



Vaginal Birth After Cesarean (VBAC)

SHOULD WE DO IT?

dr. Jonathan Kevin Djuanda

Angka persalinan secara operatif / *Sectio Caesarea* (disingkat SC) di dunia saat ini dinilai telah meningkat dratis melebihi anjuran *World Health Organization* (WHO). Angka operasi SC di Amerika Serikat saat ini adalah 32% dari seluruh persalinan, meningkat 53% sejak tahun 1996.¹ Hal ini menyebabkan peningkatan penyakit dan komplikasi yang berhubungan dengan SC, seperti plasenta previa dan plasenta akreta.² Pandangan “*once cesarean, always a cesarean*” dinilai juga berkontribusi dalam peningkatan dilakukannya SC. Akan tetapi pandangan ini telah diubah dengan fakta bahwa persalinan spontan per vaginam (PSP) setelah riwayat persalinan caesarea (VBAC) sangat dimungkinkan, selama memenuhi kriteria yang telah disusun. Guise, *et al* melaporkan bahwa angka keberhasilan VBAC mencapai 75%, dengan angka komplikasi bahkan kurang dari 1%.³ ACOG menyatakan bahwa 60-80% ibu hamil yang menggunakan VBAC akan berhasil.^{1,2}

VBAC diawali terlebih dahulu dengan percobaan persalinan atau “*Trial of Labor After Previous Cesarean Delivery*” (TOLAC). Risiko yang dihadapi pasien dalam TOLAC sama dengan pasien yang akan dilakukan SC elektif ulangan, seperti perdarahan, infeksi, tromboembolisme, histerektomi, dan kematian. TOLAC yang berlangsung baik akan diakhiri dengan VBAC. Pada tahun 2010 ACOG mengeluarkan panduan yang menyatakan bahwa VBAC adalah pilihan yang tepat dan aman bagi sebagian besar wanita yang pernah dilakukan SC sebelumnya.¹ TOLAC juga dapat dipertimbangkan pada wanita yang riwayat operasi sebelumnya tidak jelas.^{1,2} **Tabel 1** menunjukkan faktor-faktor yang dapat meningkatkan atau menurunkan keberhasilan TOLAC.

ACOG merekomendasikan bahwa sebagian besar wanita dengan riwayat satu kali operasi SC sebelumnya dengan

insisi segmen bawah rahim (SBR) harus dijelaskan mengenai VBAC dan ditawarkan untuk dilakukan TOLAC. Bila diketahui bahwa wanita tersebut memiliki risiko tinggi terjadinya komplikasi seperti insisi uterus klasik atau bentuk T, riwayat ruptur uterus atau dengan kontraindikasi PSP, seperti plasenta previa, maka TOLAC bukanlah pilihan.

Makrosomia. Ibu hamil dengan bayi makrosomia (berat bayi lebih dari 4000 gr) memiliki angka keberhasilan VBAC lebih rendah. Bila pada persalinan sebelumnya terjadi distosia, angka keberhasilan VBAC juga lebih rendah, termasuk bila berat bayi pada kehamilan yang sekarang lebih besar daripada pada persalinan yang dilakukan SC.

Usia kehamilan lebih dari 40 minggu. Beberapa penelitian menyatakan bahwa angka keberhasilan VBAC lebih rendah pada pasien dengan usia kehamilan lebih dari 40 minggu. Penyebabnya masih belum diketahui, namun usia kehamilan lebih dari 40 minggu **bukanlah** kontraindikasi dilakukannya TOLAC.^{1,2}

Tessmer-Tuck, *et al* menyatakan bahwa faktor independen yang mempengaruhi secara langsung keberhasilan VBAC adalah: usia kurang dari 30 tahun, indeks massa tubuh kurang dari 30, riwayat VBAC sebelumnya, riwayat PSP sebelumnya, dan tidak adanya indikasi untuk dilakukan SC ulangan.⁴ Ada dua metode prediktor yang sering digunakan, yaitu nomogram yang disusun oleh Grobman WA, *et al*, (Lihat **Gambar 1**)^{4,5} dan sistem skoring yang disusun oleh Flamm, *et al* (Lihat **Tabel 2**).^{3,6} Selain kedua model ini, banyak penelitian lain yang berusaha menyusun model dan skoring untuk memprediksi keberhasilan TOLAC dan VBAC. Penggunaan skoring dan model prediktor hanya untuk membantu menyusun keputusan dilakukannya TOLAC dan VBAC.

Saat ini nomogram Grobman lebih banyak digunakan karena tidak menggunakan data antepartum, sehingga bisa memprediksi keberhasilan VBAC sebelum pasien memasuki proses persalinan. Skoring Flamm, *et al* membutuhkan data antepartum dan selain itu skoring ini disusun pada tahun 1997 sehingga sudah cukup lama dan membutuhkan evaluasi lebih lanjut.

Skor pasien menurut **Tabel 2** ini dijumlahkan dan angka persentase keberhasilannya dapat dilihat berdasarkan tabel di bawah ini (lihat **Tabel 3**).

Dilakukannya VBAC memungkinkan untuk menurunkan risiko perdarahan dan infeksi, termasuk mempercepat pemulihan paska persalinan. VBAC juga mengurangi risiko terkait operasi SC, seperti cedera pada kandung kemih dan saluran cerna, adhesi dan plasenta akreta.^{2,7} Salah satu komplikasi utama VBAC adalah risiko terjadinya ruptur uterus dan kegagalan ke-

Tabel 3. Persentase Keberhasilan VBAC Berdasarkan Skoring Flamm, *et al*⁶

Jumlah Skor	Persentase
≤ 2	49%
3	60%
4	67%
5	77%
6	87%
7	93%
≥ 8	95%

*Dengan rentang skor 0 - 10

majuan persalinan. Risiko ruptur dilaporkan meningkat bila dilakukan induksi, namun banyak penelitian yang memberikan hasil yang bervariasi, sehingga pertimbangan dilakukannya induksi masih belum jelas. Risiko terjadinya ruptur sangatlah rendah, hanya 0,7-0,9%,^{1,2,8} dengan catatan ibu hamil memiliki riwayat persalinan sebelumnya yang mendukung dilakukannya TOLAC. Perlu dicatat bahwa pasien yang akan dilakukan TOLAC harus berada dalam situasi di mana operasi SC darurat dapat dilakukan seandainya

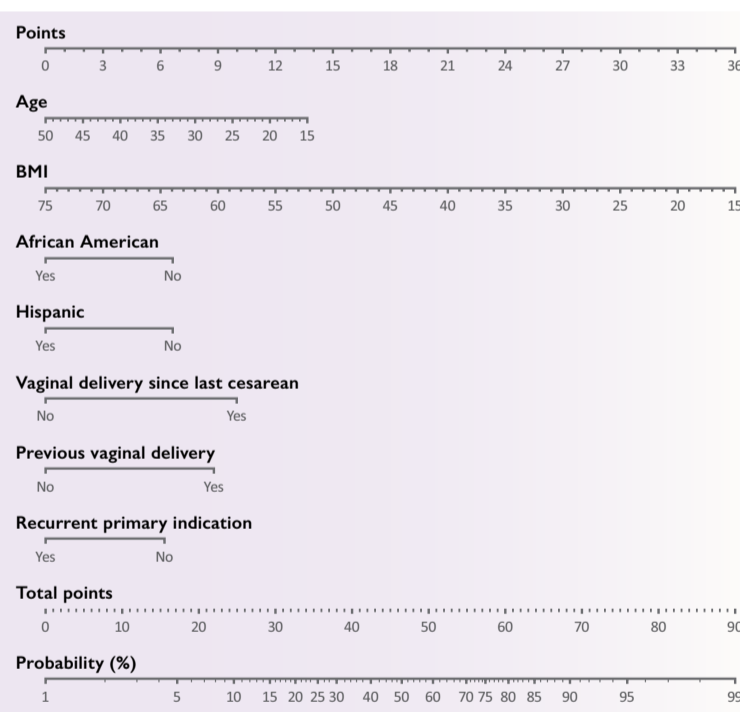
terjadinya kesulitan atau komplikasi selama proses persalinan.

Permasalahan utama yang dihadapi pelaksanaan VBAC adalah rumah sakit dan tenaga medis yang masih ragu oleh karena adanya risiko komplikasi.⁹ Dhillon, *et al* menemukan bahwa selain permasalahan di tenaga medis, ketidaktahuan pasien juga mempersulit pelaksanaan VBAC. Dilaporkan bahwa banyak pasien di India memilih untuk dilakukan SC atau SC ulangan sekalipun tidak ada indikasi mutlak dikarenakan ingin menghindari persalinan normal yang dinilai menyakitkan.

Selain itu, tindakan SC yang saat ini dinilai aman oleh karena kemajuan dalam anesthesia yang baik, teknik bedah yang semakin maju, dan obat-obatan yang semakin baik juga membuat dokter banyak menyarankan SC, termasuk untuk menghindari litigasi.⁸ Di harapkan bahwa di masa depan, pengetahuan yang mendalam mengenai riwayat obstetri pasien serta peralatan yang memadai, serta perubahan sikap baik tenaga medis maupun pasien akan mendukung dilakukannya VBAC, sehingga dengan demikian dapat menurunkan angka persalinan SC. **MD**

Daftar Pustaka

1. Armstrong C. ACOG Updates Recommendations on Vaginal Birth After Previous Cesarean Delivery. *AAFP* 2011;83(2):215-217.
2. ACOG practice bulletin no. 115. Vaginal birth after previous cesarean delivery. *Obstet Gynecol*. 2010;116(2):452
3. Nilsson C, Lundgren I, Smith V, *et al*. Women-centred interventions to increase vaginal birth after caesarean section (VBAC): A systematic review. *Midwifery* 2015; 31: 657-663
4. Tessmer-Tuck JA, El-Nashar SA, *et al*. Predicting Vaginal Birth after Cesarean Section: A Cohort Study. *Gynecol Obstet Invest* 2014;77:121-126.
5. Grobman WA, Lai Y, Landon MB, *et al*. Development of a nomogram for prediction of vaginal birth after cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2007; 109:806-812.
6. Flamm BL, Geiger AM: Vaginal birth after cesarean delivery: an admission scoring system. *Obstet Gynecol* 1997;90:907-910.
7. Konstatina N, Micalopoulos G, Charalimpos G, *et al*. Vaginal birth after cesarean section in Greece and the contribution of midwives. *HJOG* 2014;13(3):73-76.
8. Dhillon BS, *et al*. Vaginal birth after cesarean section (VBAC) versus emergency repeat cesarean section at teaching hospitals in India: an ICMR task force study. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol*. 2014 Sep;3(3):592-597.
9. Lundgren I, Healy P, Carroll M, *et al*. Clinicians view of factors of importance for improving the rate of VBAC (vaginal birth after caesarean section): a study from countries with low VBAC rates. *BMC Pregnancy and Childbirth* (2016) 16:350.



Gambar 1. Grobman WA, *et al* Nomogram untuk Memprediksi Keberhasilan VBAC⁵

(Tarik garis dari faktor risiko ke garis “Points” di atas untuk mengetahui poin dari masing - masing faktor risiko. Seluruh poin kemudian dijumlahkan dan tandai jumlah tersebut di garis “Total points”. Dari sana tarik garis ke bawah (ke garis “Probability”) untuk mengetahui berapa persen kemungkinan keberhasilan VBAC pasien tersebut).

Tabel 2. Flamm’s *Clinical Decision Rule* untuk Memprediksi Keberhasilan VBAC⁶

Karakteristik Pasien	Skor
Usia pasien <40 tahun	2
Riwayat Persalinan per vaginam (pilih salah satu)	
Persalinan per vaginam sebelum dan setelah persalinan SC pertama	4
Persalinan per vaginam setelah persalinan SC pertama	2
Persalinan per vaginam sebelum persalinan SC pertama	1
Tidak pernah	0
Indikasi selain kegagalan kemajuan persalinan yang menyebabkan dilakukannya SC pertama	1
Pendaftaran serviks ketika sudah masuk RS	
>75%	2
25 - 75%	1
<25%	0
Dilatasi serviks ≥4 saat masuk RS	1

Tabel 1. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Keberhasilan TOLAC¹

Faktor yang Meningkatkan Angka Keberhasilan TOLAC
Riwayat Persalinan per vaginam sebelumnya
Proses Persalinan dimulai secara spontan
Faktor yang Menurunkan Angka Keberhasilan TOLAC
Usia kehamilan di atas 40 minggu
Usia Ibu yang semakin tua
Berat Badan janin yang semakin berat
Obesitas ibu
Pre eklampsia
Indikasi rekuren dilakukannya operasi SC : (Riwayat persalinan SC sebelumnya oleh karena tidak bertambahnya dilatasi serviks atau tidak turunnya kepala bayi) atau kontraindikasi untuk persalinan per vaginam (misal insisi klasik, insisi bentuk T, plasenta previa, makrosomia)
Jarak antar kehamilan yang terlalu dekat.