

Terakreditasi ✓

MAJALAH OBSTETRI DAN GINEKOLOGI INDONESIA

INDONESIAN JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Volume 25, Nomor 3, Halaman 127 — 192, Juli 2001, ISSN 0303 — 7924

Publikasi Resmi

PERKUMPULAN OBSTETRI DAN GINEKOLOGI INDONESIA (POGI)

Penerbit

SUSUNAN PENGURUS DAN REDAKSI
MAJALAH OBSTETRI DAN GINEKOLOGI INDONESIA
Indonesian Journal of Obstetrics and Gynecology

Pendiri	Ratna Suprapti Samil Abdul Bari Saifuddin	Sudraji Sumapraja Budiono Wibowo (<i>alm</i>)
Dewan Konsulen	Sulaiman Sastrawinata Muhamad Jusuf Hanafiah Herbert Hutabarat Ariawan Soejoenoes G.E. Wowor Nugroho Kampono Farid Anfasa Moeloek A.R. Sjahrial Harjono Soedigdomarto	R. Hariadi M. Dikman Angsar Djamhoer Martaadisoebrata R. Soeprono Prajitno Prabowo Ida Bagus Gde Manuaba Agus Sopacua Kurdi A. Syamsuri Soetomo Soewarto
Pemimpin Umum & Pemimpin Usaha	Sudraji Sumapraja	
Pemimpin Redaksi	Abdul Bari Saifuddin	
Wakil Pemimpin Redaksi	Wachyu Hadisaputra	Laila Nuranna
Staf Redaksi	Budi Iman Santoso Ali Baziad Noroyono Wibowo Omo Abdul Madjid Eka Rusdianto Gunardi	Junita Indarti Andon Hestiantoro Dwiana Ocviyanti Ali Sungkar Sigit Purbadi
Konsultan Cabang Ilmu	Gulardi H. Wiknjastro (<i>Fetomaternal</i>) T.Z. Jacob (<i>Endokrinologi-Imunologi Reproduksi</i>) Biran Affandi (<i>Kesehatan Reproduksi</i>) Yunizal (<i>Uroginekologi</i>) Mas Supardiman (<i>Sitopatologi</i>) M. Farid Aziz (<i>Onkologi Ginekologi</i>) Iyan Sutia Wiraatmaja (<i>Obstetri-Ginekologi Sosial</i>)	
Koresponden Daerah	T.M.A. Chalik (<i>Banda Aceh</i>) K. Suheimi (<i>Padang</i>) Soegiharto Soebijanto (<i>Jakarta</i>) Noor Pramono Noerpramana (<i>Semarang</i>) Abkar Raden (<i>Surakarta</i>) Djoko Waspodo (<i>Surabaya</i>) John Rambulangi (<i>Ujung Pandang</i>)	Thamrin Tanjung (<i>Medan</i>) Rizani Amran (<i>Palembang</i>) Ahmad Biben (<i>Bandung</i>) Zein Alkaff (<i>Yogyakarta</i>) Samodra Soeparman (<i>Malang</i>) Ketut Suanda Duarsa (<i>Denpasar</i>) Eddy Suparman (<i>Manado</i>)
Pemimpin Redaksi Terdahulu	Abdul Bari Saifuddin (1974-1992) T.Z. Jacob (1993-1995)	
Konsultan Bahasa Indonesia Konsultan Bahasa Inggris	Ellya Iswati Gordon B. Manuain	
Iklan	Thamrin Juned	
Administrasi	Gretha As., F. Della Irawaty	
Penerbit	Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo	
Terbit Pertama kali SIT	1 Juli 1974 Keputusan Menteri Penerangan RI No. 016/KHS/DIT.P/II.1a/74	
Akreditasi	HH/Dikti/Kep/1998	
Sekretariat	Bagian Obstetri dan Ginekologi FKUI/RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jalan Salemba Raya 6, Jakarta 10430 - Indonesia Tel. 3916670, Fax 3916671, Kotak Pos 1432, E-mail: kolegium@indosat.net.id	

Sasaran : Ditujukan kepada para dokter, mahasiswa kedokteran, rumah sakit, rumah sakit ibu dan anak, rumah sakit bersalin, rumah bersalin, klinik keluarga berencana, dan perorangan lain yang berminat di seluruh Indonesia.

MAJALAH OBSTETRI DAN GINEKOLOGI INDONESIA
Indonesian Journal of Obstetrics and Gynecology

DAFTAR ISI

Volum 25, Nomor 3, Halaman 127 - 192, Juli 2001

- G. Abdurrazak
S.D. Wishnuwardhani
G.H. Wiknjastro
E.M. Moegni
E. Taufik
F. Supari
Jakarta
- 129 **Korelasi kerusakan vaskuler plasenta dengan gambaran klinik, tromboksan A₂, prostasiklin, asam arakidonat dan asam ekosapentanoat pada preeklampsia**
Pada penelitian ini tingkat kerusakan vaskuler plasenta secara histologi lebih tinggi dibanding kehamilan normal. Tekanan darah, hematokrit dan TxB₂ memiliki korelasi yang searah terhadap tingkat kerusakan vaskuler plasenta. Berat badan lahir dan berat plasenta memiliki korelasi yang berlawanan arah terhadap tingkat kerusakan vaskuler plasenta. Kadar TxA₂ pada penderita preeklampsia lebih tinggi dibanding kehamilan normal. Kadar EPA penderita preeklampsia lebih rendah dibanding kehamilan normal. Kadar asam arakidonat dan prostasiklin penderita preeklampsia tidak berbeda bermakna dengan kehamilan normal.
- N. Kusuma
B. Affandi
Jakarta
- 143 **Efektivitas terapi metotreksat pada kehamilan tuba**
Pada penelitian ini penggunaan terapi metotreksat pada kehamilan tuba di DKI Jakarta masih rendah. Kasus yang diterapi mempunyai rerata usia 29 tahun dengan latar belakang sosial, kesehatan dan pendidikan yang cukup memadai. Kriteria terapi pada penelitian ini adalah pasien kehamilan tuba dengan diameter lesi < 4 cm, tanpa gangguan hemodinamik, tanpa tanda akut abdomen serta paritas tertinggi 3. Terdapat 6 cara terapi, pemberian intralesi merupakan cara tersering digunakan namun dianggap paling praktis adalah cara intramuskular. *Follow up* menggunakan observasi klinis dan USG transvaginal setiap minggu cukup memadai. Tidak didapatkan efek samping yang berat dan fatal. Metotreksat dapat dijadikan alternatif terapi dengan probabilitas keberhasilan yang baik pada pasien dengan kehamilan tuba.
- A. Andrijono
D. Turk
N. Kampono
M.F. Aziz
S. Syamsuddin
L. Nuranna
Jakarta
- 151 **Membandingkan hasil penatalaksanaan penyakit trofoblas ganas berdasarkan klasifikasi Hammond dengan FIGO 1992**
Tidak didapatkan perbedaan hasil manajemen PTG bila manajemen tersebut didasarkan klasifikasi Hammond atau klasifikasi FIGO.
- I. Sastradinata
R. Amran
G. Adriaansz
Palembang
- 158 **Perbandingan minilaparotomi teknik T-Mal dan teknik Rebate's**
Minilaparotomi teknik Rebate's yang merupakan penyederhanaan dari teknik baku yang telah ada (teknik T-Mal), memiliki beberapa kelebihan: prosedur operatif lebih sederhana, memerlukan instrumen dan obat-obatan lebih sedikit, waktu operasi lebih singkat dan aman.
- W. Hadisaputra
Jakarta
- 165 **Tusukan elektro kauter ovarium (TEKO) sebagai pengobatan surgikal ovarium polikistik (OPK) pada infertilitas**
Keadaan OPK pada kasus-kasus infertilitas tidak selalu sebagai bagian utuh dari suatu SOPK. Melakukan tindakan TEKO pada OPK, baik sebagai bagian dari SOPK maupun sebagai patologi ovarium tersendiri adalah tindakan rasional. TEKO pada OPK mempunyai angka keberhasilan yang tinggi yaitu 66%.
- Nurhuda
Jakarta
- 169 **Pengaruh kuning telur terhadap kecepatan gerak sperma, morfologi dan ketuhanan membran sel sperma**
Kuning telur dapat meningkatkan kualitas sperma seperti kecepatan gerak, bentuk kepala normal dan ketuhanan membran sel sperma.
- A. Baziad
Jakarta
- 173 **Pemakaian hormon pelepas gonadotropin (Gn-RH) dalam kedokteran reproduksi**
Dewasa ini hormon pelepas gonadotropin (Gn-RH) agonis maupun antagonis sangat banyak digunakan dalam kedokteran reproduksi.
- T. Jamaan
S. Purbadi
S. Sjamsuddin
N. Supriana
Jakarta
- 182 **Aspek klinikopatologi sebagai faktor prediksi respons radioterapi adenokarsinoma serviks uteri**
Adanya peningkatan kasus Adenokarsinoma serviks uteri setiap tahun dari tahun 1995-1997 (12,94%-17,33%-18,36%). Adanya hubungan yang bermakna antara besar lesi, stadium, sebaran limfosit dan kadar hemoglobin sebelum radiasi dengan hasil respons radiasi ($p < 0,05$). Sedangkan analisis multivariat, faktor sebaran limfosit paling mempengaruhi respons radiasi. Angka *loss to follow up* sampai dengan 2 tahun pasca radiasi adalah 67%.
- J. Sondakh
O.M.G. Sanger
J.A. Masengi
Manado
- 187 **Perbandingan kadar fosfatase alkali khas tulang dan kalsium total pada wanita pascamenopause dan masa reproduksi**
Terdapat peningkatan bermakna kadar fosfatase alkali khas tulang pada kalsium total pada wanita pascamenopause dibandingkan dengan masa reproduksi. Terdapat peningkatan kadar fosfatase alkali khas tulang pada wanita pascamenopause, kadar kalsium total masih dalam batas normal. Pada masa reproduksi kadar FAKT dan kalsium total masih dalam batas normal.

- Tujuan
- 1) Meningkatkan mutu ilmu Obstetri dan Ginekologi di Indonesia
 - 2) Meningkatkan amal Obstetri dan Ginekologi untuk kesehatan Ibu dan Anak.

Perbandingan minilaparotomi teknik T-Mal dan teknik Rebate's

I. SASTRADINATA
R. AMRAN
G. ADRIAANSZ

Bagian/KSMF Obstetri dan Ginekologi
Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya/
RSUP Dr. Mohammad Hoesin
Palembang

Tujuan: Membandingkan aspek prosedur operatif, dan keamanan minilaparotomi teknik Rebate's dan teknik T-Mal untuk pelayanan kontrasepsi mantap.

Rancangan/rumusan data: Penelitian deskriptif, analitik, membandingkan 2 kelompok teknik minilaparotomi.

Tempat: Rumah Sakit Dr. Mohammad Hoesin Palembang, RSUD M. Yunus Bengkulu, RSUD Belitung, dan Pelayanan tim mobil PKMI Cabang Palembang, mulai bulan Januari 1999 sampai dengan bulan Februari 2000.

Bahan dan cara kerja: Akseptor kontrasepsi mantap yang akan mendapat pelayanan sterilisasi suprapubik yang dilayani di Rumah Sakit Dr. Mohammad Hoesin Palembang, RSUD M. Yunus Bengkulu, RSUD Belitung dan Pelayanan tim mobil PKMI Cabang Palembang yang memenuhi kriteria inklusi, sebanyak 157 kasus dilayani dengan teknik Rebate's dan 54 kasus dilayani dengan teknik T-Mal. Pada masing-masing kelompok dibandingkan aspek prosedur operatif dan keamanan.

Hasil: Minilaparotomi teknik Rebate's memiliki prosedur operatif lebih sederhana, jumlah instrumen dan obat-obatan yang dibutuhkan lebih sedikit, dapat dilakukan pada fasilitas kesehatan puskesmas. Waktu operasi pada kelompok Rebate's $12,64 \pm 9,11$ menit secara bermakna lebih singkat dari kelompok T-Mal $32,00 \pm 16,13$ menit, dengan ($p < 0,01$). Dari analisa regresi multipel waktu operasi dipengaruhi faktor operator. Faktor persiapan prabedah, posisi uterus dan indeks obesitas tidak berpengaruh pada waktu operasi. Tidak ditemukan komplikasi pada kedua kelompok.

Kesimpulan: Minilaparotomi teknik Rebate's yang merupakan penyederhanaan dari teknik baku yang telah ada (teknik T-Mal), memiliki beberapa kelebihan: prosedur operatif lebih sederhana, memerlukan instrumen dan obat-obatan lebih sedikit, waktu operasi lebih singkat dan aman.

[Maj Obstet Ginekol Indones 2001; 25-3:158-64]

Kata kunci: Minilaparotomi, teknik Rebate's, teknik T-Mal, prosedur operatif, keamanan.

Objective: To compare operative procedures and safety of Rebate's and T-Mal techniques of minilaparotomy for secure contraceptive services.

Design/data identification: Descriptive, analytic study, comparing 2 groups of minilaparotomy techniques.

Setting: Dr Mohammad Hoesin General Hospital of Palembang, M. Yunus District Hospital of Bengkulu, Belitung District Hospital, and PKMI mobile team services of Palembang Chapter, from January 1999 to February 2000.

Materials and methods: Acceptors of secure contraception who would receive suprapubic sterilization services provided at Dr. Mohammad Hoesin General Hospital of Palembang, M. Yunus District Hospital of Bengkulu, Belitung District Hospital, PKMI mobile team services of Palembang Chapter, and met the inclusion criteria. As many as 157 cases received Rebate's technique and 54 cases received T-Mal technique. Aspects of operative procedures and safety are compared in both groups.

Result: Rebate's technique of minilaparotomy had simpler operative procedures, fewer instruments and medications required, and could be performed at primary health centers. The duration of operation in Rebate's group was 12.64 ± 9.11 minutes, which was significantly shorter than that of T-Mal group, i.e. 32.00 ± 16.13 ($p < 0.01$). From multiple regression analysis it showed that duration of operation was affected by the operator. The factors of pre-operative preparations, uterus position, and obesity index did not affect duration of operation. No complication was found in both groups.

Conclusion: Rebate's technique of minilaparotomy, which was a simplification of the existing standard technique (T-Mal), had several advantages: simpler operative procedures, fewer instruments and medications required, and shorter duration of operation, and safer.

[Indones J Obstet Gynecol 2001; 25-3:158-64]

Keywords: Minilaparotomy, Rebate's technique, T-Mal technique, operative procedure, safety.

PENDAHULUAN

Kontrasepsi mantap menurut batasan (PKMI-1981) adalah suatu tindakan pada dan atau terhadap alat reproduksi untuk membatasi keturunan dalam jangka waktu yang tidak terbatas atas permintaan suatu pasangan suami istri secara sukarela. Kontrasepsi

mantap pada wanita adalah suatu kontrasepsi yang permanen, yang terbukti mempunyai banyak keuntungan, jika dibandingkan dengan metode lain yang tidak permanen.^{1,2}

Pada April 1994, PKMI mengeluarkan panduan teknik minilaparotomi (T-Mal), di mana untuk menampilkan tuba, dipasang elevator uterus. Teknik ini-

pun ternyata di lapangan masih memiliki beberapa keterbatasan, yakni harus menggunakan elevator uterus dan meja operasi khusus, jumlah instrumen yang digunakan relatif banyak, dan dapat menyebabkan komplikasi, berupa perforasi uterus dan infeksi pelvik.⁷

Sejak tahun 1986, PKMI cabang Palembang telah mengembangkan prosedur operatif teknik tubektomi yakni teknik "R" (teknik Rizani atau Rebate's *technique*). Rebate berarti "penyederhanaan". Teknik ini merupakan penyederhanaan teknik baku yang telah ada namun memiliki banyak keunggulan dibandingkan dengan teknik baku yang ada selama ini. Prosedur tubektomi teknik Rebate's ini pertama kali dikembangkan oleh Rizani Amran. Teknik ini menggunakan jari telunjuk untuk mengangkat dan menentukan posisi uterus, serta menampilkan tuba dengan baik. Selain prosedur tersebut, teknik Rebate's memiliki prosedur operatif yang lebih sederhana, yakni cara pembukaan dinding abdomen, menampilkan fundus uteri dan mengambil saluran telur, serta menutup dinding abdomen hanya memerlukan instrumen dan obat-obatan yang lebih sedikit, dan dapat dikerjakan pada fasilitas kesehatan/puskesmas perawat. Keunggulan lamanya waktu operasi yang lebih singkat.⁹

Teknik Rebate's ini telah banyak dicobakan pada wanita peserta kontrasepsi mantap, baik di dalam wilayah Sumatera Selatan maupun di luar Sumatera Selatan, yakni pada wilayah pelayanan yang dokter pelaksanaannya berasal dari PKMI Cabang Palembang, misalnya pada propinsi Bengkulu, Lampung, Jambi, Kalimantan Barat, Kalimantan Tengah, Kalimantan Selatan dan Maluku.⁹

Sejak tahun 1986 sampai tahun 1998, PKMI Cabang Palembang telah memberikan pelayanan tubektomi terhadap 58.316 akseptor. Pelayanan tersebut dengan menggunakan teknik Rebate's. Dari semua penderita yang dilayani tidak diperoleh laporan terjadinya komplikasi berat atau kegagalan.⁹⁻¹³

Berdasarkan latar belakang tersebut di atas dirancanglah penelitian berikut yang bertujuan membandingkan 2 teknik minilaparotomi yakni teknik Rebate's dan teknik T-Mal untuk pelayanan kontrasepsi mantap. Perbedaan, keuntungan dan kerugian masing-masing teknik minilaparotomi tersebut dilihat dari aspek prosedur operatif, lama waktu operasi dan keamanannya.

BAHAN DAN CARA KERJA

Penelitian ini bersifat deskriptif analitik yang membandingkan 2 teknik operasi pada akseptor kontra-

sepsi mantap yang dilayani dengan 2 macam teknik minilaparotomi, yakni teknik T-Mal dan teknik Rebate's, yang dilakukan di Rumah Sakit Dr. Mohammad Hoesin Palembang, RSUD M. Yunus Bengkulu, RSUD Belitung dan Pelayanan tim mobil PKMI Cabang Palembang sejak Januari 1999 sampai dengan Februari 2000. Populasi adalah ibu yang ingin menggunakan kontrasepsi mantap dan memenuhi kriteria penerimaan dan penolakan. Kriteria penerimaan adalah: calon akseptor memenuhi syarat bahagia, suka-rela, sehat dan menandatangani persetujuan tindakan medis. Kriteria penolakan adalah: hamil atau diduga hamil, riwayat infeksi panggul dalam 3 bulan terakhir, hipersensitif atau alergi bahan anestesia, menderita tumor ginekologi.

Dari hasil perhitungan metode kualitatif diperoleh besar sampel penelitian adalah 149 sampel untuk masing-masing kelompok. Operator yang melakukan minilaparotomi adalah seorang ahli Obstetri dan Ginekologi atau seorang peserta didik PPDS Obstetri dan Ginekologi yang senior. Pelayanan Kontrasepsi Mantap baik yang dengan teknik Rebate's maupun yang dengan teknik T-Mal mengacu pada Panduan Penatalaksanaan Klinik Tubektomi Minilaparotomi Anestesia Lokal dari PKMI-AVSC internasional.

Langkah klinik tubektomi teknik T-Mal (PKMI)

1. Persiapan
2. Aseptik-antiseptik
3. Anestesia lokal dan membuka dinding perut
 - a. Langkah a1-a8 anestesia dinding perut.
 - b. Angkat kedua kocher, tusukkan ujung pisau bedah (bayonet) pada ujung kanan, setelah menembus kulit, tarik pisau bedah ke ujung kiri dengan satu gerakan.
 - c. Masukkan bilah retraktor, kemudian lepaskan kocher dan tarik retraktor ke arah kranial dan kaudal. Bersihkan atau pisahkan subkutis hingga tampak fascia.
 - d. Minta semprit yang berisi lidokain 1%, tusukkan jarum pada fascia kemudian infiltrasikan lidokain 1% sebanyak 1,5 ml. Secara hati-hati tusukkan jarum menembus fascia, setelah mencapai jaringan subfasial, lakukan aspirasi. Bila ujung jarum tidak mengenai pembuluh darah, infiltrasikan lidokain 1% sebanyak 2-3 ml.
 - e. Kembalikan semprit pada asisten, dengan 2 kocher jepit fascia dengan arah atas dan bawah, kemudian gunting fascia di antara kedua kocher. Perlebar gunting fascia ke lateral kiri dan kanan hingga tampak otot rektus abdominalis/piramidalis.

simfisis).

- j. Masukkan bilah retraktor melalui lapisan peritoneum sehingga operator dapat secara baik melakukan orientasi dan visualisasi intraabdomen.

4. Mencapai dan oklusi tuba

- a. Pada uterus antefersi umumnya akan terlihat fundus dan kornu. Masukkan jari telunjuk untuk menampilkan tuba. Ambil tuba dengan pinset anatomis dan tarik ke luar dengan bantuan klem pean-atau klem Babcock. Apabila uterus terhalang oleh usus dan omentum maka lakukan manuver berikut:

- Atur posisi meja operasi mencapai posisi *Trendlenburg* sehingga usus dan omentum dapat disisihkan ke arah diaphragma.
- Bila posisi meja operasi tidak dapat diubah, tinggikan meja di bagian kaki pasien dengan jalan mengganjal kaki meja operasi.
- Masukkan jari telunjuk untuk mengetahui posisi uterus, bila retroversi atau jatuh ke dalam kavum Douglas, ungkit dengan telunjuk hingga posisinya ke arah dinding tempat insisi.
- Bila tuba dapat diraba, kait dengan ujung jari kemudian tampilkkan ke arah luka insisi sehingga dapat diambil dengan pinset anatomis.

- b. Setelah tuba kiri dapat ditampilkan dengan baik, ambil dengan pinset anatomis dan keluarkan dari kavum pelvis untuk membuktikan kebenarannya (melihat fimbria). Apabila tuba tidak terlihat, setelah uterus diangkat dengan jari telunjuk ke depan dan diletakkan di atas usus (sebagai bantalan) gunakanlah pengait untuk mengambil tuba.

- c. Setelah tuba dapat dipastikan, jepit bagian tengah (*pars isthmika*) dengan klem Babcock dan buat lengkung tuba (dengan menarik klem Babcock ke atas).

- d. Melakukan tubektomi secara pomeroy.

- e. Lakukan prosedur yang sama (a-d) pada tuba kanan.

5. Menutup dinding perut

- a. Lakukan penjahitan peritoneum secara silang dengan benang plain dan ikat dengan simpul kunci (robekan peritoneum ≤ 2.5 cm tidak perlu dijahit, cukup menjahit aponeurosis fasia rektus abdominis).

- b. Jepit fasia rektus abdominalis dengan kocher dan jahit dengan benang kromik secara angka 8.

- c. Subkutis dengan benang plain.

- d. Penjahitan kulit dan penutupan luka operasi.

6. Pencegahan infeksi

7. Perawatan nasehat pascatindakan

Dari langkah tersebut dapat dilihat bahwa langkah klinik teknik Rebate's lebih sederhana dan alat yang dibutuhkan lebih sedikit pada teknik Rebate's.

Sebelum dan sesudah tindakan minilaparotomi pada masing-masing kelompok dilakukan anamnesis umum, riwayat reproduksi, riwayat obstetri, riwayat penyakit berat, riwayat operasi, dilakukan pemeriksaan keadaan umum, penghitungan indeks massa tubuh dan indeks obesitas, pemeriksaan fisik, penilaian terhadap posisi uterus dan pemeriksaan ginekologik untuk meyakinkan tidak ada kontra indikasi untuk tindakan minilaparotomi. Dari masing-masing kelompok dicatat persiapan prabedah, prosedur operatif, lama waktu operasi dan komplikasi.

Penilaian posisi uterus dilakukan melalui pemeriksaan bimanual atau dengan *sondage* kavum uteri. Persiapan prabedah yang dicatat; apakah penderita dipuaskan ≥ 6 jam atau tidak, apakah dilakukan klisma dan pengosongan kandung kencing. Lama operasi dihitung dari mulai dilakukannya insisi kulit sampai dengan selesainya penjahitan kulit.

Analisis data dilakukan dengan bantuan komputer program EPI 6. Data ditampilkan dalam bentuk distribusi dan tabulasi, dengan uji *t-test*, dilihat apakah ada perbedaan bermakna antara lamanya waktu operasi pada teknik Rebate's dan teknik T-Mal. Hubungan posisi uterus, persiapan prabedah, indeks obesitas, operator dan teknik operasi dengan lamanya waktu operasi, diuji menggunakan analisis regresi multipel.

HASIL

Selama periode Januari 1999 sampai dengan Februari 2000 didapatkan 160 akseptor kontrasepsi mantap yang akan dilayani dengan teknik Rebate's, sedangkan minilaparotomi hanya dilakukan pada 157 akseptor. Sebanyak 3 akseptor tidak dilakukan pelayanan karena dari pemeriksaan klinik dinyatakan hamil. Dan didapatkan sebanyak 54 akseptor kontrasepsi mantap yang akan dilayani dengan teknik T-Mal. Karakteristik akseptor kontrasepsi mantap sebagai berikut.

Median usia adalah 35 tahun (*range* 21-47 tahun) pada kelompok Rebate's dan 36 tahun (*range* 26-46 tahun) pada kelompok T-Mal. Pendidikan terbanyak yaitu SD, yakni 68,8% pada kelompok Rebate's, sedangkan pada kelompok T-Mal 35,2%. Jumlah anak hidup pada saat akseptor memutuskan untuk memilih kontrasepsi mantap terbanyak 4 orang yakni sebesar 28,0% pada kelompok Rebate's dan 4 orang yakni

1,3% pada kelompok T-Mal. Pada kelompok T-Mal umumnya penderita mempunyai persiapan yang baik yakni: puasa ≥ 6 jam sebelum tindakan sebanyak 1,4%, klisma sebelum tindakan 90,7%, pengosongan kandung kencing dengan kateterisasi 53,7%. Berbeda dengan kelompok Rebate's yang dilakukan di pangsang, umumnya persiapan penderita kurang baik yakni puasa ≥ 6 jam sebelum tindakan 72%, klisma sebelum tindakan 0%, pengosongan kandung kencing dengan kateterisasi 0%.

Tabel 1. Karakteristik penderita

Variabel	Kategori	Teknik Rebate's		Teknik T-Mal	
		n	%	n	%
umur	< 20	-	-	-	-
	20-29	19	12,1	6	11,1
	30-39	111	70,7	29	53,7
	> 40	27	17,2	19	35,2
pendidikan	Tidak tamat SD	26	16,6	5	9,3
	SD	108	68,8	19	35,2
	SLTP	14	8,9	11	20,4
	SLTA	5	3,2	15	27,8
	Perguruan tinggi	3	1,9	3	5,6
jumlah anak hidup	1	-	-	-	-
	2	13	8,3	4	7,4
	3	42	26,8	10	18,5
	4	44	28,0	18	33,3
	> 4	58	36,9	22	40,7
	posisi uterus	Anteverssi fleksi	44,64		43,75
Retroversi fleksi		55,36		56,25	
persiapan pembedahan	Puasa ≥ 6 jam sebelum tindakan	33	23,6	51	94,4
	Klisma sebelum tindakan	49	90,7	0	0
	Kateterisasi kandung kencing	29	53,7	0	0

Tabel 2. Karakteristik indeks massa tubuh dan indeks obesitas penderita

kelompok	Rata-rata indeks massa tubuh	Rata-rata indeks obesitas
Rebate's	21,8 \pm 3,8	0,58 \pm 0,08
T-Mal	22,6 \pm 4,7	0,57 \pm 0,10

Posisi uterus pada kelompok Rebate's 44,64% anteversi fleksi dan 55,36% retroversi fleksi, pada kelompok Rebate's 43,75% anteversi fleksi dan 56,25% retroversi fleksi. Indeks massa tubuh rata-rata pada kelompok Rebate's 21,8 \pm 3,8 dan pada

kelompok T-Mal 22,6 \pm 4,7. Indeks obesitas rata-rata pada kelompok Rebate's 0,58 \pm 0,08 dan pada kelompok T-Mal 0,57 \pm 0,10. Secara statistik tidak ada perbedaan bermakna karakteristik pada kedua kelompok.

Lama operasi dihitung mulai insisi pada kulit sampai selesainya penjahitan kulit. Sebenarnya pada minilaparotomi teknik T-Mal prosedur operatif tersebut masih ditambah dengan pemasangan elevator uterus sehingga waktu operatif sebenarnya lebih lama.

Terdapat perbedaan yang bermakna lamanya operasi antara teknik Rebate's dan teknik T-Mal. Pada teknik Rebate's lama operasi rata-rata 12,64 \pm 9,12 menit dan terbanyak dilakukan kurang dari 10 menit sebanyak 59,37%. Sedangkan lamanya operasi teknik T-Mal rata-rata 32,00 \pm 16,13 menit dan yang terbanyak 20 menit yakni sebesar 68,00%.

Tabel 3. Lama operasi

Lama operasi	Teknik Rebate's		Teknik T-Mal	
	n	%	n	%
≤ 10 menit	95	59,37	4	8,00
11-20 menit	50	31,25	12	24,00
> 20 menit	15	9,37	34	68,00

Tabel 4. Perbedaan rata-rata lama operasi pada teknik Rebate's dan teknik T-Mal

Jenis operasi	Rebate's	T-Mal	p
Lama operasi	12,64 \pm 9,12 menit	32,00 \pm 16,13 menit	< 0,001

Untuk melihat faktor-faktor yang mempengaruhi lamanya operasi dilakukan analisis regresi multipel.

Tabel 5. Hubungan lama operasi dengan posisi uterus

Posisi uterus	Rata-rata lama operasi			
	Teknik Rebate's	p	Teknik T-Mal	p
Anteverssi fleksi	13,58 \pm 10,26	0,688	29,22 \pm 16,41	0,293
Retroversi fleksi	14,8 \pm 8,7		34,25 \pm 16,51	

Tabel 6. Hubungan lama operasi dengan puasa

Persiapan pembedahan	Rata-rata lama operasi			
	Teknik Rebate's	p	Teknik T-Mal	p
Puasa	11,63 \pm 8,83	0,02	32,05 \pm 16,01	0,26
Tidak puasa	17,02 \pm 89,41		19,00 \pm 9,89	

Hasil analisis regresi multipel menunjukkan bahwa lama operasi dipengaruhi oleh faktor jenis operasi dan operator, sedangkan indeks obesitas, posisi uterus dan persiapan prabedah tidak bermakna dalam mempengaruhi lamanya operasi.

Pada teknik Rebate's peritoneum hanya dijahit pada 2 kasus sedang pada kelompok T-Mal semua dilakukan penjahitan peritoneum. Kebutuhan obat-obatan untuk operasi Rebate's lebih sedikit dari T-Mal. Tidak didapatkan komplikasi tindakan baik pada teknik Rebate's maupun teknik T-Mal.

DISKUSI

Teknik minilaparotomi bukanlah suatu hal yang baru. Suatu insisi (sayatan) kecil pada dinding abdomen setinggi garis batas rambut kemaluan telah dikenal sebagai teknik minilaparotomi pfanestiel. Tahun 1961, Uchida dari Rumah Sakit Kanazawa di Jepang, mengaplikasikan teknik bedah minilaparotomi subumbilikal untuk melakukan tubektomi pascapersalinan. Pada tahun 1972, para pakar bedah di Amerika Serikat yaitu Saunders dan Minsick dari Fakultas Kedokteran Universitas New Mexico, John Lyle dari *Hitchcock Medical Center*, menggunakan minilaparotomi dengan anestesia umum untuk melaksanakan tubektomi masa interval. Di tahun yang sama, Rumah Sakit Texas melakukan tubektomi masa interval dengan minilaparotomi anestesia lokal dan peralatan kauter, sehingga waktu kerja lebih singkat dan dilakukan pada unit rawat jalan. Baru pada tahun 1973, Rumah Sakit di Thailand, melengkapi teknik tubektomi anestesia lokal (T-Mal) dengan peralatan elevator uterus agar saluran telur (tuba fallopii) lebih mudah ditampilkan dan dicapai. Selain dengan elevator beberapa teknik atau prasarat (manuver) khusus untuk mencapai tuba dapat berupa posisi Trendelenburg, pemasangan tampon vagina, penggunaan elevator uterus dan penggunaan jari.^{7,8}

Upaya menampilkan tuba dapat juga dilakukan dengan jari, di India dan Sri Lanka, para operator memasukkan dua jari (jari telunjuk dan jari tengah) melalui luka insisi kemudian menjepit tuba di antara kedua jari tersebut dan menariknya ke atas. Beberapa penelitian seperti di Bandung dan Bali juga mengembangkan teknik yang menggabungkan pemasangan tampon sebagai elevator uterus dan jari untuk mengait tuba.⁹

Rizani Amran mengembangkan teknik "R" (Rebate's technique) yang pada intinya, menggunakan jari telunjuk untuk mengangkat dan menentukan posisi uterus serta menampilkan tuba dengan baik. Setelah posisi tuba dapat ditentukan, baru diambil dengan

pinset anatomis atau klem pean.

Dari hasil penelitian ini didapatkan bahwa waktu operasi minilaparotomi teknik Rebate's lebih singkat dari teknik T-Mal dan secara statistik bermakna. Perbedaan dalam lamanya operasi ini karena langkah klinik membuka dinding abdomen, cara mencapai dan oklusi saluran telur dan menutup dinding abdomen lebih sederhana. Pada teknik Rebate's membuka peritoneum dilakukan dengan menekankan ujung pean pada fascia transversalis peritoneum atau dengan membuka dan menutup mulut pean, sedangkan pada teknik T-Mal pembukaan peritoneum dilakukan dengan cara menjepit peritoneum dengan pean, dan melakukan transluminasi dan menggantung peritoneum. Mencapai tuba pada teknik Rebate's dilakukan dengan cara memasukkan jari telunjuk dan mengungkit uterus ke tempat insisi dan menampilkan tuba di tempat insisi selanjutnya tuba diambil dengan pinset anatomis. Pada teknik T-Mal tuba ditampilkan dengan menggerakkan manipulator uterus, setelah tuba dapat ditampilkan diambil dengan pinset anatomis. Pada Rebate's *Technique* jika robekan peritoneum $\leq 2,5$ cm maka peritoneum tidak perlu dijahit.

Pada Teknik Rebate's lama operasi rata-rata $12,64 \pm 9,12$ menit dan sedangkan lamanya operasi teknik T-Mal rata-rata $32,00 \pm 16,13$ menit, dan penelitian Wibowo dkk di RSCM Jakarta: dengan rata-rata waktu minilaparotomi 38,6 menit; penelitian Sutoto dkk RS Kariadi Semarang: waktu rata-rata 10-15 menit, penelitian Zaenuri dkk RSUPAD Gatot Soebroto: waktu rata-rata 19,13 menit.¹⁷⁻²⁰

Dari analisa multipel regresi ternyata faktor operator berpengaruh pada lamanya operasi selain faktor teknik operasi. Sedangkan faktor indeks obesitas, posisi uterus dan persiapan prabedah tidak bermakna dalam mempengaruhi lamanya operasi.

Pada penelitian ini tidak dijumpai komplikasi baik pada kelompok Rebate's maupun pada kelompok T-Mal. Peneliti menyadari didapatnya nilai 0 (nol) pada kedua kelompok secara statistik tidak dapat dievaluasi, sehingga memerlukan penelitian lanjutan dalam jumlah sampel yang lebih banyak. Tetapi hal tersebut dapat memberikan gambaran bahwa, teknik Rebate's aman untuk kontrasepsi mantap. Sebagai bahan perbandingan diambil data dari PKMI cabang Palembang. Dari data pelayanan pada 12.000 akseptor didapatkan 2% komplikasi berupa perpanjangan waktu penyembuhan luka operasi, 5:12.000 kejadian cedera saluran kemih dan 1:12.000 kejadian cedera usus, tidak ditemukan komplikasi perforasi uterus dan peritonitis, sedangkan hasil penelitian Sutoto yang menggunakan elevator uterus yang dilakukan pada 30 kasus, didapatkan 1 kasus perforasi uterus inkomplit.^{9,19}

KESIMPULAN

Minilaparotomi teknik Rebate's yang merupakan penyederhanaan dari teknik baku yang ada ternyata memiliki beberapa kelebihan berupa: prosedur operatif lebih sederhana, memerlukan instrumen dan obat-obatan lebih sedikit, waktu operasi lebih singkat dan cukup aman untuk pelayanan kontrasepsi mantap.

RUJUKAN

1. Djajadilaga. Aspek medis kontrasepsi mantap wanita. *Majalah ilmiah PKMI MANTAP*. 1986; 4: 14-26.
2. Hanafiah MJ. Kontrasepsi mantap wanita teknik minilaparotomi. *Perkumpulan Kontrasepsi Mantap Indonesia (PKMI)*. 1994; 1-3.
3. Albar E. Kontrasepsi. Dalam: Wiknjosastro H, Saifuddin AB, Rachimhadhi T. *Ilmu kandungan*. Edisi ke-2. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo. 1994; 563-71.
4. Wentz AC. Contraception and family planning. In: Jones HW, Wentz AC, Burnett LS. *Novak's textbook of gynecology*. 11th ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1988: 235.
5. Cunningham GF, MacDonald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC. *Williams' obstetrics*. 19th ed. USA: Apple on & Lange, 1988.
6. Moelock FA, Muhiman M. Kontrasepsi mantap wanita. Dalam: Wiknjosastro H, Saifuddin AB, Rachimhadhi T. *Ilmu bedah kebidanan*. Edisi ke-1. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo. 1989: 239-60.
7. Panduan pelayanan kontrasepsi mantap wanita. *Perkumpulan Kontrasepsi Mantap Indonesia (PKMI)*. 1995: 1-10.
8. Penatalaksanaan klinik tubektomi minilaparotomi anestesia lokal. *Perkumpulan Kontrasepsi Mantap Indonesia - AVSC Internasional*, 1999.
9. Amran R. Pengalaman menyelenggarakan pelayanan tim mobil kontrasepsi mantap di Sumatera Selatan. *Majalah ilmiah PKMI MANTAP*. 1989; 3: 46-7.
10. Wheelerless CR. Tubal sterilization. In: Thompson JD, Rock JA. *Te Linde's operative gynecology*. 7th ed. Philadelphia: J.B. Lippincott Company. 1992: 343-59.
11. Fishburne JL. Pembiusan untuk sterilisasi wanita tanpa menginap di rumah sakit. *Majalah ilmiah PKMI MANTAP*, 1984; 4: 20-1.
12. Saifuddin AB, Djajadilaga, Affandi B, Bimo. *Buku acuan nasional pelayanan keluarga berencana*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo. 1996: 12-20.
13. Laporan tahunan Gerakan Keluarga Berencana Nasional dan Pembangunan Keluarga Sejahtera Propinsi Sumatera Selatan Tahun 1974-1999.
14. Grimes DA, Satterthwaite AP, Rochat RW, et al. Deaths from contraceptive sterilization in Bangladesh: rates, causes, and prevention. *Obstet Gynecol* 1985; 66: 784.
15. Grimes DA. Sterilization attributable deaths in Bangladesh. *Int J Gynecol Obstet*. 1982; 20: 149.
16. Blumenthal PD, McIntosh N. *Pocket guide for family planning service providers*. 2nd ed. Baltimore: JHPIEGO. 1996-1998: 201-12.
17. JHPIEGO. *Minilaparotomy course handbook: guide for trainers*. Baltimore, 1993.
18. Wibowo B, Simorangkir B, Sayogo. *Sterilisasi supra pubik dengan elevator uterus*. Naskah lengkap KOGI FKUI Jakarta.
19. Sutoto, Soejoenoes A, Suwasono. *Cara minilap sederhana untuk sterilisasi*. Naskah lengkap KOGI FKUI Jakarta.
20. Suwasono, Soejoenoes A. *Sterilisasi secara sayatan kecil di RS Kariadi*. Naskah lengkap KOGI FKUI Jakarta.