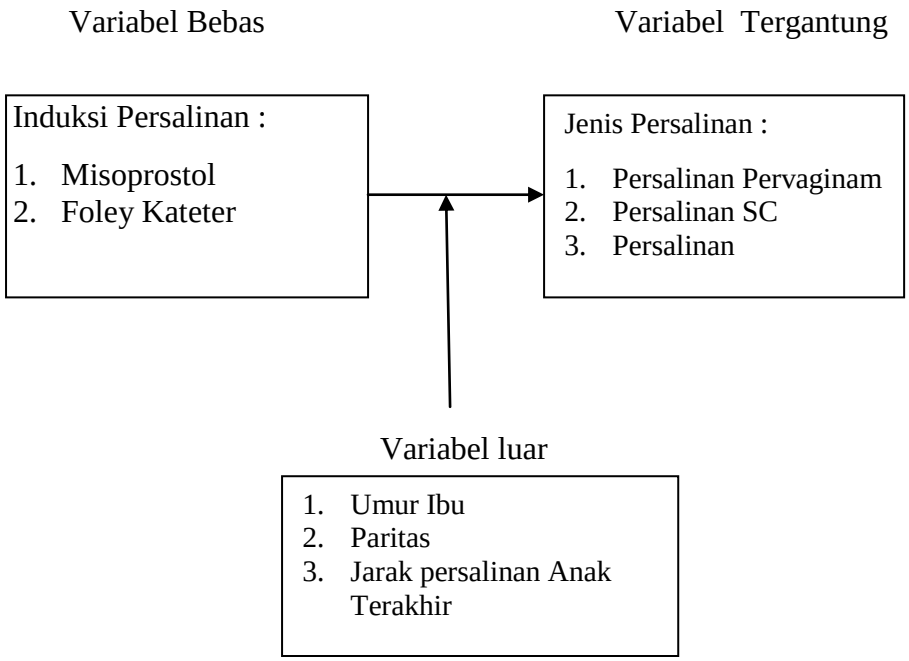
bahu, dan perdarahan *postpartum*. Hal ini akan menaikkan angka morbiditas dan mortalitas. Berat janin mengalami penurunan sesudah 42 minggu, sindroma postmaturitas dapat dikenali dengan ditemukannya beberapa gangguan pertumbuhan, dehidrasi, kulit kering, keriput seperti kertas (hilangnya lemak subkutan), gawat janin atau kematian perinatal menunjukkan angka yang meningkat setelah kehamilan 42 minggu atau lebih. Oleh karena itu, perlu pertimbangan persalinan.

Anjuran atau induksi persalinan bertujuan untuk merangsang otot rahim berkontraksi, sehingga persalinan berlangsung dan membuktikan ketidak seimbangan antara kepala janin dengan jalan lahir. Beberapa metode yang umumnya dilakukan pada induksi persalinan mencakup metode farmakologi, non farmakologi, mekanik, dan surgikal. Setiap metode memiliki tingkat keberhasilan yang berbeda-beda sehingga penelitian ini akan membandingkan kerbehasilan induksi dengan misoprostol dan foley kateter.

Pemberian induksi misoprostol dapat melalui vaginal, oral, sublingual, bukal dan rektal. Sediaan misoprostol terdapat dalam dosis 100 µg dan 200 µg. Induksi foley kateter diberikan dengan cara memasang kateter pada os serviks interna kemudian mengisi dengan 25-50 cc air. Induksi menggunakan misoprostol maupun foley kateter dilanjutkan dengan tindakan augmentasi atau tindakan untuk merangsang kontraksi atau his. Pemberian oksitosin intravena dengan dosis 2,5-5 unit oksitosin dalam 500 ml cairan kristaloid. Tetesan infus dimulai dari 8 tpm dan ditambahkan 4 tpm tiap 30 menit hingga

dosis optimal untuk his adekuat tercapai dengan dosis maksimum pemberian oksitosin adalah 20 tpm.

C. Kerangka Konsep



Gambar 2**.** Skema Kerangka Konsep Penelitian

D. Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini ada pengaruh jenis induksi persalinan terhadap keberhasilan persalinan pervaginam pada ibu hamil *postterm.*

BAB III

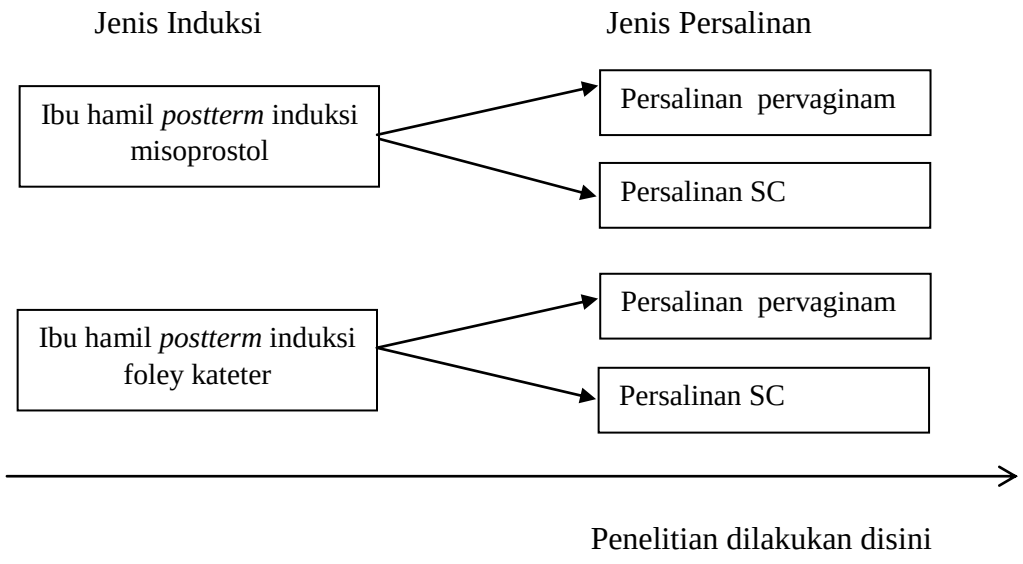
METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah observasional analitik, yaitu penelitian yang mencoba menggali bagaimana dan mengapa fenomena kesehatan itu terjadi, kemudian menganalisis dinamika korelasi antara fenomena faktor risiko (pengaruh) dengan faktor efek (akibat) dengan demikian penelitian ini hanya sebatas mengamati tidak melakukan manipulasi atau intervensi apapun.[31]

B. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain penelitian *study historical cohort* yaitu studi analitik observasional dimana subjek di amati dalam kurun waktu tertentu terhadap faktor risiko, kemudian diamati dan dipelajari efek yang terjadi.[32] Adapun desain penelitiannya adalah sebagai berikut:



Gambar 3. Desain Penelitian *historical cohort*

C. Variabel Penelitian

Variabel adalah ukuran atau ciri yang dimiliki oleh anggota kelompok yang berbeda dengan yang dimiliki oleh kelompok yang lain. [33]

1. Variabel bebas (*independen*) adalah variabel yang mempengaruhi variabel terikat. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah jenis induksi persalinan yaitu foley kateter dan misoprostol

   Skala pengukuran : Nominal

   1 = misoprostol

   2 = foley kateter

   Variabel terikat (*dependen)* adalah variabel yang oleh variabel bebas**.** Variabel terikat dalam penelitian ini adalah jenis persalinan yaitu persalinan pervaginam dan persalinan SC pada ibu hamil setelah dilakukan induksi misoprostol dan induksi. foley kateter.

   Skala pengukuran: Nominal

   1= persalinan pervaginam

   2= persalinan SC

   Variabel luar adalah variabel yang berhubungan dengan variabel bebas dan variabel terikat yang mempengaruhi validitas penelitian. Variabel luar dalam penelitian ini adalah umur ibu, paritas, jarak anak terakhir.

   Skala pengukuran: Nominal

   a. Umur ibu :

      1= tidak berisiko (20tahun-30 tahun)

      2= umur ibu berisiko (<20 Tahun dan >35 tahun)

b. Paritas ibu :

1= paritas >1

2= paritas 1

c. Jarak anak terakhir

1= tidak berisiko (<5 tahun)

2=berisiko gagal induksi (>5 tahun)

D. Definisi Operasional Variabel

No	Variable	Definisi	Sumber Data	Hasil ukur	Skala
		Variabel Dependen			
1	Induksi persalinan	Tindakan terhadap ibu hamil *postterm* yang belum inpartu, baik secara mekanis (foley kateter) atau farmakologis (misoprostol) untuk merangsang timbulnya kontraksi rahim sehingga terjadi persalinan.	Rekam Medis	1.Induksi misoprostol 2.Induksi foley kateter	Nominal
		Variabel Independen			
2	Jenis persalinan	Jenis persalinan ibu hamil *postterm* setelah mendapat induksi foley kateter dan induksi misoprostol.	Rekam Medis	1.Persalinan pervaginam 2.Persalinan SC	Nominal
		Variabel luar			
3	Umur Ibu	Lama hidup ibu dihitung dari tahun kelahiran. Dan di sajikan dalam tahun.	Rekam Medis	1. Tidak berisiko (20 tahun – 35 tahun) 2. Berisiko (<20 tahun dan >35 tahun)	Nominal
4	Paritas	Jumlah berapa kali ibu pernah melahirkan.	Rekam Medis	1.Paritas >1 2. Paritas 1	Nominal
5	Jarak anak terakhir	Jarak antara kelahiran anak terakhir dengan kehamilan yang sekarang.	Rekam Medis	1. Tidak berisiko: ≤ 5 tahun 2. Berisiko: >5 tahun	Nominal

E. Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi Penelitian

   Penelitian ini dilaksanakan di RSUD Wonosari dan RSUD Wates.

2. Waktu Pengambilan Data Penelitian

   Pengambilan data penelitian ini dilaksanakan pada bulan September – Oktober 2017.

F. Jenis Dan Teknik Pengumpulan Data

Jenis data yang digunakan dalam penelitian ini berupa data primer. Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah pengambilan data dari rekam medis. Hasil pengukuran ditulis dalam formulir pengumpulan data.

G. Populasi dan Sampel

1. Populasi

   Populasi adalah keseluruhan subjek penelitian. [34] Populasi dalam penelitian ini adalah semua ibu hamil *postterm* yang bersalin secara pervaginam maupun SC setelah mendapatkan induksi persalinan di RSUD Wonosari dan RSUD Wates tahun 2017

2. Sampel

   Sampel yang diambil sebagai subjek adalah ibu hamil *postterm* tahun 2017 yang memenuhi kriteria ibu hamil *postterm* yang dilakukan induksi persalinan menggunakan misoprostol atau foley kateter. Sampel pada penelitian ini terbagi menjadi 2 kelompok, yaitu kelompok ibu hamil dengan induksi misoprostol dan kelompok ibu hamil dengan induksi foley kateter. Dalam hal ini sampel dipilih dengan cara *purposive sampling* .

Besar sampel pada penelitian ini besar sampel mempertimbangkan dari proporsi pada penelitian terdahulu, ditetapkan berdasarkan rumus besar sampel untuk penelitian *historical cohort* yaitu:

$$n1 = n2 = \frac{\left[Z\frac{\alpha}{2}\sqrt{2PQ} + Z\beta\sqrt{P1Q1 + p2Q2}\right]^2}{(P1 - P2)^2}$$

Keterangan :

$Z\frac{\alpha}{2}$ = taraf kepercayaan 95%

Zβ = power dari penelitian 80%

P2 = proposi persalinan pervaginam pada induksi misoprostol.[12]

P1 = proposi persalinan pervaginam pada induksi foley kateter

P1 – P2 = selisih proporsi minimal yang dianggap bermakna

P = Proporsi total = (P1 + P2) / 2

Q = 1-P

Perhitungan Besar Sampel :

Diketahui : P2 = 0,64[12] OR = 2,995[12]

$$P1 = \frac{(P2xOR)}{(P2xOR)+1-P2)} = 0{,}84$$

Q = 1- 0,74 = 0,26

Q1 = 1-0,84 = 0,16

Q2 = 1- 0,64 = 0,36

$$P = \frac{P2+P1}{2} = 0{,}74$$

$$n1 = n2 = \frac{\left[Z\frac{\alpha}{2}\sqrt{2PQ} + Z\beta\sqrt{P1Q1 + p2Q2}\right]^2}{(P1 - P2)^2}$$

$$n1 = n2 = \frac{\left[1{,}96\sqrt{2(0{,}74x0{,}26)} + 0{,}84\sqrt{(0{,}84x0{,}16) + (0{,}64x0{,}36)}\right]^2}{(0{,}84 - 0{,}64)^2}$$

$$n1 = n2 = \frac{\left[1{,}96\sqrt{0{,}38} + 0{,}84\sqrt{0{,}36}\right]^2}{(0{,}2)^2}$$

$$n1 = n2 = \frac{[(1{,}96x0{,}62) + (0{,}84x0{,}6)]^2}{0{,}04}$$

$$n1 = n2 = \frac{[1{,}71]^2}{0{,}04}$$

$$n1 = n2 = \frac{2{,}9241}{0{,}04}$$

$$n1 = n2 = 73{,}102 = 75$$

Besar sampel masing-masing kelompok adalah 75. Sehingga total sampel yang dibutuhkan adalah 150 sampel.

H. Alat dan Prosedur Penelitian

1. Instrumen Pengumpulan Data

   Instrumen atau alat yang digunakan dalam penelitian ini adalah format pengumpulan data yang meliputi: nomor urut, nomor rekam medis, usia kehamilan, jenis induksi, jenis persalinan, paritas, umur ibu, dan jarak anak terakhir.

2. Prosedur Pengumpulan Data

   Adapun langkah atau prosedur pengumpulan data adalah berikut berikut :

a. Tahap Persiapan

Tahap persiapan dilakukan dengan pengajuan topik atau judul penelitian, studi pustaka, studi pendahuluan, dan perizinan di RSUD Wonosari dan RSUD Wates.

b. Tahap Pelaksanaan

Prosedur pengambilan data adalah sebagai berikut :

1) Prosedur administratif

a) Peneliti meminta surat pengantar ke Poltekkes Kemenkes Yogyakarta Jurusan Kebidanan untuk melakukan studi pendahuluan dan meminta izin utuk melakukan penelitian di RSUD Wonosari dan RSUD Wates.

b) Peneliti mengajukan izin penelitian kepada bagian Diklat RSUD Wonosari dan RSUD Wates untuk melakukan studi pendahuluan di rumah sakit tersebut.

2) Prosedur teknis

a) Peneliti memberikan penjelasan kepada kepala instalasi tentang maksud dan tujuan penelitian.

b) Peneliti memohon persetujuan kepada kepala instalasi rekam medis untuk bersedia memberikan izin kepada peneliti untuk mengumpulkan data penelitian pada rekam medis pasien yang sudah terkumpul.

c) Peneliti melibatkan tim mengumpulkan data dari rekam medis pasien, serta didokumetasikan ke dalam master tabel yang dibuat oleh peneliti sendiri.

3) Waktu Penelitian

Waktu pengambilan data dan penelitian adalah pada bulan September - Oktober 2017 di RSUD Wonosari dan RSUD Wates.

c. Tahap Pelaksanaan Penelitian

Menentukan populasi penelitian yaitu melakukan observasi pada dua kelompok ibu hamil *postterm*, yaitu kelompok berdasarkan jenis induksi foley kateter dengan induksi misoprostol.

1 Mengidentifikasi data rekam medis dari ibu hamil *postterm* yang mendapatkan induksi foley kateter di RSUD Wonosari dan induksi misoprostol di RSUD Wates pada bulan September dan Oktober tahun 2017.

2 Mengidentifikasi data dari status rekam medis yaitu: jenis induksi, jenis persalinan, umur ibu, paritas dan jarak anak terakhir.

3 Memasukkan data kedalam format pengumpulan data Kelompok pertama dengan kode 1 yaitu ibu hamil *postterm* yang diinduksi menggunakan misoprostol. Kelompok kedua adalah kelompok ibu hamil *postterm* yang diinduksi menggunakan foley kateter dengan kode 2.

4 Data kemudian dimasukkan ke dalam master tabel. Data sekunder yang telah didapatkan di analisis dan hasilnya disajikan dalam bentuk tabel karakteristik sampel dan tabel silang, serta dibahas sesuai teori dan hasil penelitian lain.

I. Pengolahan dan Analisis Data

1. Pengolahan Data

Pengolahan data merupakan proses yang dilakukan setelah data diperoleh dari penelitian melalui data yang tertulis di rekam medis dan harus dikelompokan dengan langkah-langkah sebagai berikut:

a. Editing

Peneliti melakukan pemeriksaan atas kelengkapan pengisian format pengumpulan data.

b. Coding

Coding adalah kegiatan untuk mengklasifikasikan jenis data sekunder menurut kategorinya masing-masing. Setiap jenis data yang berbeda diberi kode yang berbeda agar tidak tumpang tindih.

Tabel 3. KodeVariabel yang Diteliti

No	Variabel	Kode
1	Ibu *postterm* dengan Induksi Misoprostol	1: Pervaginam
		2: SC
2	Ibu *postterm* dengan Induksi Foley Kateter	1: Pervaginam
		2: SC
3	Umur ibu	1: Tidak berisiko (20- 35 tahun)
		2: Berisiko (<20 dan >35 tahun)
4	Paritas	1: Tidak Berisiko >1
		2: Berisiko 1
5	Jarak anak terakhir	1: Tidak Berisiko ≤ 5 tahun
		2: Berisiko > 5 tahun

c. *Entry* Data

Peneliti memproses data dengan cara melakukan *entry* data dari masing-masing data rekam medis ke dalam program komputer. Data dimasukkan sesuai nomor subjek pada rekam medis dalam

bentuk angka sesuai dengan kode dari variabel yang telah ditentukan ketika melakukan *coding*.

d. Tabulasi data

Tabulasi adalah pengelompokan data dalam bentuk tabel distribusi frekuensi yang digunakan untuk mencari perbandingan antara variabel yang diteliti.[31]

2. Analisis Data

a. Analisa Univariat

Merupakan analisis yang dilakukan untuk menjelaskan dan mendeskripsikan karakteristik setiap variabel.[31] Analisis univariat bertujuan untuk mengetahui distribusi frekuensi variabel yang diamati. Analisis univariat dilakukan pada semua variabel yaitu ibu hamil *postterm* dengan induksi misoprostol, ibu hamil *postterm* dengan induksi foley kateter, umur ibu, paritas kehamilan,jarak anak terakhir, dan keberhasilan persalinan pervaginam.

Rumus yang digunakan yaitu: $P = \frac{f}{n} x100\%$

Keterangan:

P = persentase yang dicari

f = jumlah subjek pada variabel dengan karakteristik tertentu

n = jumlah total subjek pada variabel

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat adalah analisis yang dilakukan untuk melihat hubungan kedua variabel bebas dengan variabel terikat.[31]Analisis

dilakukan secara bersamaan dengan menggunakan uji statistik*chi-square* (X^2) dengan derajat kepercayaan 95%, α = 0,05.

$$X^2 = \sum_{l}^{k} \frac{(O-E)^2}{E}$$

Keterangan :

X^2 : *chi-square*

O : frekuensi yang diobservasi (f_o)

E : frekuensi yang diharapkan/ekpektasi (f_h)

c. Risiko Relatif

Risiko relatif digunakan untuk mendapatkan besarnya risiko terjadinya efek pada kasus.

d. Analisis Multivariat

Analisa multivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan lebih dari satu variabel independen dengan satu variabel dependen yaitu menganalisa pengaruh variabel independen (ibu hamil *postterm* dengan induksi misoprostol dan ibu hamil *postterm* dengan induksi foley kateter), dan variabel luar (umur ibu, paritas kehamilan, dan jarak anak terakhir) terhadap variabel dependen (keberhasilan persalinan pervaginam) dengan menggunakan analisis regresi cox untuk mengetahui variabel independen yang lebih erat hubungannya dengan variabel dependen. Variabel yang disertakan dalam analisis multivarit adalah variabel yang dalam analisis bivariat memiliki nilai p < 0,25.[31] Hasil analisis multivariat dikatakan bermakna bila nilai p<0,1.

J. Etika Penelitian

Pada penelitian ini memenuhi prinsi-prinsip etika penelitian dan telah mendapatkan persetujuan dari komisi etik penelitian. Prinsip-prinsip tersebut adalah :

1. *Respect for privacy and confidentiality*

   Nama subjek penelitian hanya diisi nama inisial, peneliti hanya menggunakan data untuk keperluan penelitian.

2. *Respect for justice an inclusiveness*

   Melakukan prosedur penelitian dan membuat lingkungan penelitian agar memenuhi kriteria keterbukaan, jujur dan adil.

3. *Balancing harm and benefit*

   Peneliti melakukan penelitian sesuai dengan prosedur penelitian untuk mendapatkan hasil yang bermanfaat semaksimal mungkin bagi subjek peneltian dan lingkungan penelitian.

4. *Etichal clearance*

   Setelah mendapatkan surat persetujuan kelayakan etik dari komite etik Poltekkes Kemenkes Yogyakarta, peneliti mulai melakukan penelitian di RSUD Wonosari dan RSUD Wates.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

RSUD Wonosari merupakan satu satunya RS milik pemerintah daerah Gunungkidul dan menjadi pusat rujukan. RSUD Wonosari dengan standarisasi type B memiliki beberapa spesialis dalam pelayanan kesehatan yaitu kebidanan dan kandungan, penyakit dalam, bedah, anak, mata, gigi, syaraf, THT, kulit kelamin, jiwa, anestesi, urologi dan jantung. Di RSUD Wonosari pada pasien yang masuk dengan diagnosa *postterm,* sesuai SOP yang ada dilakuan induksi dengan pemasangan induksi foley kateter no 24 dengan standar pengisian volume sebanyak 75 – 100 cc. Dilakukan evaluasi pada saat foley kateter lepas atau 24 jam setelah pemasangan foley kateter. Setelah foley kateter lepas kemudian dilanjutkan stimulasi Oxytocin 5µi yang diberikan secara drip dengan tetesan yang dinaikkan secara bertahap maksimal 20 tetes permenit. Induksi foley kateter dinyatakan gagal apabila setelah pemberian drip Oxytocin sebanyak 2 flabot atau dosis maksimal persalinan tidak mengalami kemajuan, maka kehamilan di terminasi dengan tindakan persalinan perabdomen atau SC.

RSUD Wates adalah RS milik pemerintah daerah Kulon Progo. RS ini merupakan RS type B yang menjalankan pelayanan kesehatan dengan spesialis seperti kebidanan dan kandungan, anak, penyakit dalam, syaraf, jiwa, bedah, jantung, dan aanestesi. RSUD Wates merupakan satu satunya RS rujukan di wilayah Kulon Progo. Di RSUD Wates, SOP pada pasien *postterm* menggunakan induksi dengan cara kimiawi yaitu menggunakan

induksi misoprostol yang diberikan secara oral dengan dosis 25 mcg dengan evaluasi setiap 6 jam dengan maksimal pemberian 8 kali kemudian dilanjutkan dengan stimulasi drip Oxytocin 5µi dengan tetesan yang dinaikkan secara bertahap, dinyatakan induksi gagal apabila pada dosis maksimal tidak ada kemajuan persalinan dan kehamilan diakhiri dengan persalinan SC.

Hasil dari penelitian yang dilakukan di RSUD Wonosari dan RSUD Wates didapatkan gambaran tentang persentase keberhasilan persalinan pervaginam. Distribusi frekuensi keberhasilan persalinan berdasarkan jenis induksi persalinan dapat dilihat dari tabel 5.

Tabel 5. Distribusi Frekuensi Keberhasilan Persalinan berdasarkan Jenis Induksi Persalinan, Umur, Paritas, dan Jarak Anak Terakhir di RSUD Wonosari dan RSUD Wates tahun 2017

Variabel	Jenis Persalinan			
	Pervaginam		SC	
	n	%	n	%
Jenis Induksi				
Misoprostol	58	77,33	17	22,67
Foley Kateter	45	60,00	30	40,00
Umur ibu				
Tidak Berisiko	60	80,00	15	20,00
Berisiko	60	80,00	15	20,00
Paritas				
Paritas >1	53	56,00	42	44,00
Paritas 1	40	53,33	35	46,67
Jarak anak terakhir				
Tidak Berisiko	52	69,33	23	30,67
Berisiko	58	77,33	17	22,67

Jenis persalinan dibedakan menjadi persalinan pervaginam dan persalinan SC. Pada penelitian ini persalinan pervaginam secara keseluruhan lebih banyak dari persalinan SC yaitu sebanyak 77,33% pada

ibu hamil *postterm* dengan induksi misoprostol dan 60% pada ibu hamil *postterm* yang mendapatkan induksi foley kateter. Pada jenis induksi foley kateter, persalinan SC lebih banyak yaitu 40% dibandingkan pada persalinan pervaginam pada ibu hamil dengan induksi misoprostol sebesar 22,67% dari jumlah subjek.

Umur ibu tidak berisiko (20 sampai 35 tahun) secara keseluruhan lebih banyak dibandingkan dengan umur ibu berisiko. Umur ibu berisiko pada induksi foley kateter dan misoprostol masing-masing sebanyak 20,0%, sedangkan umur ibu tidak berisiko pada induksi foley kateter dan misoprostol masing-masing sebanyak 80,0%.

Paritas > 1 secara keseluruhan lebih banyak dari paritas 1. Subjek penelitian memiliki paritas >1 sebanyak 56% pada induksi misoprotol dan 53,3% pada ibu hamil dengan induksi foley kateter. Jarak anak terakhir tidak berisiko secara keseluruhan lebih banyak dari berisiko. Jarak anak terakhir tidak berisiko juga lebih banyak dibandingkan pada berisiko baik pada induksi foley kateter maupun misoprostol.

Hasil penelitian ini didapatkan gambaran hubungan jenis induksi persalinan dengan keberhasilan persalinan. Analisis hubungan dilakukan menggunakan *chi-square* dan dinyatakan bermakna apabila *p-value* <0,05. Jenis induksi dapat dapat dikategorikan menjadi dua yaitu misoprostol dan foley kateter. Hubungan jenis induksi terhadap keberhasilan persalinan pervaginam dapat dilihat pada tabel 6.

Tabel 6.Hubungan Jenis Induksi dengan Keberhasilan Persalinan Pervaginam pada Ibu Hamil *Postterm* di RSUD Wonosari dan RSUD Wates Tahun 2017

Jenis Induksi	Keberhasilan Persalinan				*p value*	RR	95% CI
	Pervaginam		SC				
	n	%	n	%			
Misoprostol	58	77,3	17	22,7	0,022	1,289	1,033-1,609
Foley Kateter	45	60	30	40			

Berdasarkan tabel 6, jenis induksi secara statistik menunjukkan nilai signifikasi sebesar *p- value* 0,02 sehingga ada hubungan bermakna antara jenis terhadap keberhasilan persalinan pervaginam. Pada kehamilan *postterm* yang mendapat induksi misoprostol mempunyai peluang 1,289 kali lebih besar dibanding induksi foley kateter untuk mengalami persalinan pervaginam (RR I,289, CI 95% 1,033-1,609).

Hasil penelitian ini juga didapatkan gambaran hubungan variabel luar yang memperngaruhi keberhasilan persalinan. Analisis dilakukan menggunakan *chi-square* dan dinyatakan bermakna apabila *p-value* <0,05. Hubungan umur ibu, paritas dan jarak anak terakhir terhadap keberhasilan persalinan dapat dilihat pada tabel 7.

Tabel 7. Hubungan Umur Ibu, Paritas dan Jarak Anak Terakhir dengan Keberhasilan Persalinan Pervaginam pada Ibu Hamil *Postterm* di RSUD Wonosari dan RSUD Wates Tahun 2017

Variabel	Keberhasilan Persalinan						
	Pervaginam		SC		*p value*	RR	95% CI
	N	%	n	%			
Umur Ibu							
Tidak Berisiko	82	68,3	38	31,7	0,86	0,97	750-1271
Berisiko	21	70	9	30			
Paritas							
Paritas >1	65	79,3	17	20,7	0,00	1,418	1,118-1800
Paritas 1	38	55,9	30	44,1			
Jarak Anak Terakhir							
Tidak Berisiko	74	67,3	36	32,7			
Berisiko	29	72,5	11	27,5	0,54	0,92	736-1,169

Hubungan paritas dengan keberhasilan persalinan pervaginam menunjukkan *p-value* 0,00 sehingga ada hubungan yang bermakna antara paritas dengan keberhasilan persalinan pervaginam. Paritas >1 berpeluang 1,418 kali lebih besar dibanding paritas 1 untuk mengalami persalinan pervaginam (*p-value* 0,00 RR 1,418 95% CI 1,118-1,800).

Faktor umur ibu (*p-value* 0,86 RR 0,97 95% CI 750-1271) dan jarak anak terakhir (*p-value* 0,54 RR 0,92 95% CI 736-1,169) tidak menunjukkan adanya hubungan yang bermakna terhadap keberhasilan persalinan dan bukan faktor risiko.

Analisa multivariat jenis induksi persalinan dan paritas terrhadap keberhasilan persalinan pervaginam. Analisis multivariat digunakan untuk mengetahui faktor yang paling berpengaruh terhadap keberhasilan persalinan. Analisis multivariat dilakukan menggunakan

cox regression dan dinyatakan bermakna apabila *p-value* <0,1. Variabel yang disertakan dalam analisis multivariat adalah variabel yang dalam analisis bivariat memiliki *p-value* <0,25. Berdasarkan analisis bivariat di atas variabel-variabel yang berpengaruh terhadap keberhasilan persalinan pervaginam adalah jenis induksi dan paritas. Hasil analisis multivariat dapat dilihat pada tabel 8.

Tabel 8. Hubungan Variabel Jenis Induksi Persalinan dan Paritas terhadap Keberhasilan Persalinan Pervaginam pada Ibu Hamil *Postterm* di RSUD Wonosari dan RSUD Wates Tahun 2017

	B	*p-value*	RR	95,0% CI for Exp(B)	
				Lower	Upper
Jenis Induksi	,548	,071	1,73	,954	3,138
Paritas	,741	,015	2,10	1,157	3,804

Pada tabel 8 menunjukkan terdapat hubungan bermakna antara jenis induksi dengan jenis persalinan (*p-value* 0,071). Jenis induksi berpeluang 1,73 kali lebih besar untuk mengalami persalinan pervaginam (95% CI 0,95-3,14). Faktor paritas menunjukkan hubungan bermakna dengan jenis persalinan (*p-value* 0,015). Paritas 1 berisiko 2,10 kali lebih besar untuk mengalami persalinan SC dibanding paritas >1 (95% CI 1,16-3,80). Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa faktor paritas berpengaruh lebih besar dibanding faktor jenis induksi terhadap keberhasilan persalinan pervaginam.

B. Pembahasan

Penelitian ini meneliti tentang pengaruh jenis persalinan terhadap keberhasilan persalinan, yaitu tentang jenis induksi foley kateter dan induksi misoprostol yang diberikan kepada ibu hamil *postterm* dengan jumlah sampel sebanyak 150 subjek. Penelitian ini juga meneliti tentang faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan persalinan, yaitu umur ibu, paritas, dan jarak anak terakhir. Pada ibu hamil *postterm* masih ada variasi pemberian jenis induksi persalinan. Di RSUD Wonosari sesuai SOP nya menggunakan induski foley kateter dan di RSUD Wates menggunakan induksi misoprostol.

Kehamilan *postterm* adalah kehamilan lewat waktu 294 hari setelah mens terakhir atau 280 hari setelah ovulasi.[19] Pengaruh kehamilan *postterm* salah satunya adalah kematian janin dalam kandungan.[20] Pertimbangan anjuran induksi diharapkan akan mengurangi risiko kematian janin atau angka kesakitan ibu.[21]

Induksi persalinan adalah tindakan terhadap ibu hamil yang belum inpartu, baik secara operatif maupun mechanical, untuk merangsang timbulnya his sehingga terjadi persalinan.[20] Terdapat beberapa jenis induksi persalinan yang lazim digunakan yaitu farmakologi dan non farmakologi.[5] Induksi misoprostol adalah usaha untuk membuat persalinan dengan pemberian misoprostol dalam bentuk vaginal tablet yang diberikan dengan dosis 25 mikrogram (1/8 tablet) dengan interval pemberian 5 jam[36].

Sebagian besar subjek penelitian berada pada kategori umur tidak berisiko, paritas >1, dan jarak anak terakhir tidak berisiko. Hasil penelitian menunjukkan bahwa persentase persalinan pervaginam masih lebih tinggi dibanding persalinan SC, baik pada kelompok berisiko maupun tidak berisiko. Hal ini menunjukkan bahwa ibu hamil yang dilakukan induksi tetap memiliki peluang lebih besar untuk bersalin secara pervaginam dibanding SC.

Hasil penelitian ini menunjukkan adanya pengaruh jenis induksi terhadap keberhasilan persalinan pervaginam (*p-value* 0,07). Jenis induksi misoprostol berpeluang 1,28 kali lebih besar untuk mengalami persalinan pervaginam dibanding induksi foley kateter. Penelitian Komalasari tahun 2016 yang dilakukan terhadap ibu hamil *postterm* yang mendapatkan induksi misoprostol menunjukkan persalinan lebih cepat (*p-value* 0,000).[14] Penelitian Lestari pada tahun 2013 juga menunjukkan bahwa pada ibu hamil yang diinduksi misoprotol memiliki masa persalinan lebih singkat (*p-value* <0.001).[35] Penelitian Roudsari, dkk tahun 2011 membandingkan persalinan pervaginam pada induksi misoprostol dan foley kateter, menunjukkan bahwa jenis induksi berhubungan signifikan dengan keberhasilan persalinan (*p-value* <0,01). Persalinan pervaginam pada induksi misoprostol lebih besar secara signifikan dibanding pada induksi foley, lama persalinan juga lebih pendek dibanding induksi foley kateter (*p-value* <0,05). [37] Penelitian Noor, Ansari, Ali, dan Parveen tahun 2015 juga menunjukkan bahwa angka persalinan pervaginam pada

induksi misoprostol lebih tinggi secara signifikan dibanding foley (76,7% : 56,8%) *p-value* <0,05.[38]

Induksi misoprostol dari beberapa hasil penelitian dilaporkan lebih efektif dibandingkan induksi foley kateter, namun pengggunaan induksi misoprostol harus dipertimbangkan mengingat efek samping yang ditimbulkannya. Dari tinjauan teori bahwa induksi misoprostol memiliki efek samping. Efek samping misoprostol yang sering dilaporkan adalah, mual, muntah, nyeri perut, demam dan mengigil. Efek samping ini tergantung dari dosis yang diberikan. Dosis yang tinggi ataupun interval yang dipendekkan berhubungan dengan tingginya efek samping dari misoprostol itu sendiri terutama gejala hiperstimulasi yang ditandai dengan kontraksi yang bertahan lebih dari 90 detik atau lebih dan meningkatkan kejadian ruptur uteri atau kegawatan janin.[24]

Noor, Ansari, Ali dan Parveen tahun 2015 dari hasil penelitiannya menyebutkan meskipun tingkat keberhasilan persalinan pervaginam diinduksi misoprostol lebih tinggi dibanding foley kateter (76,7% banding 56,8%), tetapi hiperstimulasi uterus juga lebih banyak terjadi di misoprostol (11,7%) dibanding pada kelompok foley (0%).[38] Hasil penelitian yang dilakukan Azubuike, I J., *et al*,2015 menyebutkan bahwa induksi misoprostol dengan dosis lebih besar yaitu 50 mcg memiliki efek samping hiperstimulasi dan berakibat pada persalinan SC oleh karena keadaan *fetal distress* akibat dari hiperstimulasi uterus.[45] Studi kasus oleh Rydahl dan Aaroe tahun 2014 menunjukkan bahwa terdapat kasus ruptur

uteri pada ibu bersalin dengan riwayat kehamilan normal dan tidak ada riwayat SC yang diberikan induksi misoprostol 25 mcg . Studi kasus tersebut menggarisbawahi perlunya melaporkan efek samping dari penggunaan misoprostol untuk induksi persalinan.[46] Efek samping lain ditunjukkan oleh penelitian Gomez,*et.al* tahun 2016 dengan adanya kejadian atonia uteri pada ibu pasca induksi lebih banyak terjadi pada induksi misoprostol (4 kasus) dibanding pada induksi foley kateter (1 kasus).[47]

Induksi misoprostol menjadi kontra indikasi pada ibu dengan riwayat persalinan SC atau persalinan VBAC (*vaginal birth after caesarea*). Berbeda dengan induksi misoprostol, induksi foley kateter diperbolehkan dan aman pada kasus VBAC. Penelitian Gonzalves, *et.al* (2016) menyatakan bahwa penggunaan induksi dengan foley kateter pada ibu dengan riwayat SC aman dilakukan, memiliki tingkat keberhasilan tinggi, dan berisiko rendah bagi ibu maupun bayi.

Paritas berhubungan dengan his. Kelainan his yang ditemukan pada primigravida tua berupa partus lama dan multipara berupa inersia uteri.[28] Hasil analisis pada penelitian ini menunjukkan faktor paritas memiliki hubungan yang bermakna terhadap keberhasilan persalinan (*p-value* 0,015). Faktor paritas juga menjadi faktor yang paling berpengaruh terhadap jenis persalinan. Paritas 1 berisiko lebih besar untuk mengalami persalinan SC dibandingkan paritas >1 (95% CI 1,16-3,80). Penelitian Qublan, dkk tahun 2012 membedakan kelompok umur menjadi 3 yaitu,

<25; 25-35; dan >35. Kelompok paritas dibedakan dari Paritas 1 hingga Paritas 3. Hasil penelitian Qublan sesuai dengan penelitian ini dengan menunjukkan bahwa makin bertambah umur ibu (*p-value* <0,05) dan makin kecil paritas (*p-value* <0,01), maka persalinan SC makin meningkat.[39] Penelitian Al Busaidi, Al-Farisi, Ganguly, dan Gowri juga menunjukkan hasil yang sama, makin tinggi paritas maka risiko persalinan SC makin berkurang (*p-value* <0,001).[40]

Penelitian Patel, Peters, Murphy, dan ALSPAC Study Team tahun 2015 menunjukkan bahwa makin bertambah umur ibu maka risiko mengalami persalinan SC makin meningkat.[41] Bertolak belakang dengan penelitian sebelumnya, penelitian Qublan, dkk menunjukkan terdapat hubungan signifikan antara umur ibu dan peningkatan persalinan SC. Makin tua umur ibu, maka risiko persalinan SC makin meningkat[39] Penelitian Dunn, Kumar, dan Beckmann tahun 2017 mengenai pengaruh umur ibu dengan induksi persalinan pada persalinan seksio sesaria, juga menunjukkan bahwa ibu dengan umur lanjut mengalami kenaikan 2 kali untuk terjadinya seksio sesaria namun sebagian besar ibu umur lanjut melahirkan secara normal pervaginam.[42] Hasil yang berbeda juga ditunjukkan oleh penelitian Benli, Benli, Ustak, Atakul, dan Korogulu tahun 2015 menyatakan bahwa tidak ada perbedaan signifikan persalinan

sesar pada usia lanjut (>35) dibanding kelompok kontrol (ibu umur30-34).[43]

Hasil pada penelitian ini menunjukkan faktor umur ibu (*p-value* 0,92) tidak ada hubungan yang bermakna dengan keberhasilan persalinan. Umur ibu pada penelitian ini dikelompokkan berdasarkan usia berisiko (<20 tahun, >35 tahun) dan tidak berisiko (20-35 tahun). Umur di bawah 20 tahun, organ reproduksinya masih belum begitu sempurna dan hormon belum berfungsi dengan baik. Selain itu keadaan psikologis, emosional, dan pengalaman yang belum pernah dialami sebelumnya dan mempengaruhi kontraksi uterus menjadi tidak aktif, yang nantinya akan mempengaruhi lamanya persalinan. Ibu dengan umur lebih dari 35 tahun kerja organ-organ reproduksinya sudah mulai lemah, dan tenaga ibu pun sudah mulai berkurang, hal ini akan membuat ibu kesulitan untuk mengejan yang pada akhirnya apabila ibu terus-menerus kehilangan tenaga karena mengejan akan terjadi partus lama.

Jarak antar kehamilan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi keberhasilan persalinan pervaginam. Umur anak terakhir yang lebih dari lima tahun berisiko untuk mengalami persalinan SC. Kekakuan serviks menghalangi pembukaan, sehingga lebih banyak dikerjakan tindakan operasi. Penelitian Bener, dkk tahun 2012 mengelompokkan jarak antar kehamilan menjadi 3 kelompok, yaitu 6-12

bulan; 13-23 bulan; dan 24-84 bulan. Penelitian ini menunjukkan bahwa persalinan normal lebih banyak terjadi pada jarak antar kehamilan yang pendek (*p-value* 0,001).[44]

Penelitian ini mengelompokkan jarak anak terakhir menjadi 2, yaitu ≤5 tahun dan >5 tahun. Namun, pada penelitian ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara jarak anak terakhir dengan keberhasilan persalinan (*p-value* 0,54).

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Jenis induksi berpengaruh terhadap keberhasilan persalinan pervaginam pada ibu hamil *postterm* di RSUD Wonosari dan RSUD Wates tahun 2017 (p *value* 0,07, RR 1,289 95% CI 1,033-1,609).
2. Induksi persalinan menggunakan misoprostol memiliki persentase keberhasilan persalinan pervaginam lebih tinggi dibanding induksi foley kateter (77,3% dibanding 60%).
3. Induksi persalinan menggunakan misoprostol berpeluang 1,289 kali untuk mengalami keberhasilan persalinan pervaginam dibanding menggunakan induksi foley kateter.
4. Variabel luar yang paling berpengaruh terhadap keberhasilan persalinan pervaginam adalah paritas. Keberhasilan persalinan pada paritas >1 memiliki peluang lebih besar dibandingkan paritas 1.
5. Paritas secara statistik berpengaruh terhadap keberhasilan persalinan pada ibu hamil *postterm* ((*p-value* 0,00 RR 1,41 95% CI 1,118-1,800).

B. Saran

1. Bagi Pimpinan Rumah Sakit

   Rumah sakit dalam pembuatan kebijakan SOP pada kehamilan *postterm* bisa mempertimbangkan penggunaan variasi jenis induksi sebagai pilihan disesuaikan dengan beberapa keadaan umum pasien.

2. Bagi Pelaksana Kebidanan

Bagi dokter, diharapkan dokter dan residen obsgyn dapat mempertimbangkan pemberian induksi persalinan dengan misoprostol untuk penanganan kasus *postterm* yang pada keadaan tertentu tidak dapat dilakukan pemasangan induksi foley kateter seperti pada kasus ketuban pecah dini (KPD). Jenis induksi misoprostol lebih efektif dalam keberhasilan persalinan pervaginam, dan dapat direkomendasikan untuk induksi persalinan dengan mempertimbangkan efek samping dari induksi misprotol yang dapat membahayakan ibu seperti *rupture uteri imminent* (RUI) dan *fetal distress* atau gawat janin akibat dari hiperstimulasi. Pengawasan lebih intensif pada ibu hamil *postterm* yang mendapatkan induksi misoprostol mengingat efek samping yang dapat ditimbulkan dari pemakaian induksi misoprostol ini. Bagi bidan yang bekerja di RS dapat melakukan pengawasan pasca induksi persalinan sesuai dengan SOP yang belaku di RS. Bagi bidan yang praktek mandiri dapat melakukan deteksi dini terhadap kehamilan *postterm*, sehingga dapat mencegah keterlambatan rujukan yang bisa berakibat terjadinya kematian bayi maupun ibu. Tindakan skrining dilakukan sebelum hari perkiraan lahir (HPL), bidan dapat menyarankan kepada ibu untuk kunjungan ulang pada saat HPL,meskipun belum merasakan tanda-tanda persalinan. Pada kunjungan ini jika belum ditemukan adanya tanda-tanda persalinan bidan harus memastikan jika keadaan kesejahteraan bayi yang ditandai dengan denyut jantung janin baik dan gerak aktif, selama ketuban belum pecah

menyarankan kepada ibu dan suami untuk melakukan hubungan badan karena prostaglandin dapat merangsang kontraksi. Pastikan ibu untuk kunjungan ulang 3 hari lagi dan pengawasan gerakan janin di rumah minimal >10 kali dalam 24 jam. Pada kunjungan ulang setelah HPL jika belum ada tanda-tanda persalinan maka bidan harus melakukan rujukan ke RS untuk tindakan lanjutan. Skrining yang tepat diharapkan dapat menurunkan kejadian *postterm* dan menurunkan kejadian komplikasi dari kehamilan *postterm*.

3. Bagi peneliti lain

   Bagi peneliti selanjutnya diharapkan dapat mengembangkan penelitian serupa dengan melakukan penelitian dampak atau efek samping dari pemberian induksi persalinan dan faktor-faktor lain yang mempengaruhi keberhasilan persalinan pervaginam. Pengukuran variabel yang diteliti menggunakan skala numerik sehingga didapatkan hasil penelitian yang lebih baik.

DAFTAR PUSTAKA

1. Pusat Data dan Informasi Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. Kemenkes RI: Jakarta.2014.

2. Universal Sustainable Development Goals Understanding The Transformational Challenge For Developed Countries Report Of A Study By Stakeholder Forum. Mei 2015.

3. Dinas Kesehatan D.I Yogyakarta,*Profil Kesehatan DIY 2016.* Yogyakarta : Dinas Kesehatan Yogyakarta.2016.

4. *American College of Obstetricians and Gynecologist,Determination of Gestatinal by Ultrasound,*2014.

5. Cunningham,Gary,*et al. Williams Obstetrics*,23 rd Ed United State of America : MC Graw Hill Companies Inc. 2013.

6. Divon dan Feldman Leidner, *Postdate and Antenatal Testing,* Departement of Obstetric and Gynecology,Lenox Hospital,New York. July 2008.

7. Lestary, Esa, John Rambulangi, dan Retno B Fared. *Perbandingan efektifitas misoprostol sub lingual 25 Mcg, per vaginam 25 Mcg, dan drip oksitosin 5 iu untuk induksi Persalinan.* Obstetri Gineklologi Fakultas Kedokteran Universitas Hasannudin Makasar. 2013.

8. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. *Induction of labour*. London: RCOG Press. 2008.

9. Kementerian Kesehatan RI. *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu Di Fasilitas Kesehatan Dasar Dan Rujukan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. 2013.

10. Wijepala, Jagad dan Najimudeen M. Comparison of 30 ml and 60 ml Folley Cateter for Cervical Ripening in Srilanka Hospital. *Europan Scientific*. 2013.

11. Gonzalves, Hazel, et.al. *Use of Intracervical Foley Catheter for Induction of Labour in Cases of Previous Caesarean Section Experience of a single tertiary* centre in Oman. *Sultan Qaboos University Med J,* November 2016, Vol. 16, Iss. 4, pp. e445–450, Epub. 30 Nov 16.

12. Wulandari, Sumarah, Margono,. *Perbandingan Keberhasilan Persalinan Antara Misoprostol Dan Foley Kateter Pada Postterm.* Jurnal Kesehatan Ibu Dan Anak. [S.L.], V. 9, N. 1, P. 14-18, Mar. 2017. Available at: <https://ejournal.poltekkesjogja.ac.id/index.php/JKIA/article/view/52>.

13. Permana AW., Gede Angga, Putera Kemara, dan I Wayan Megadhana. *Misoprostol Untuk Induksi Persalinan Pada Kehamilan Aterm*. FK Universitas Udayana: Denpasar.2016.

14. Komalasari. Perbandingan Lama Pemberian Induksi Antara Induksi Misoprostol Per Oral Dan Balon Kateter Pada Kehamilan Postmatur Di Rsud Wates. *E-Journal Politeknik Tegal*. Vol 6, No 2. 2017.

15. Republik Indonesia. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 369/MENKES/SK/III/2007. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

16. Kehl S, Weiss C, Dammer U, Heimrich J, Beckmann MW, Faschingbauer F, Sütterlin M. Double-balloon kateter and sequential oral misoprostol versus oral misoprostol alone for induction of labour at term: a retrospective cohort study. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, Volume 204, 78 – 82. 2016. Diakses dari https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27525685 tanggal 31 Agustus 2017.

17. Widyantoro, Andrian Eko. *Perbandingan Keefektifan Induksi Kateter Balon Dan Misoprostol Dengan Misoprostol Saja Terhadap Keberhasilan Persalinan Vaginal*. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada. Diakses dari http://etd.repository.ugm.ac.id/index.php?mod=penelitian_detail&sub=Penelitian Detail&act=view&typ=html&buku_id=46190 tanggal 31 Agustus 2017.

18. Kehl S, Ziegler J, Schleussner E, Tuschy B, Berlit S, Kirscht J, Hägele F, Weiss C, Siemer J, Sütterlin M. Sequential use of double-balloon catheter and oral misoprostol versus oral misoprostol alone for induction of labour at term (CRBplus trial): a multicentre, open-label randomised controlled trial. *BJOG* 2015*;*122*:*129–136. Diakses dari https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25327872 tanggal 31 agustus 2017.

19. Varney, Helen et all. *Buku Ajar Asuhan Kerbidanan* Edisi IV . Jakarta : EGC. 2007.

20. Saifuddin, Bari. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal* ed.1 cet.13. Jakarta : PT.Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. 2014.

21. Manuaba IBG. *Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan*. Jakarrta : EGC. 2010.

22. Norwitz, Errol R. John O. Schorge. *Obstetrics Ginaecology at a Glance*. Jakarta: Erlangga. 2007.

23. Berghella, Vicenzo. *Obstetri Evidence Based Guideline*. USA. 2012.

24. Acton, Q.Ashton. *Advances in Synthetic Prostaglandin E Research and Application*.2012 Edition. Georgia: Publish by Scholary Editions.2012.

25. Beckman,Charles.R.B,Frank W. Ling, Barbara M. Barzanky.*Obstetrics and Gynecology*.Sixth Edition.American : ACOG.2010.

26. J. Leveno, Keneth . *Williams Manual of Obsteterics*, 21st Ed. Jakarta: EGC. 2009.

27. Mochtar Rustam. *Sinopsis Obstetric*. Jakarta : EGC. 2007.

28. Saifuddin Bari. Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo. Jakarta : PT.Bina Pustaka. 2014.

29. Friedman. *Labor :Clinical Evaluation and Management.*Michigan:Appleton-Century-Crofts. 2008

30. Oxorn,Foote. *Human Labor And Birth*. Sixth edition.Canada: McGraw Hill Professional.2013

31. Notoatmodjo, Soekidjo. *Metode Penelitian Kesehatan.* Jakarta:PT Rineka Cipta. 2010.

32. Sastroasmoro, Sudigdo. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis.* Jakarta: CV. Sagung Seto. 2014.

33. Seniati, R. *Psikologi Eksperimen*. Jakarta : Indeks. 2011.

34. Arikunto, S. "*Prosedur Penelitian Suatu endekatan Praktek."* Jakarta : Rineka Cipta. 2010.

35. Lestari, R.T., dan Wardani, Y. Induksi Persalinan Dengan Kejadian Asfiksia Pada Bayi Baru Lahir. *Jurnal Ilmu Kebidanan*, Volume I, Nomor 1, 2013.

36. Dianggra, P.S. Perbandingan Induksi Misoprostol Dengan Induksi Oksitosin Terhadap Lama Persalinan Pada Kehamilan Postterm di RSU PKU Muhammadiyah Delanggu Klaten. *Jurnal Kedokteran Indonesia*, Vol. 1, No. 2.

37. Roudsari, Fatemeh Vahid, et.al. Comparison of Vaginal Misoprostol with Foley Catheter for Cervical Ripening and Induction of Labor. *Iranian Journal of Pharmaceutical Research* (2011), 10 (1): 149-154.

38. Noor, Nasreen, Mehkat Ansari, S. Manazir Ali, dan Shazia Parveen. Foley Catheter versus Vaginal Misoprostol for Labour Induction. *International Journal of Reproductive Medicine Volume* 2015 (2015), Article ID 845735, 4 pages.

39. Qublan, Hussein, Ahmad Alghoweri, Mohammad Al-Taani, Sami Abu-Khait, Areej Abu-Salem, dan Ahmad Merhej.Cesarean section rate: The effect of age

and parity. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research.* Volume 28, Issue 1 February 2012 Pages 22–25

40. Al Busaidi, Ibrahim, Yahya Al-Farsi, Shyam Ganguly,dan Vaidyanathan Gowri. Obstetric and Non-Obstetric Risk Factors for Cesarean Section in Oman. *Oman Medical Journal* (2012) Vol. 27, No. 6: 478-481.

41. Patel, Roshni R, Tim J Peters, Deirdre J Murphy and the ALSPAC Study Team. Prenatal risk factors for Caesarean section Analyses of the ALSPAC cohort of 12 944 women in England.*International Journal of Epidemiology* 2005;34:353–367.

42. Dunn, Liam, Sailesh Kumar,dan Michael Beckmann. Maternal age is a risk factor for caesarean section following induction of labour. Volume 57, Issue 4 August 2017 Pages 426–431

43. Benli, Ali Ramazan , Neriman Cetin Benli, Abdullah Taner Usta, Tolga Atakul, dan Mustafa Koroglu. Effect of Maternal Age on Pregnancy Outcome and Cesarean Delivery Rate. *J Clin Med Res*. 2015;7(2):97-102

44. Bener, dkk. The impact of the interpregnancy interval on birth weight and other pregnancy outcomes. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 12 (3): 233-241 jul. / set., 2012.

45. Azubuike, I J., G Bassey, dan AOU Okpani. 2015. Comparison of 25 and 50 microgram of misoprostol for induction of labour in nulliparous women with postdate pregnancy in Port Harcourt. *Nigerian Journal of Clinical Practice.* Mar-Apr 2015. Vol 18. Issue 2

46. Rydhal Eva dan Jette Aaroe Clausen. An Unreported Uterine Rupture in an Unscarred Uterus After Induced Labor With 25 μg Misoprostol Vaginally. Case Reports inWomen's Health 1 (2014) 8–10.

47. Gomez, Jorge Duro, *et.al*. vaginal misoprostol and cervical ripening balloon for induction of labor in late-preterm pregnancies. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. Res. Vol. 43, No1:87-91, January 2017.

PEMERINTAH KABUPATEN GUNUNGKIDUL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH WONOSARI
Jalan Taman Bhakti Nomor 06 Wonosari Gunungkidul 55812
Telepon (0274) 391007, 391288 Fax (0274) 393437,
Email : rsudwonosari@gmail.com,Web: www.rsudwonosari.web.id

Wonosari, 31 Oktober 2017

Kepada,

800/ 3[illegible] / 2017

Yth Kepala
di
RSUD Wonosari

Permohonan Bantuan sebagai Responden

Memperhatikan Surat dari Kantor Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Nomor : 0916/PEN/X/2017, tanggal 26 Oktober 2017 Perihal Surat Keterangan / Ijin, maka bersama ini kami sampaikan bahwa RSUD Wonosari digunakan sebagai lokasi penelitian mahasiswa POLTEKES KEMENKES YOGYAKARTA

Nama : HENI RETNANINGSIH

Judul Penelitian : "PENGARUH JENIS INDUKSI PERSALINAN TERHADAP KEBERHASILAN PERSALINAN PERVAGINAM PADA IBU HAMIL POSTTERM DI RSUD WONOSARI TAHUN 2017"

Sehubungan hal tersebut, kami mohon bantuan Kepala Ruang sebagai Responden dalam penelitian tersebut.

Demikian atas permohonannya di ucapkan terima kasih.

DIREKTUR,

dr. HERU SULISTYOWATI, Sp.A
Pembina Tk.I, Gol. IV/b
NIP. 19700206 199903 2 004

PEMERINTAH KABUPATEN KULON PROGO

RUMAH SAKIT UMUM DAERAH WATES

Jl. Tentara Pelajar Km. 1 No. 5 Wates Kabupaten Kulon Progo Telp. (0274) 773169

No : 423/3162/ / 13 / RS / XI / 2017
Lamp : -
Hal : Ijin Penelitian

Kepada
Yth .....
Di
RSUD Wates

Dengan hormat,

Memperhatikan surat dari Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Yogyakarta, No : 070.2/00917/IX/2017, Tanggal 25 Oktober 2017, Perihal : Surat Keterangan/Ijin Penelitian. Bersama ini memberikan ijin kepada :

Nama	:	Heni Retnaningsih
NIM	:	P07124216102
Pendidikan	:	D IV Alih Jenjang Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

Untuk melakukan Penelitian di Rumah Sakit Umum Daerah Wates Kabupaten Kulon Progo, dengan :

Judul	:	PENGARUH JENIS INDUKSI PERSALINAN TERHADAP KEBERHASILAN PERSALINAN PERVAGINAM PADA IBU HAMIL POSTERM DI RSUD WONOSARI DAN RSUD WATES TAHUN 2017
Waktu	:	25 Oktober 2017 s/d 25 Januari 2018

Sehubungan dengan hal tersebut, dimohon kepada Bapak/ Ibu/ Saudara mengijinkan memberikan data yang diperlukan kepada mahasiswa tersebut.

Kemudian atas perhatiannya, diucapkan terima kasih.

Wates, 02 November 2017
DIREKTUR

RUMAH SAKIT UMUM DAERAH WATES

dr. Eko Indriyati, Sp.A
Pembina Utama Muda, IV/c
NIP. 19620729 198812 2 001

PEMERINTAH KABUPATEN GUNUNGKIDUL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH WONOSARI
Jalan Taman Bhakti Nomor 06 Wonosari Gunungkidul 55812
Telepon (0274) 391007, 391288 Fax. (0274) 393437,
Email : rsudwonosari06@gmail.com,Web : www.rsudwonosari.web.id

SURAT KETERANGAN
Nomor : 800/ 092 /2018

Yang bertanda tangan di bawah ini Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Wonosari Kabupaten Gunungkidul :

Nama	: dr. Heru Sulistyowati, Sp.A
NIP	: 19700206 199903 2 004
Pangkat/Golongan	: Pembina Tk.I Gol. IV/b
Jabatan	: Direktur RSUD Wonosari Kabupaten Gunungkidul

Dengan ini menerangkan dengan sesungguhnya bahwa :

Nama Mahasiswa	: HENI RETNANINGSIH
Nomor Mahasiswa	: P07124216102
Program Study	: D.IV ALIH JENJANG JURUSAN KEBIDANAN POLTEKES KEMENKES YOGYAKARTA

Benar – benar telah mengadakan penelitian dengan judul "PENGARUH JENIS INDUKSI PERSALINAN TERHADAP KEBERHASILAN PERSALINAN PERVAGINAM PADA IBU HAMIL POSTTERM DI RSUD WONOSARI TAHUN 2017" di Rumah Sakit Umum Daerah Wonosari Kabupaten Gunungkidul.

Demikian surat keterangan ini dibuat, bagi yang berkepentingan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Wonosari, 1&2 Januari 2018

DIREKTUR,

dr. HERU SULISTYOWATI, Sp.A
Pembina Tk.I, Gol.IV/b
NIP. 19700206 199903 2 004

PEMERINTAH KABUPATEN KULON PROGO
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH WATES
Jl. Tentara Pelajar Km. 1 No. 5 Wates Kabupaten Kulon Progo Telp. (0274) 773169

SURAT KETERANGAN
NO : 423/119 /1.3/RSU/2018

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama	: dr. Lies Indriyati, Sp.A
NIP	: 19620729 198812 2 001
Jabatan	: Direktur RSUD Wates Kabupaten Kulon Progo

Menerangkan bahwa :

Nama	:	Heni Retnaningsih
NIM/NIS	:	P07124216102
Instansi	:	D IV Alih Jenjang Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

Mahasiswa tersebut benar-benar telah selesai melaksanakan Penelitian di RSUD Wates Kabupaten Kulon Progo, dengan judul : "PENGARUH JENIS INDUKSI PERSALINAN TERHADAP KEBERHASILAN PERSALINAN PERVAGINAM PADA IBU HAMIL POSTERM DI RSUD WONOSARI DAN RSUD WATES TAHUN 2017 ", Pada tanggal 25 Oktober sampai dengan 03 November 2017.

Demikian surat keterangan ini dibuat dan dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Wates, 5 Januari 2018
DIREKTUR

dr. Lies Indriyati, Sp.A
Pembina Utama Muda; IV/c
NIP. 19620729 198812 2 001

KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES YOGYAKARTA

Jl. Tatabumi No. 3, Banyuraden, Gamping, Sleman, D.I. Yogyakarta Telp./Fax. (0274) 617601
Website : www.komisi-etik.poltekkesjogja.ac.id Email : komisietik.poltekkesjogja@gmail.com

PEMBEBASAN PERSETUJUAN ETIK (EXEMPTED)
No. LB.01.01/KE-01/XLV/919/2017

Yang bertanda tangan di bawah ini, Ketua Komisi Etik Penelitian Kesehatan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta, setelah dilaksanakan pembahasan dan penilaian, dengan ini memutuskan protokol penelitian yang berjudul :

"Pengaruh Jenis Induksi Persalinan terhadap Keberhasilan Persalinan Pervaginam pada Ibu Hamil Postterm di RSUD Wonosari Tahun 2017"

dengan Ketua Pelaksana/Peneliti Utama: **Heni Retnaningsih**

dapat dibebaskan dari keharusan memperoleh persetujuan etik (Exempted) untuk pelaksanaan penelitian tersebut. Pembebasan ini berlaku sejak dimulai dilaksanakannya penelitian tersebut di atas sampai dengan selesai sesuai yang tercantum dalam protokol.

Walapun demikian kami mengingatkan bahwa dalam pelaksanaan penelitian ini, peneliti tetap diminta untuk menjaga dan menghormati martabat manusia yang menjadi responden/informan dalam penelitian ini. Dengan demikian diharapkan masyarakat luas dapat memperoleh manfaat yang baik dari penelitian ini.

Pada akhir penelitian, laporan pelaksanaan penelitian harus diserahkan kepada KEPK-Poltekkes Kemenkes Yogyakarta. Jika ada perubahan protokol dan / atau perpanjangan penelitian, harus mengajukan kembali permohonan kajian etik penelitian (amandemen protokol).

Yogyakarta, 17 Oktober 2017

Ketua
Komisi Etik Penelitian Kesehatan
Poltekkes Kemenkes Yogyakarta,

POLITEKNIK KESEHATAN YOGYAKARTA
KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN

Margono, S.Pd, APP., M.Sc
NIP. 196502111986021002

Lampiran 6

ANGGARAN PENELITIAN

No	Kegiatan	Alat dan Bahan	Biaya
1	Penyusunan Proposal	Pengetikan dan penjilidan	Rp. 100.000,-
2	Seminar Proposal	Pengetikan dan penjilidan	Rp. 100.000,-
3	Revisi Proposal	Pengetikan dan penjilidan	Rp. 100.000,-
4	*Ethical clearance*	Biaya mengajukan etik penelitian	Rp. 100.000.-
6	Perizinan Penelitan	Biaya perizinan	Rp. 150.000,-
7	Pelaksanaan Penelitian	Transportasi, pengambilan data,	Rp. 300.000,-
8	Laporan	Pengetikan dan penjilidan	Rp. 100.000,-
9	Sidang	Penggandaan	Rp. 100.000,-
10	Biaya tak terduga	Lain-lain	Rp. 50.000,-
JUMLAH			Rp. 1.100.000,-

Lampiran 7

HASIL ANALISIS BIVARIAT

Induksi*Jenis Persalinan

Crosstab

			Persalinan		Total
			pervaginam	SC	
Induksi	misoprostol	Count	58	17	75
		Expected Count	51.5	23.5	75.0
		% within Induksi	77.3%	22.7%	100.0%
	foley kateter	Count	45	30	75
		Expected Count	51.5	23.5	75.0
		% within Induksi	60.0%	40.0%	100.0%
Total		Count	103	47	150
		Expected Count	103.0	47.0	150.0
		% within Induksi	68.7%	31.3%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.237[a]	1	.022		
Continuity Correction[b]	4.462	1	.035		
Likelihood Ratio	5.288	1	.021		
Fisher's Exact Test				.034	.017
Linear-by-Linear Association	5.202	1	.023		
N of Valid Cases	150				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 23,50.
b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Induksi (misoprostol / foley kateter)	2.275	1.117	4.631
For cohort Persalinan = pervaginam	1.289	1.033	1.609
For cohort Persalinan = SC	.567	.343	.936
N of Valid Cases	150		

Umur*Jenis Persalinan

Crosstab

			Persalinan		Total
			pervaginam	SC	
Umur	tidak berisiko	Count	82	38	120
		Expected Count	82.4	37.6	120.0
		% within Umur	68.3%	31.7%	100.0%
	berisiko	Count	21	9	30
		Expected Count	20.6	9.4	30.0
		% within Umur	70.0%	30.0%	100.0%
Total		Count	103	47	150
		Expected Count	103.0	47.0	150.0
		% within Umur	68.7%	31.3%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.031[a]	1	.860		
Continuity Correction[b]	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.031	1	.860		
Fisher's Exact Test				1.000	.524
Linear-by-Linear Association	.031	1	.861		
N of Valid Cases	150				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,40.
b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Umur (tidak berisiko / berisiko)	.925	.387	2.208
For cohort Persalinan = pervaginam	.976	.750	1.271
For cohort Persalinan = SC	1.056	.576	1.936
N of Valid Cases	150		

Paritas*Jenis Persalinan

Crosstab

			Persalinan		Total
			pervaginam	SC	
Paritas	>1	Count	65	17	82
		Expected Count	56.3	25.7	82.0
		% within Paritas	79.3%	20.7%	100.0%
	1	Count	38	30	68
		Expected Count	46.7	21.3	68.0
		% within Paritas	55.9%	44.1%	100.0%
Total		Count	103	47	150
		Expected Count	103.0	47.0	150.0
		% within Paritas	68.7%	31.3%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	9.449[a]	1	.002		
Continuity Correction[b]	8.393	1	.004		
Likelihood Ratio	9.496	1	.002		
Fisher's Exact Test				.003	.002
Linear-by-Linear Association	9.386	1	.002		
N of Valid Cases	150				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 21,31.
b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Paritas (>1 / 1)	3.019	1.474	6.183
For cohort Persalinan = pervaginam	1.418	1.118	1.800
For cohort Persalinan = SC	.470	.285	.775
N of Valid Cases	150		

Jarak anak terakhir* Jenis Persalinan

Crosstab

			Persalinan		Total
			pervaginam	SC	
Jarak	tidak berisiko	Count	74	36	110
		Expected Count	75.5	34.5	110.0
		% within Jarak	67.3%	32.7%	100.0%
	berisiko	Count	29	11	40
		Expected Count	27.5	12.5	40.0
		% within Jarak	72.5%	27.5%	100.0%
Total		Count	103	47	150
		Expected Count	103.0	47.0	150.0
		% within Jarak	68.7%	31.3%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.373[a]	1	.542		
Continuity Correction[b]	.169	1	.681		
Likelihood Ratio	.378	1	.538		
Fisher's Exact Test				.691	.344
Linear-by-Linear Association	.370	1	.543		
N of Valid Cases	150				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,53.
b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Jarak (tidak berisiko / berisiko)	.780	.350	1.736
For cohort Persalinan = pervaginam	.928	.736	1.169
For cohort Persalinan = SC	1.190	.673	2.105
N of Valid Cases	150		

HASIL ANALISIS MULTIVARIAT

Cox Regression

Case Processing Summary

		N	Percent
Cases available in analysis	Event[a]	103	68,7%
	Censored	47	31,3%
	Total	150	100,0%
Cases dropped	Cases with missing values	0	0,0%
	Cases with negative time	0	0,0%
	Censored cases before the earliest event in a stratum	0	0,0%
	Total	0	0,0%
Total		150	100,0%

a. Dependent Variable: time

Categorical Variable Codings[a,c]

		Frequency	(1)
Induksi[b]	1=misoprostol	75	1
	2=foley kateter	75	0
Paritas[b]	1=>1	82	1
	2=1	68	0

a. Category variable: Induksi

b. Indicator Parameter Coding

c. Category variable: Paritas

Block 0: Beginning Block

Omnibus Tests of Model Coefficients

-2 Log Likelihood

1032,191

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients[a]

-2 Log Likelihood	Overall (score)			Change From Previous Step			Change From Previous Block		
	Chi-square	df	Sig.	Chi-square	df	Sig.	Chi-square	df	Sig.
1027,653	4,487	2	,106	4,538	2	,103	4,538	2	,103

a. Beginning Block Number 1. Method = Enter

Variables in the Equation

	B	SE	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% CI for Exp(B)	
							Lower	Upper
Induksi	,245	,199	1,518	1	,071	1,277	,865	1,886
Paritas	,343	,204	2,820	1	,015	1,409	,944	2,103

Covariate Means

	Mean
Induksi	,500
Paritas	,547

Lampiran 8

NO	Kegiatan	April				Mei				Juni				Juli				Agustus				September				Oktober				November				Desember			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Penyusunan Proposal	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																		
2	Seminar Proposal																			■																		
3	Revisi Proposal																				■	■																
4	Mengurus Izin Penelitian																						■															
6	Pelaksanaan Penelitian																							■	■	■	■	■	■								
7	Pengolahan Data																													■	■						
8	Penyusunan Skripsi																															■	■	■	■		
9	Seminar Skripsi																																			■	
10	Revisi Skripsi																																				■