

## LAMPIRAN

### Lampiran 1 Asuhan Kebidanan

#### ASUHAN KEBIDANAN KEHAMILAN PADA NY. S USIA 40 TAHUN G1P0A0A0 UMUR KEHAMILAN 38 MINGGU 3 HARI DENGAN PRIMIGRAVIDA TUA DAN PROLAP TALIPUSAT DI PUSKESMAS TURI

Hari, Tanggal : Selasa, 27 Desember 2022

Jam : 09.10 WIB

#### Biodata

	Ibu	Suami
Nama	Ny. S	Tn. E
Umur	40 tahun	40 tahun
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	SMK	SMP
Pekerjaan	Ibu Rumah Tangga	Tani
Alamat	Dukuh RT 03/10 Donokerto, Turi, Sleman	

#### DATA SUBJEKTIF

1. Keluhan Utama : Ibu mengatakan ingin kontrol kehamilan dan saat ini keluhannya adalah punggung mulai terasa sering pegal-pegal.
2. Riwayat Menstruasi  
Usia *Menarche* 12 tahun, Lama 7 hari, siklus 28 hari, teratur, ada keputihan, mengalami dismenore. Ganti pembalut 4-5x/ hari.
3. Riwayat Menikah  
Menikah 1 kali, Usia pertama kali menikah 39 tahun, dengan suami sekarang sudah 1 tahun.
4. Riwayat Kehamilan Ini
  - a. Riwayat Status TT : TT5
  - b. Riwayat ANC

HPHT : 16 April 2022  
HPL : 23 Januari 2023  
Usia Kehamilan : 37 minggu 3 hari  
Frekuensi ANC : TM I = 1 kali  
TM II = 4 kali  
TM III = 3 kali

c. Pola Nutrisi

	Makan	Minum
Frekuensi	3-4x/hari	7 - 8x/ hari
Porsi	Sedang	Gelas sedang
Macam	Nasi, lauk	Air putih, susu
Keluhan	Tidak ada	Tidak ada

d. Pola Eliminasi

	BAB	BAK
Frekuensi	1 hari sekali	5-6x/hari
Tekstur	Lembek	Cair
Warna	Kecoklatan	Kuning jernih
Keluhan	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan

e. Pola Aktivitas

1) Kegiatan sehari-hari :

Melakukan pekerjaan rumah tangga seperti memasak, mencuci, menyapu.

2) Istirahat/Tidur :

Siang kurang lebih 1 jam, malam kurang lebih 8-9 jam

f. Pola Kebersihan Diri

1) Kebiasaan mandi 2 kali/hari

Kebiasaan membersihkan alat kelamin setiap selesai BAB, BAK dan setiap mandi

2) Kebiasaan mengganti pakaian dalam setiap mandi

Jenis pakaian dalam yang digunakan katun

5. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

G1 P0 A0 Ah0

No	Tahun Lahir	Umur Kehamilan	Jenis persalinan	Penolong	JK	BBL	Komplikasi	
							Ibu	Janin
1	Kehamilan ini							

6. Riwayat Kontrasepsi

No	Jenis Kontrasepsi	Mulai Memakai			Berhenti/ Ganti Cara		
		Tahun	Oleh	Keluhan	Tahun	Oleh	Alasan
1	Belum pernah menggunakan alat kontrasepsi						

7. Riwayat Kesehatan Sekarang

a. Penyakit yang pernah/ sedang diderita

- Ibu tidak pernah atau sedang menderita penyakit seperti asma, TBC, DBD, Malaria, Typus, jantung, hepatitis B dan HIV.
- Ibu tidak pernah menderita penyakit ginekologis dan operasi ginekologis.

b. Riwayat Kesehatan Keluarga

Ibu mengatakan dari keluarga tidak pernah atau sedang menderita penyakit seperti asma, TBC, DBD, Malaria, Typus, jantung, hepatitis B dan HIV

c. Riwayat Keturunan Kembar

Tidak ada

d. Riwayat Alergi

Tidak ada

e. Kebiasaan-kebiasaan

Merokok : Tidak

Minum jamu : Tidak

Minum-minuman keras : Tidak

Makanan/minuman pantang : Tidak ada

Perubahan pola makan : Nafsu makan berkurang di TM I

## 8. Riwayat Psikologi Spiritual

- a. Kehamilan ini diinginkan oleh ibu dan suami
- b. Pengetahuan ibu tentang kehamilan  
Ibu mengatakan bahwa belum banyak mengerti mengenai kehamilan
- c. Pengetahuan ibu tentang kondisi/keadaan yang dialami sekarang  
Ibu mengerti bahwa dirinya sedang hamil
- d. Penerimaan ibu terhadap kehamilan saat ini  
Ibu menerima kehamilan ini
- e. Tanggapan keluarga terhadap kehamilan  
Keluarga mendukung kehamilan ini
- f. Persiapan/rencana persalinan  
Ibu dan suami sudah mempersiapkan mulai dari biaya, pakaian ibu dan bayi, transportasi yang digunakan motor, untuk penolong persalinan bidan dan untuk tempat persalinan antara di Bidan Praktik Mandiri atau Puskesmas rawat inap terdekat. Pendonor adalah keluarga dan tetangga dekat.

### **DATA OBJEKTIF**

#### 1. Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan Umum : Baik  
Kesadaran : Compos Mentis
- b. Tanda-Tanda Vital :
  - 1) Tekanan darah : 110/71 mmHg
  - 2) Nadi : 80 x/menit
  - 3) Respirasi : 21 x/menit
  - 4) Suhu : 36,5 °C
- c. Pemeriksaan Antropometri
  - 1) BB sebelum hamil : 58 kg  
BB sekarang : 79 kg
  - 2) TB : 160 cm

- 3) Lila : 25 cm
- 4) IMT : 30,8 kg/m<sup>2</sup> ( kategori overweight)

d. Pemeriksaan Fisik

1) Kepala dan leher

Oedem Wajah : Tidak ada

Chloasma gravidarum : Tidak ada

Mata : Konjungtiva merah muda, sclera putih

Mulut : Lembab

Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan vena jugularis

2) Abdomen

Bentuk : Simetris

Bekas luka : Tidak ada

Striae gravidarum : Tidak ada

Leopold I : Teraba lunak, tidak melenting  
(bokong janin)

TFU : Pertengahan pusat – px

TFU McDonald: 29 cm

Leopold II : Perut sebelah kanan teraba keras,  
datar, memanjang, yaitu punggung  
janin

Perut sebelah kiri teraba bagian-  
bagian kecil, yaitu ekstremitas janin

DJJ : 142 kali/menit

Leopold III : Teraba keras, melenting, presentasi (kepala janin)

Leopold IV : Kepala sudah masuk PAP

TBJ :  $(29 - 11) \times 155 = 2790$  gr

3) Ekstremitas

Oedem : Tidak ada

Varices : Tidak ada

Kuku : Merah muda

e. Pemeriksaan Penunjang

1) Pemeriksaan Laboratorium (27 Desember 2022)

Protein urine : Negatif

Reduksi urine : Negatif

Hb : 11,4gr%

**ANALISA**

Ny. S usia 40 tahun G1P0Ab0Ah0 Umur Kehamilan 37 minggu 3 hari, janin hidup, tunggal, punggung kanan, memanjang, presentasi kepala.

**PENATALAKSANAAN**

1. Mengingatkan kepada ibu untuk tetap mematuhi protokol kesehatan yaitu dengan memakai masker, menjaga jarak minimal 1,5 meter, tidak berkerumun, mencuci tangan dengan 6 langkah cuci tangan yang baik dan benar dengan sabun dan air mengalir, serta mandi dan mengganti baju setelah bepergian keluar rumah.

Ibu mengerti dan bersedia melakukan anjuran yang diberikan.

2. Memberitahu hasil pemeriksaan bahwa saat ini ibu dan janin dalam keadaan sehat.

Ibu mengerti kondisi kesehatan dirinya.

3. Memberitahu ibu ketidaknyamanan kehamilan trimester III yaitu sering berkemih, varises, wasir, sesak nafas, bengkak kaki, kram kaki, gangguan tidur, mudah Lelah, nyeri perut bagian bawah, heartburn, kontraksi palsu.

Ibu mengerti ketidaknyamanan kehamilan trimester III.

4. Memberitahu ibu bahwa pegal yang ia rasakan merupakan hal wajar yang terjadi pada ibu hamil karena adanya perubahan volume rahim yang menekan tulang di sekitar pinggang. Menganjurkan ibu untuk mengurangi aktivitas berat agar dapat mengurangi rasa nyeri.

Ibu mengerti dengan keluhan yang dirasakan.

5. Memberitahu ibu tanda bahaya kehamilan yang harus diwaspadai ibu diantaranya pusing yang berlebihan, bengkak pada kaki dan muka,

mual dan muntah yang berlebihan, gerak janin berkurang, keluar darah dari jalan lahir, dan merasa lemas. Bila terdapat salah satu dari tanda bahaya tersebut, ibu harus segera periksa ke fasilitas kesehatan terdekat.

Ibu mengerti tanda bahaya kehamilan.

6. Menjelaskan pada ibu mengenai tanda-tanda persalinan yaitu keluar air ketuban, keluar lendir darah, kontraksi yang sering dan teratur. Apabila muncul tanda-tanda tersebut maka ibu harus segera ke fasilitas kesehatan terdekat.

Ibu mengerti tanda-tanda persalinan.

7. Memberi ibu suplemen penambah darah (TTD) 8 tablet, kalsium (kalk) 8 tablet dan vitamin C 8 tablet untuk diminum setiap hari sekali, TTD dan vit C diminum saat menjelang tidur malam menggunakan air putih dan kalsium diminum setiap pagi.

Ibu menerima suplemen yang diberikan oleh bidan dan bersedia mengonsumsi setiap hari.

8. Memberitahu ibu jadwal kunjungan ulang yaitu 1 minggu lagi atau bila ada keluhan.

Ibu mengerti jadwal kunjungan ulang.

**CATATAN PERKEMBANGAN PERSALINAN**

<b>Hari/ Tanggal, Jam</b>	<b>Data Subjektif</b>	<b>Data Objektif</b>	<b>Analisis</b>	<b>Penatalaksanaan</b>
Selasa, 27 Desember 2022/ 19.00 WIB	<p>Ibu datang ke dokter SpOG tanggal 27 Desember 2022 pukul 19.00 WIB untuk melakukan USG dan didapatkan hasil UK 38 minggu 2 hari, air ketuban mulai berkurang dan bayi harus segera dilahirkan. Kemudian ibu menuju Klinik Ibunda untuk dilakukan induksi. Ibu mengatakan induksi dimulai pukul 20.00 WIB melalui infus. Ibu mulai merasakan kencang-kencang pukul 21.30 WIB. Ibu makan minum terakhir pada 27 Desember 2022 pukul 18.00 WIB. BAB terakhir pada 27 Desember 2022 pukul 07.00 WIB. BAK terakhir pada 27 Desember 2022 pukul 21.00 WIB. Mulai tampak pengeluaran lendir darah tanggal 27 Desember 2022 pukul 22.30 WIB, hasil pemeriksaan dalam tanggal 28 Desember 2022 pukul 04.00 WIB diperoleh pembukaan 8 cm. Kemudian kontraksi semakin sering dan teratur, dilakukan pemeriksaan dalam pukul 06.15 WIB dengan hasil pembukaan 10 cm. Dilakukan amniotomi, ternyata terdapat prolaps tali pusat (tali pusat melewati bagian terendah janin yaitu kepala). Ibu segera dilakukan rujukan untuk dilakukan SC emergency atas indikasi prolaps tali pusat. Saat rujukan, ibu dilakukan pemasangan O2 dan bidan menahan vulva dengan tangan. Ibu dilakukan rujukan ke RSUD Sleman. Bayi lahir tanggal 28 Desember 2022 pukul 07.00 WIB, bayi lahir tidak langsung menangis dan seluruh tubuh biru.</p>	-	-	-



**CATATAN PERKEMBANGAN BAYI BARU LAHIR**

<b>Hari, Tanggal/ Jam</b>	<b>Data Subjektif</b>	<b>Data Objektif</b>	<b>Analisis</b>	<b>Penatalaksanaan</b>
Rabu, 28 Desember 2022 jam 14.00 ( melalui WA)	<p>Bayi Ny. S lahir tanggal 28 Desember 2022 pukul 07.00 WIB secara <i>Sectio Caesarea</i> atas indikasi prolaps tali pusat.</p> <p>Bayi Ny. S lahir tidak menangis dan seluruh tubuh biru sehingga dilakukan tindakan resusitasi sampai akhirnya bayi bisa menangis dan bernafas spontan.</p> <p>Hasil pemeriksaan di rumah sakit diperoleh berat badan lahir 2700 gram, panjang badan 49 cm, dan lingkar kepala 30 cm.</p> <p>Pemeriksaan fisik bayi menunjukkan bayi dalam keadaan normal, tidak ada kelainan maupun kecacatan.</p> <p>Pemberian salep mata pada mata kanan dan mata kiri serta injeksi vitamin K 1 mg secara IM pada paha kiri 1/3 bagian luar atas sudah dilakukan, selanjutnya dilakukan perawatan bayi baru lahir pasca resusitasi. Bayi dilakukan perawatan dan observasi di ruang perinatal selama kurang lebih 6 jam, setelah bayi dalam kondisi stabil dilakukan rawat gabung bersama ibu di ruang nifas.</p>	-	-	-

### CATATAN PERKEMBANGAN NEONATUS

Hari, Tanggal/ Jam	Data Subjektif	Data Objektif	Analisis	Penatalaksanaan
<b>KN I</b> Sabtu, 31 Desember 2022, jam 14.00 ( melalui WA)	Ibu mengatakan bayinya sudah BAB dan BAK, bayi tidak rewel, bayi mau menyusui. Hasil pemeriksaan bayi dalam keadaan sehat dan tidak ada keluhan, tali pusat dalam kondisi bersih, tidak ada tanda-tanda infeksi. Penatalaksanaan yang dilakukan oleh rumah sakit yaitu memberi konseling ibu untuk menjaga kehangatan bayinya, menganjurkan ibu lebih sering menyusui bayinya dengan ASI saja agar kekebalan bayi terus bertambah, memberikan konseling ibu tentang perawatan tali pusat, memberitahu ibu tanda	-	-	-

	bahaya bayi baru lahir. Memberitahu ibu untuk melakukan kontrol ulang 2 Januari 2023.			
<b>KN II</b> Senin, 2 Januari 2023, jam 14.00 (Melalui WA)	Ibu mengatakan melakukan kontrol bayinya di rumah sakit, saat ini bayinya tidak ada keluhan, menyusui dengan kuat, tali pusat sudah puput. Hasil pemeriksaan di rumah sakit menunjukkan berat badan bayi mengalami peningkatan yaitu 2850 gram, tali pusat sudah puput dan bersih, dan bayi tidak kuning. Penatalaksanaan yang dilakukan memberikan KIE terkait ASI eksklusif, <i>personal hygiene</i> bayi, dan melakukan kontrol ulang jika ada keluhan.	-	-	-
<b>KN III</b> Jum,at, 20 Januari	Ibu mengatakan saat ini bayinya dalam kondisi sehat dan tidak ada	KU: Baik BB : 3200 gr Suhu : 36,5 °C	By. Ny. R usia 25 hari normal	1. Memberitahu ibu bahwa berdasarkan hasil pemeriksaan keadaan bayi baik.

<p>2023, jam 16.00</p>	<p>keluhan, menyusui dengan kuat, bayi sudah melakukan imunisasi BCG pada 20 Januari 2023.</p>			<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Memberikan KIE tentang menjaga personal hygiene bayi dengan mandi 2x sehari dan mengganti popok saat bayi BAK atau BAB</li> <li>3. Menganjurkan ibu dan keluarga untuk memberikan bayi ASI eksklusif yaitu hanya ASI saja sampai usianya 6 bulan, tanpa minuman dan makanan tambahan, susui bayi sesering mungkin atau minimal setiap 2 jam sekali.</li> <li>4. Menganjurkan ibu untuk tetap terus meneteki di kedua payudaranya sesering mungkin, jika bayi tidur agar dibangunkan maksimal 2 jam sekali untuk menetek.</li> <li>5. Mengajarkan ibu cara menyusui yang benar, yaitu dengan posisi bayi dipangku perut bayi menempel perut ibu, kepala bayi didepan payudara dan bayi menyusui sampai mulut mencapai aerola dan terdengar tegukan dalam mulut bayi, sampai membentuk garis lurus dari kepala bayi sampai badan dan ditopang dengan tangan ibu.</li> </ol>
----------------------------	--	--	--	---

				<p>6. Memberikan KIE kepada ibu tentang tanda bahaya pada bayi baru lahir yaitu bayi tidak mau menyusu, panas, kejang, badan kuning, atau tampak biru pada ujung jari tangan, kaki dan mulut, dan apabila bayi mengalami salah satu tanda bahaya tersebut segera bawa ke fasilitas kesehatan.</p>
--	--	--	--	---

**CATATAN PERKEMBANGAN PEMERIKSAAN NIFAS**

<b>Hari, Tanggal/ Jam</b>	<b>Data Subjektif</b>	<b>Data Objektif</b>	<b>Analisis</b>	<b>Penatalaksanaan</b>
<b>KF I</b> Rabu, 28 Desember 2022 Melalui WA)	Ibu mengatakan saat ini sudah mulai mencoba miring kiri dan kanan serta mencoba duduk, luka jahitan masih terasa nyeri.	Hasil pemeriksaan di rumah sakit menunjukkan bahwa ibu dalam kondisi baik dan sehat, ASI sudah keluar namun masih sedikit perut terasa keras, dan pengeluaran darah dirasa normal.	Ny. S usia 40 tahun P1Ab0Ah1 post <i>sectio caesarea</i> hari ke-1 normal	Penatalaksanaan yang dilakukan rumah sakit yaitu memberikan KIE tentang mobilisasi dini post operasi, perawatan luka jahitan, kebersihan diri dan daerah kewanitaan, menjaga kehangatan bayi, memberikan ASI eksklusif agar tercipta bonding yang baik antara ibu dan bayi, menganjurkan ibu untuk rutin menyusukan bayi untuk menstimulasi ASI, tanda-tanda bahaya nifas, serta pemenuhan nutrisi untuk pemulihan kondisi ibu.
<b>KF II</b> Sabtu, 31 Desember 2022	Ibu mengatakan saat ini sudah bisa duduk sendiri dan berjalan, luka bekas jahitan operasi masih terasa nyeri dan hari ini sudah boleh pulang. Sehingga diperoleh diagnosa	Hasil pemeriksaan di rumah sakit menunjukkan ibu dalam kondisi baik dan sehat, ASI keluar lancar, perut terasa keras, dan pengeluaran darah normal	Ny. S usia 40 tahun P1Ab0Ah1 post <i>sectio caesarea</i> hari ke-3 normal	Penatalaksanaan yang dilakukan rumah sakit yaitu memberikan KIE tentang perawatan luka jahitan operasi, perawatan dan kebersihan bayi baru lahir, kebersihan daerah kewanitaan dengan rajin mengganti pembalut ketika sudah tidak nyaman, teknik menyusui yang baik dan benar, tanda-tanda bahaya nifas, pemberian ASI <i>on demand</i> , serta pemenuhan nutrisi dan istirahat untuk pemulihan.

<p><b>KF III</b>          Senin, 9          Januari          2023</p>	<p>Ibu mengatakan saat ini tidak ada keluhan, sudah dapat beraktifitas seperti semula, darah nifas saat ini berwarna kuning kecoklatan, ASI keluar lancar, BAB dan BAK seperti biasa, istirahat sedikit berkurang karena sering bangun tengah malam untuk menyusui bayinya, dalam pola makan tidak ada pantangan.</p>	<p>Keadaan umum baik          Kesadaran composmentis, TD. 120/80 mmHg, ASI keluar lancar, jahitan operasi sudah kering, lochea cerosa.</p>	<p>Ny. S usia 40 tahun          P1Ab0Ah1          postpartum SC hari ke 12</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan KIE kepada ibu tentang nutrisi selama masa nifas yaitu ibu harus makan makanan bergizi seimbang dan beragam meliputi karbohidrat (nasi, kentang, roti), protein (telor, tahu, tempe, ikan, daging), sayur (bayam, kangkung, sawi, katuk, brokoli), buah (jeruk, manga, jambu), serta mengkonsumsi minum minimal 3 liter/hari agar produksi ASI banyak dan tercukupi serta mempercepat pemulihan luka jahitan operasi</li> <li>2. Memberikan KIE kepada ibu untuk istirahat yang cukup atau istirahat saat bayi tidur sehingga ibu tidak merasa kelelahan karena apabila ibu kelelahan dapat mempengaruhi produksi ASI. Kebutuhan tidur ibu nifas dalam sehari kurang lebih delapan jam pada malam hari dan satu jam pada siang hari. Pola istirahat dan aktivitas ibu selama nifas yang kurang dapat menyebabkan kelelahan dan berdampak pada produksi ASI.</li> </ol>
---	---	--	--	---

				<p>3. Memberikan KIE tentang personal hygiene yaitu untuk selalu menjaga kebersihan diri yaitu mandi 2 kali sehari, membersihkan daerah kewanitaan dengan membasuh dari arah depan ke belakang kemudian dikeringkan dengan kain/handuk kering.</p> <p>4. Memberikan KIE kepada ibu tentang ASI Eksklusif dan menganjurkan ibu untuk memberikan ASI eksklusif selama 6 bulan kepada bayinya. Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI sesering mungkin atau memberikan ASI minimal 2 jam sekali. Bila bayi tidur lebih dari 2 jam, maka bangunkan bayi untuk minum ASI.</p> <p>5. Memberikan KIE kepada ibu tentang perawatan bayi yaitu dengan menjaga kebersihan bayi dengan mandi 2 kali sehari, menjaga suhu tubuh bayi tetap hangat, tidak memakaikan gurita kepada bayi, memberikan ASI sesering mungkin, selalu mengajak</p>
--	--	--	--	---



				bicara, melakukan kontak mata serta memberika sentuhan saat menyusui bayi.
<b>KF IV</b> Selasa, 24 Januari 2023	Ibu mengatakan saat ini sudah tidak ada keluhan, luka jahitan operasi sudah membaik kering dan tidak nyeri, darah nifas sudah tidak keluar hanya keluar seperti keputihan, pemberian ASI masih berlanjut di kedua payudara sebelah kiri dan kanan secara bergantian.	Keadaan umum baik Kesadaran compos mentis TD : 110/70 mmHg Suhu : 36,7 °C Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih Payudara : Puting susu menonjol, bersih, ASI keluar lancar Ekstremitas tidak ada oedema dan varices	Ny. S usia 40 tahun P1Ab0Ah1 postpartum SC hari ke 27 normal.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberitahu ibu bahwa berdasarkan hasil pemeriksaan keadaan ibu baik dan sehat.</li> <li>2. Memberikan KIE tentang pemenuhan gizi ibu selama nifas yaitu untuk selalu mengkonsumsi makanan bergizi seimbang, mengkonsumsi makanan berserat dan sayuran hijau, makan makanan berprotein tinggi serta mengkonsumsi minum minimal 2-3 liter/hari. Ibu mengerti dan akan melakukan anjuran yang diberikan.</li> <li>3. Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI Eksklusif selama 6 bulan tanpa makanan tambahan/pendamping.</li> <li>4. Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI sesering mungkin atau memberikan ASI minimal 2 jam sekali. Bila bayi tidur lebih dari 2 jam, maka bangunkan bayi untuk minum ASI. Ibu paham terhadap</li> </ol>

				<p>penjelasan yang diberikan.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>5. Memberitahu ibu untuk mulai merencanakan dan mendiskusikan metode kontasepsi yang digunakan dengan suami.</li><li>6. Memberikan KIE tentang metode kontrasepsi, manfaat, dan efek sampingnya.</li></ol>
--	--	--	--	--

### CATATAN PERKEMBANGAN PEMERIKSAAN KESEHATAN REPRODUKSI

Hari, Tanggal/ Jam	Data Subjektif	Data Objektif	Analisis	Penatalaksanaan
Senin,30 Januari 2023	Ibu mengatakan belum melakukan pemasangan KB IUD karena belum ada persetujuan dan keputusan dari suami. Namun ibu menggunakan metode kontrasepsi jenis kondom untuk mencegah dan mengatur jarak kehamilan yang diperoleh dari Puskesmas. Ibu saat ini memberikan ASI eksklusif kepada bayinya. Ibu mengatakan selesai masa nifas pada tanggal 25 Januari 2023. Ibu belum mendapatkan haid kembali. Ibu tidak pernah menderita atau sedang menderita penyakit hipertensi,	Keadaan umum : Baik Kesadaran : Composmentis TD 120/80 mmHg	Ny. S usia 40 tahun P2A0Ah2 akseptor baru KB kondom	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberitahu ibu bahwa berdasarkan hasil pemeriksaan keadaan ibu baik dan sehat.</li> <li>2. Menjelaskan kepada ibu tentang definisi, keuntungan dan kerugian KB Kondom. Kondom adalah alat kontrasepsi atau alat untuk mencegah kehamilan atau penyakit kelamin pada saat bersenggama, kondom biasanya dibuat dari bahan karet lateks, berbentuk tabung tidak tembus cairan dimana salah satu ujungnya tertutup rapat dan dilengkapi kantung untuk menampung sperma. Kondom dipakai pada alat kelamin pria pada keadaan ereksi sebelum bersenggama atau hubungan seksual.</li> <li>3. Menjelaskan keuntungan KB kondom yaitu : sangat efektif sebagai alat kontrasepsi bila digunakan secara benar, tidak mengganggu produksi air susu ibu</li> </ol>

	<p>jantung, DM, kanker payudara, tumor payudara, miom.</p>			<p>(ASI) bagi ibu yang menyusui, memberi perlindungan terhadap penyakit-penyakit akibat hubungan seksual termasuk infeksi HIV, tidak memerlukan pemeriksaan medis atau pengawasan ketat, murah dan dapat dibeli secara umum (tidak memerlukan resep), metode sementara bila metode kontrasepsi lainnya harus ditunda.</p> <p>4. Menjelaskan kekurangan dari penggunaan KB kondom yaitu angka kegagalan relatif tinggi, perlu menghentikan sementara aktivitas dan spontanitas hubungan seksual guna memasang kondom, perlu digunakan secara konsisten hati-hati dan terus-menerus pada setiap berhubungan seksual, beberapa orang dapat alergi terhadap bahan karet kondom sehingga menimbulkan iritasi.</p> <p>5. Menjelaskan tentang Indikasi penggunaan kondom yaitu semua pasangan usia subur yang ingin berhubungan seksual namun belum menginginkan kehamilan, serta untuk perlindungan maksimal</p>
--	--	--	--	--

				<p>terhadap IMS</p> <p>6. Menjelaskan tentang Kontraindikasi penggunaan kondom: apabila secara psikologis pasangan tidak dapat menerima metode ini, malformasi penis, apabila salah satu pasangan alergi terhadap karet lateks.</p> <p>7. Menjelaskan tentang efek samping penggunaan kondom pada umumnya saat penggunaan kondom, pemakai kondom dan pasangannya jarang mengalami efek samping. Namun, terdapat beberapa kasus alergi terhadap terutama bahan lateks atau lubrikan atau spermisida yang dipakai atau ada pada kondom. Beberapa kemungkinan efek samping penggunaan kondom antara lain: reaksi alergi terhadap lateks antara lain kemerahan, bengkak, hingga kontriksi bronchus.</p>
--	--	--	--	---

Lampiran 2 *Informed Consent*

SURAT PERSETUJUAN  
(*Informed Consent*)

Yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : Supriyanti  
Tempat/tanggal lahir : Kulon Progo, 12 - 6 - 1982  
Alamat : Dukuh RT 03 RW 10, Dendokerto, TURI  
Nomor Telp/ WA : 087839401354

Bersama ini menyatakan bahwa saya Setuju berpartisipasi menjadi subyek dalam praktik Continuity Of Care (COC) untuk mahasiswa Prodi Pendidikan Profesi Bidan TA 2022/2023.

Saya telah menerima penjelasan sebagai berikut:

1. Setiap Tindakan yang dipilih bertujuan untuk memberikan asuhan kebidanan dalam rangka meningkatkan dan mempertahankan Kesehatan fisik, mental ibu dan bayi. Namun demikian, setiap Tindakan mempunyai risiko baik yang diduga maupun yang tidak terduga sebelumnya.
2. Pemberi asuhan telah menjelaskan bahwa mahasiswa akan berusaha sebaik mungkin untuk melakukan asuhan kebidanan dan menghindari kemungkinan terjadinya risiko agar diperoleh hasil yang optimal.
3. Semua penjelasan tersebut diatas sudah saya pahami dan disampaikan dengan kalimat yang jelas, sehingga saya mengerti arti asuhan dan tindakan yang diberikan kepada saya. Dengan demikian terdapat kesepakatan antara pasien dan pemberi asuhan untuk mencegah timbulnya masalah hukum di kemudian hari

Demikian surat persetujuan ini saya buat tanpa paksaan dari pihak manapun dan agar dipergunakan sebagaimana mestinya.

Yogyakarta, 12 - 12 - 2022

Mahasiswa



(Supriyanti.....)

Klien



(Supriyanti.....)

Lampiran 3 Surat Keterangan Telah Menyelesaikan COC

**SURAT KETERANGAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Eri Wuryanti S.Tr.Keb., Bdn  
NIP : 198107222017042001  
Jabatan : Bidan Pembimbing Klinik  
Instansi : Puskesmas Turi,Sleman

Dengan ini menerangkan bahwa:

Nama : Fitri Orbayanti Rofiqoh  
NIM : P07124522075  
Prodi : Pendidikan Profesi Bidan  
Jurusan : Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

Telah selesai melakukan asuhan kebidanan berkesinambungan dalam rangka praktik kebidanan holistik Continuity of Care (COC) I. Asuhan dilaksanakan pada tanggal 12 Desember 2022 sampai dengan 10 April 2023. Judul asuhan: Asuhan Berkesinambungan pada Ny. S Usia 40 tahun G1P0A0AH0 dari masa kehamilan sampai keluarga berencana di Puskesmas Turi,Sleman.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Yogyakarta,10 April 2023.  
Pembimbing Klinik

Eri Wuryanti S.Tr.Keb., Bdn  
NIP. 198107222017042001

#### Lampiran 4 Dokumentasi Kegiatan





# Maternal Risk Factors and Outcomes of Umbilical Cord Prolapse: A Population-Based Study

Sadikah Behbehani, MD,<sup>1</sup> Valerie Patenaude, MSc,<sup>2</sup> Haim A. Abenheim, MD, MPH<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Department of Obstetrics and Gynecology, Jewish General Hospital, McGill University, Montreal, Quebec

<sup>2</sup>Centre for Clinical Epidemiology and Community Studies, Jewish General Hospital, Montreal, Quebec

## Abstract

**Objective:** Umbilical cord prolapse (UCP) is a rare event believed to be associated with adverse outcomes. The purpose of our study was to use a large administrative database to better identify incidence, predictors, and outcomes of births with UCP.

**Methods:** We carried out a retrospective cohort study using data from the National Center for Health Statistics' Linked Birth Infant Death and Fetal Death (United States) data files during the years 2003-2005. The incidence, predictors, and outcomes of births with UCP were compared to births with no UCP. Logistic regression analysis was performed to estimate the adjusted effect of UCP on maternal and neonatal outcomes.

**Results:** There were 16 126 cases of UCP among 10 040 416 births, for an incidence of 16.1 cases per 10 000 births. While most cases occurred at term and in women with one or two previous births, early gestational age, grand multiparity, prolonged labour, and malpresentation were the strongest risk factors. UCP was associated with an increased risk of placental abruption, excessive bleeding, Caesarean sections, lower Apgar scores, requiring assisted ventilation, neonatal seizures, hyaline membrane disease, and fetal injuries. Deliveries by Caesarean section were associated with a greater risk of fetal injuries than vaginal delivery (18.5% vs 8.7%; OR 2.6, 95% CI 2.3 to 2.9,  $P < 0.001$ ).

**Conclusion:** Although there are established risk factors, UCP occurs most commonly in low risk women at term. When possible, vaginal delivery is preferred in women with UCP because it appears to be associated with a lower risk of fetal injury.

## Résumé

**Objectif :** Le prolapsus du cordon ombilical (PCO) est un événement rare que l'on estime être associé à des issues indésirables. Notre étude avait pour objectif d'utiliser une base de données

administrative de grande envergure pour mieux identifier l'incidence, les facteurs prédictifs et les issues des accouchements en présence d'un PCO.

**Méthodes :** Nous avons mené une étude de cohorte rétrospective au moyen de données issues de la base de données *National Center for Health Statistics' Linked Birth Infant Death and Fetal Death* (États-Unis) pour la période 2003-2005. Nous avons comparé les accouchements en présence d'un PCO aux accouchements n'ayant pas présenté cette complication en fonction des paramètres suivants : incidence, facteurs prédictifs et issues de grossesse. Une analyse de régression logistique a été menée pour estimer l'effet corrigé du PCO sur les issues maternelles et néonatales.

**Résultats :** Nous avons recensé 16 126 cas de PCO au sein d'un groupe de 10 040 416 naissances, ce qui représente une incidence de 16,1 cas sur 10 000 naissances. Bien que la plupart des cas soient survenus à terme et chez des femmes qui avaient déjà connu un ou deux accouchements, les facteurs de risque les plus fortement associés au PCO ont été un âge gestationnel précoce, une grande multiparité, un travail prolongé et une présentation anormale. Le PCO a été associé à un risque accru de décollement placentaire, de saignements excessifs, de césarienne, de faibles indices d'Apgar, de mise en œuvre d'une ventilation assistée, de convulsions néonatales, de maladie des membranes hyalines et de lésions fœtales. Les accouchements par césarienne ont été associés à un risque accru de lésions fœtales, par comparaison avec les accouchements vaginaux (18,5 % vs 8,7 %; RC, 2,6; IC à 95 %, 2,3 à 2,9;  $P < 0,001$ ).

**Conclusion :** Bien que des facteurs de risque aient été établis, le PCO se manifeste plus souvent qu'autrement au terme de la grossesse chez des femmes exposées à de faibles risques. Dans la mesure du possible, la tenue d'un accouchement vaginal est à privilégier chez les femmes qui présentent un PCO, puisque cette intervention semble être associée à un risque moindre de lésion fœtale.

Copyright © 2016 The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada/La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Published by Elsevier Inc. All rights reserved.

J Obstet Gynaecol Can 2016;38(1):23-28

## INTRODUCTION

Although umbilical cord prolapse (UCP) is an uncommon condition, with an incidence ranging between 0.1 to 0.6%, it is a major obstetrical complication.<sup>1e12</sup>

**Key Words:** maternal risk factors, neonatal morbidity, umbilical cord prolapse

The authors report no conflict of interest.

Funding was obtained from our institution.

Received on May 1, 2015

Accepted on June 16, 2015

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jogc.2015.10.008>

UCP is diagnosed when the cord can be seen or palpated during a vaginal examination, and it is often accompanied by a decelerating fetal heart rate.<sup>13</sup> The main risk factors currently associated with UCP are breech presentation, multiparity, malpresentation, polyhydramnios, and multiple gestation, particularly in the second-born twin.<sup>2,4,8,10,12,14,15</sup> Prematurity is also a major risk factor for UCP because the fetuses are often small and in a non-vertex presentation.<sup>2,9,12</sup> UCP is associated with adverse neonatal outcomes, such as low Apgar scores and low cord pH values.<sup>1,3,6,7,9,11,14,16</sup> There is also a significant increased risk of mortality in babies born following UCP.<sup>6,10,12,15,17</sup>

Rates of UCP are declining because of better diagnosis and improved obstetrical care. Emergency Caesarean sections performed after a diagnosis of UCP have significantly reduced neonatal morbidity and mortality. Most previously conducted studies of UCP have been small case series with insufficient statistical power to estimate the true incidence of UCP in the general population. Due to the infrequent occurrence of the condition, many other risk factors and outcomes for UCP have not been evaluated. The objective of our study was to provide more reliable estimates of the incidence of UCP, its associated risk factors, and related maternal and neonatal outcomes.

## METHODS

We used data from the National Center for Health Statistics (United States Centers for Disease Control and Prevention) e-Linked Birth Infant Death and Fetal Death data files to carry out a retrospective cohort study of all births that were registered between January 2003 and December 2005. Information on approximately 4 million annual births of residents and non-residents of the United States are typically included in the database. The territories Puerto Rico, Guam, and the Virgin Islands were excluded from our cohort. Furthermore, our analyses did not include births of United States citizens outside the country.

Our outcome of interest was UCP, which was obtained from the maternal birth certificate. We included all live births, and excluded all deliveries prior to 24 weeks' gestational age, stillbirths, and all delivery records which did not record whether

or not UCP occurred. The incidence of UCP was measured for each year, and the maternal characteristics of women with and without UCP were compared. Logistic regression was used to estimate the odds ratios (OR) and 95% confidence intervals (CI) for associated risk factors and maternal and neonatal outcomes among women with and without UCP. We considered P-values < 0.05 to be statistically significant. All analyses were conducted using SAS enterprise guide 4.2

(SAS Institute Inc., Cary, NC). This study exclusively used publicly available data; hence, according to the Tri-Council Policy statement (2010), institutional review board approval was not required.

## **RESULTS**

A total of 16 126 births complicated by UCP were identified throughout the study period. The incidence of UCP in our cohort population remained stable throughout the three year study period. The incidence was 16.3, 17.0, and 14.7 per 10 000 births for the years 2003, 2004, and 2005, respectively. Baseline characteristics among pregnant women with and without cord prolapse are shown in [Table 1](#). Women with UCP were more likely to be of American Indian/Alaskan native race, to be multiparous, to have a breech presentation, to have a prolonged labour, and to be carrying a male fetus.

The maternal and neonatal outcomes associated with UCP are shown in [Tables 2 and 3](#), respectively. Patients who had UCP were almost 11 times more likely to undergo a Caesarean section than those without UCP. Further, births complicated by UCP were associated with placental abruption, preterm premature rupture of membranes, meconium-stained amniotic fluid, and excessive bleeding. The use of forceps and vacuum was not found to be associated with UCP. Infants born following UCP were found to have significantly poorer neonatal outcomes, with more than a five-fold increase in the risk of seizure and a four-fold increase in the risk of suffering fetal injury. Among women with UCP, women who delivered by Caesarean section had a considerably higher risk of fetal injury than women who delivered vaginally (18.5% vs 8.7%; adjusted OR 2.6, 95% CI 2.3 to 2.9,  $P < 0.001$ ).

## **DISCUSSION**

We aimed to provide a more reliable and representative estimate of the incidence of UCP in the United States, including its risk factors and maternal and fetal outcomes, by conducting one of the largest population-based retrospective cohort studies to date. We included 16 126 women identified as having UCP over a three year period, compared with 709 women with UCP in

the previous largest reported study.<sup>18</sup> Our large study population enabled us to identify additional risk factors not mentioned in previous reports.<sup>1e12</sup> The risk factors for UCP identified in our study were: maternal age  $\geq 35$ , preterm birth, multiparity, male sex of newborn, breech presentation, multiple gestation, and prolonged labour. Further, we showed that women who have UCP in labour are also likely to have placental abruption, excessive bleeding,

Table 1. Baseline clinical characteristics among women with and without cord prolapse

Characteristics	Cord Prolapse N ¼ 16 126 n(%)	No Cord Prolapse N ¼ 10 024 290 n(%)	Adjusted OR (95% CI)	Adjusted <i>P</i>
Age (years)				
<25	5043 (31.27)	3 540 283 (35.32)	0.92 (0.88-0.95)	<0.001
25-34	8270 (51.28)	5 055 392 (50.43)	1.00	
>¼35	2813 (17.44)	1 428 615 (14.25)	1.13 (1.08-1.18)	<0.001
Race				
White	12 415 (76.99)	7 833 207 (78.14)	1.00	
Black	2594 (16.09)	1 485 148 (14.82)	1.04 (1.00-1.09)	0.017
American Indian/Alaskan Native	291 (1.80)	116 995 (1.17)	1.51 (1.34-1.70)	<0.001
Asian/Pacific Islander	826 (5.12)	588 940 (5.88)	0.93 (0.86-0.99)	<0.001
Previous Caesarean section	1111 (6.89)	1 246 585 (12.44)	0.50 (0.47-0.54)	<0.001
Diabetes	810 (5.02)	329 913 (3.29)	1.09 (0.78-1.53)	0.693
Male sex	9180 (56.93)	5 129 513 (51.17)	1.26 (1.22-1.30)	<0.001
Breech	1605 (9.95)	363 939 (3.63)	2.27 (2.15-2.40)	<0.001
Plurality	14 807 (91.82)	9 691 777 (96.68)	1.45 (1.36-1.54)	<0.001
Induction of labour	11 588 (71.86)	7 973 981 (79.55)	1.62 (1.56-1.68)	0.057
Precipitous labour	219 (1.36)	174 686 (1.74)	0.69 (0.60-0.79)	<0.001
Prolonged labour	166 (1.03)	69 971 (0.70)	1.49 (1.28-1.74)	<0.001

premature rupture of membranes, and meconium-stained amniotic fluid. In addition, we found a significantly increased risk of adverse neonatal outcomes including low five-minute Apgar scores, requiring assisted ventilation, seizures, birth injury, meconium aspiration, hyaline membrane disease, and fetal injury. On a practical level, we found that babies delivered vaginally after UCP had a lower risk of birth injuries than babies born by Caesarean section.

American Indian and Alaskan Native women had a 51% increase in the risk of UCP compared to white women. The reason for this association is unknown; however, it may be associated, at least in part, with the effect of lower socio-economic status on the adequacy of prenatal care, which has been associated with increased labour and delivery complications.<sup>19</sup>

Two studies have found an increased number of

cases of UCP in patients who did not receive adequate prenatal care,<sup>6,20</sup> and Enkapene et al. also found an increased risk of perinatal mortality.<sup>20</sup> Consistent with other studies, we found the risk of UCP increased in association with multiple gestation and increasing parity, with a 54% increase in risk after three deliveries and a 67% increase in risk after four deliveries (Figure 1).<sup>2e4,6,8e10,14,15,18,21e26</sup>

Interestingly, our study showed that in pregnancies with UCP there were more male babies delivered than female babies. This has been reported in only two other studies.<sup>6,27</sup> Although some studies have shown that there are no differences in obstetrical complications related to the sex of the fetus, other studies have shown that male fetuses are more likely to be associated with preterm labour.<sup>28,29</sup> Even after adjusting for preterm labour as a

Table 2. Effect of UCP on Maternal Outcomes

Outcomes	Cord prolapse N ¼ 16 126 n(%)	No cord prolapse N ¼ 10 024 290 n(%)	Adjusted OR (95% CI)	Adjusted <i>P</i>
Placental abruption	241 (1.49)	51 446 (0.51)	1.65 (1.45-1.89)	<0.001
Caesarean section	11 034 (68.42)	2 842 753 (28.36)	10.87 (10.47-11.30)	<0.001
Vacuum	627 (3.89)	402 668 (4.02)	1.04 (0.96-1.13)	0.298
Forceps	192 (1.19)	110 634 (1.10)	1.12 (0.97-1.29)	0.116
Meconium	1198 (7.43)	481 899 (4.81)	1.74 (1.64-1.85)	<0.001
Febrile	215 (1.33)	153 149 (1.53)	0.86 (0.75-0.98)	0.029
Excessive bleeding	201 (1.25)	56 979 (0.57)	1.75 (1.52-2.01)	<0.001
PPROM	870 (5.40)	201 012 (2.01)	1.84 (1.72-1.98)	<0.001

PPROM: preterm premature rupture of membranes.

Table 3. Effect of UCP on Neonatal Outcomes

Outcomes	Cord prolapse, N/16,126 n(%)	No cord prolapse, N/10,024,290 n(%)	Adjusted OR (95% CI)	Adjusted P
5-minute Apgar <3	303 (1.88)	18 029 (0.18)	3.76 (3.31-4.26)	<0.001
Assisted ventilation	1724 (10.69)	263 591 (2.63)	2.99 (2.83-3.16)	<0.001
Seizures	47 (0.29)	4504 (0.04)	5.55 (4.16-7.42)	<0.001
Birth injury	110 (0.68)	26 312 (0.26)	2.22 (1.84-2.68)	<0.001
Meconium aspiration	69 (0.43)	12 783 (0.13)	3.46 (2.72-4.38)	<0.001
Hyaline membrane disease	361 (2.24)	57 249 (0.57)	1.72 (1.54-1.92)	<0.001
Fetal injury	2495 (15.47)	347 640 (3.47)	4.72 (4.52-4.93)	<0.001

possible confounder, male sex remained an independent risk factor for UCP.

In patients whose deliveries were complicated by UCP, 78% of UCPs occurred at term; 22% occurred at a gestational age of less than 37 weeks, compared to only 12% of deliveries in the non-UCP group (Figure 2). Other studies have also found a higher risk of UCP in premature births.<sup>2,9,10,12,18,24</sup> This is probably due to the fact that premature babies are smaller and their presenting part is not well applied to the cervix, providing more space for the cord to prolapse. While it is evident that prematurity is an important risk factor for UCP, most cases nevertheless occur in women who are at term.

While the optimal mode of delivery in cases of UCP is subject to clinical judgement, the overall objective is to deliver the baby as quickly as possible. When comparing outcomes of births by Caesarean section with vaginal delivery, we found that deliveries by Caesarean section were associated with a greater risk of birth injury. It is difficult to

draw a definitive conclusion from this observation, given the fact that these two groups are likely not interchangeable, but it is possible that the urgent nature of a Caesarean section is associated with a more traumatic and difficult delivery.

Assessing the presentation of a fetus is a routine part of every vaginal examination in labour, so it is important to know which presentations are associated with a higher risk of UCP. The present study showed that in cases of UCP most fetuses were in a vertex presentation. We found that 10% of the cases occurred in a breech presentation, whereas only 4% of deliveries with no UCP were in a breech presentation, consistent with previous reports of malpresentation being associated with UCP.<sup>2,4,6,10,14,18,21,22,26</sup> Faiz et al. found 35% of UCP

occurred in non-vertex presentations (breech and transverse lie),<sup>26</sup> while Usta et al. reported 41% of their cases were in non-vertex presentations.<sup>14</sup> The population effect that malpresentation has on the occurrence of UCP is not known; we do not believe it is as much of an effect as

Figure 1. Cord prolapse by parity

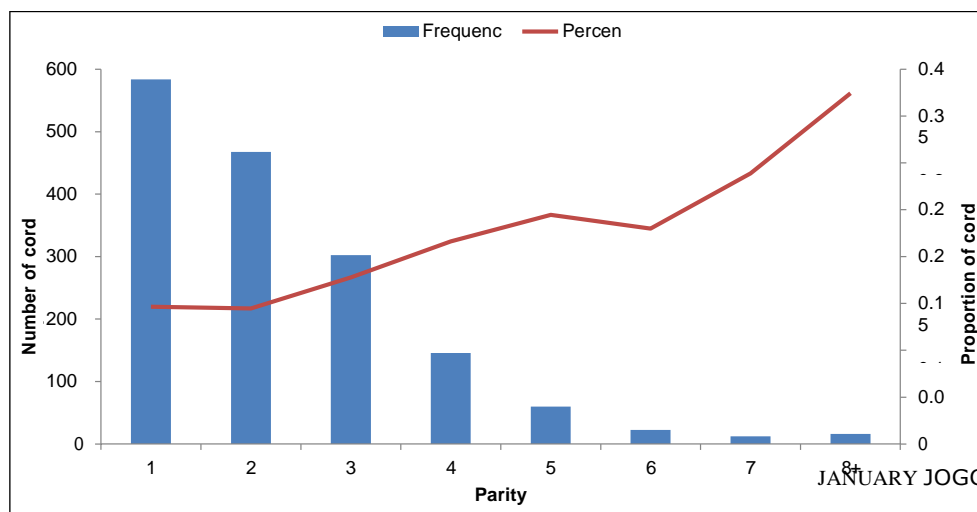
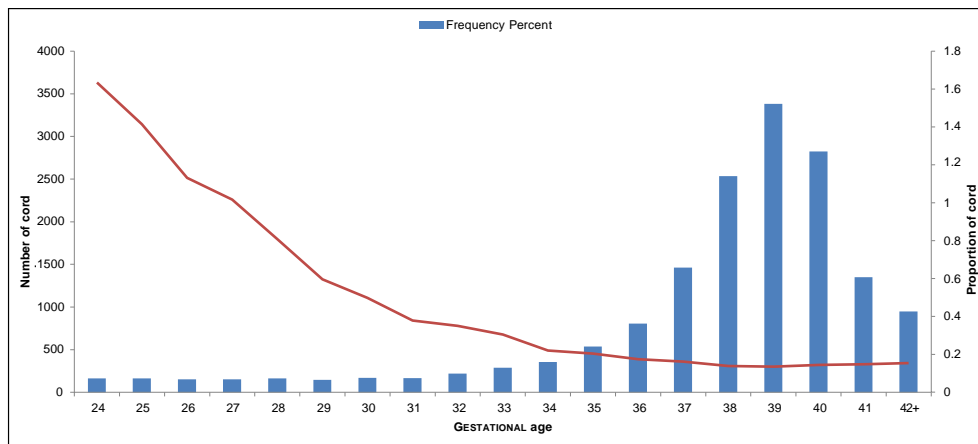


Figure 2. Cord prolapse by gestational age



reported in some case series, and we believe it accounts for only a small proportion of all UCPs seen in the general population. It is important to note, however, that the study by Faiz et al.<sup>26</sup> was carried out in Saudi Arabia, where delivering infants in non-vertex presentations vaginally may be more common than in North American practice. On the other hand, the study by Usta et al.<sup>14</sup> was conducted in the United States (but included only 87 cases).

We found that women who had UCP were more likely to have excessive bleeding, placental abruption, and presence of meconium during labour, findings which have not previously been reported. Although the mechanism by which these complications occur is uncertain, the lack of oxygen that may occur as a consequence of cord compression may be partly related, and may also be related to the adverse neonatal outcomes that we observed. Specifically, we observed lower five-minute Apgar scores in cases of UCP, which has previously been reported.<sup>1,3,6,7,9,11,14,16,17,21,25</sup> Our analysis also showed that babies born after UCP were more likely to require assisted ventilation and to have higher rates of neonatal seizures, meconium aspiration, and hyaline membrane disease. Even though the physician aims to deliver the fetus as soon as possible, it is likely from these observations that fetal asphyxia is more likely to occur, with resulting adverse neonatal outcomes.

Our study has several limitations. Some risk factors for UCP, such as polyhydramnios, could not be assessed as they were not available in the database. There were

also missing variables on birth certificates. Most importantly, our data relied solely on information reported by the physician on the birth certificate. There may have been cases of cord prolapse that were under-reported, or complications not recorded by the

physician at the time of delivery and subsequently not entered on the birth certificate.

## CONCLUSION

In this study, we found that although there are several risk factors for UCP, most cases occur in women with low-risk pregnancies. If possible, delivery by the vaginal route is preferable because this is associated with the lowest risk of birth injury.

## REFERENCES

1. Gabbay-Benziv R, Maman M, Wiznitzer A, Linder N, Yogev Y. Umbilical cord prolapse during delivery - risk factors and pregnancy outcome: a single center experience. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2013.
2. Gannard-Pechin E, Ramanah R, Cossa S, Mulin B, Maillet R, Riethmuller D. [Umbilical cord prolapse: a case study over 23 years]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2012;41(6):574-83.
3. Alouini S, Mesnard L, Megier P, Lemaire B, Coly S, Desroches A. [Management of umbilical cord prolapse and neonatal outcomes]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2010;39(6):471-7.
4. Bako B, Chama C, Audu BM. Emergency obstetrics care in a Nigerian tertiary hospital: a 20 year review of umbilical cord prolapse. *Niger J Clin Pract* 2009;12(3):232-6.
5. Boyle JJ, Katz VL. Umbilical cord prolapse in current obstetric practice. *J Reprod Med* 2005;50(5):303-6.
6. Kahana B, Sheiner E, Levy A, Lazer S, Mazor M. Umbilical cord prolapse and perinatal outcomes. *Int J Gynaecol Obstet* 2004;84(2):127-32.
7. Tan WC, Tan LK, Tan HK, Tan AS. Audit of 'crash' emergency caesarean sections due to cord prolapse in terms of response time and perinatal outcome. *Ann Acad Med Singapore* 2003;32(5):638-41.
8. Yla-Outinen A, Heinonen PK, Tuimala R. Predisposing and risk factors of umbilical cord prolapse. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1985;64(7):567-70.
9. Dare FO, Owolabi AT, Fasubaa OB, Ezechi OC. Umbilical cord prolapse: a clinical study of 60 cases seen at Obafemi Awolowo University Teaching Hospital, Ile-Ife. *East Afr Med J* 1998;75(5):308-10.



10. Dufour P, Vinatier D, Bennani S, et al. [Cord prolapse. Review of the literature. A series of 50 cases]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 1996;25(8):841-5.
11. Murphy DJ, MacKenzie IZ. The mortality and morbidity associated with umbilical cord prolapse. *Br J Obstet Gynaecol* 1995;102(10):826-30.
12. Traore Y, Dicko TF, Teguede B, Mulbah JK, Adjobi R, N'Guessan E, et al. [Frequency of cord prolapse: etiological factors and fetal prognosis in 47 cases in a health center]. *Mali Med* 2006;21(1):25-9.
13. Holbrook BD, Phelan ST. Umbilical cord prolapse. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2013;40(1):1-14.
14. Usta IM, Mercer BM, Sibai BM. Current obstetrical practice and umbilical cord prolapse. *Am J Perinatol* 1999;16(9):479-84.
15. Uygur D, Kis S, Tuncer R, Ozcan FS, Erkaya S. Risk factors and infant outcomes associated with umbilical cord prolapse. *Int J Gynaecol Obstet* 2002;78(2):127-30.
16. Onwuhafua PI, Zayyan M, Ozed-Williams I, Ankama M. Fetal outcome following umbilical cord prolapse in Ahmadu Bello University Teaching Hospital, Kaduna (ABUTHK), northern Nigeria. *Niger J Med* 2007;16(4):334-7.
17. Enakpene CA, Omigbodun AO, Arowojolu AO. Perinatal mortality following umbilical cord prolapse. *Int J Gynaecol Obstet* 2006;95(1):44-5.
18. Critchlow CW, Leet TL, Benedetti TJ, Daling JR. Risk factors and infant outcomes associated with umbilical cord prolapse: a population-based case-control study among births in Washington State. *Am J Obstet Gynecol* 1994;170(2):613-8.
19. Pokhrel BR, Sharma P, Bhatta B, Bhandari B, Jha N. Health seeking behavior during pregnancy and child birth among Muslim women of Biratnagar, Nepal. *Nepal Med Coll J* 2012;14(2):125-8.
20. Enakpene CA, Odukogbe AT, Morhason-Bello IO, Omigbodun AO, Arowojolu AO. The influence of health-seeking behavior on the incidence and perinatal outcome of umbilical cord prolapse in Nigeria. *Int J Womens Health* 2010;2:177-82.
21. Dilbaz B, Ozturkoglu E, Dilbaz S, Ozturk N, Sivaslioglu AA, Haberal A. Risk factors and perinatal outcomes associated with umbilical cord prolapse. *Arch Gynecol Obstet* 2006;274(2):104-7.
22. Kalu CA, Umeora OU. Risk factors and perinatal outcome of umbilical cord prolapse in Ebonyi State University Teaching Hospital, Abakaliki, Nigeria. *Niger J Clin Pract* 2011;14(4):413-7.
23. Erdemoglu M, Kale A, Kuyumcuoglu U, Akdeniz N, Guzel AI. Umbilical cord prolapse in the southeast region of Turkey: evaluation of 79 cases. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2010;37(2):141-3.
24. Obeidat N, Zayed F, Alchalabi H, Obeidat B, El-Jallad MF, Obeidat M. Umbilical cord prolapse: a 10-year retrospective study in two civil hospitals, North Jordan. *J Obstet Gynaecol* 2010;30(3):257-60.
25. Huang JP, Chen CP, Chen CP, Wang KG, Wang KL. Term pregnancy with umbilical cord prolapse. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2012;51(3):375-80.
26. Faiz SA, Habib FA, Sporong BG, Khalil NA. Results of delivery in umbilical cord prolapse. *Saudi Med J* 2003;24(7):754-7.
27. Sheiner E, Levy A, Katz M, Hershkovitz R, Leron E, Mazor M. Gender does matter in perinatal medicine. *Fetal Diagn Ther* 2004;19(4):366-9.
28. Challis J, Newnham J, Petraglia F, Yeganegi M, Bocking A. Fetal sex and preterm birth. *Placenta* 2013;34(2):95-9.
29. Steen EE, Kallen K, Marsal K, Norman M, Hellstrom-Westas L. Impact of sex on perinatal mortality and morbidity in twins. *J Perinat Med* 2013;1-7.

## INDIKASI PERSALINAN SEKSIO SESAREA

Sholikhah Wahyu Subekti

Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga  
 Alamat Korespondensi: Kampus C Mulyorejo, Surabaya 60115  
 E-mail: sholikhahws@gmail.com

### ABSTRACT

According to Health Ministry (2010), 25–50% of Fertile Women's death is related to the problems of pregnancy, labor, and childbirth. The government sets up the program Making Pregnancy Safer (MPS), one of which is by caesarean section delivery to reduce the Number of Maternal Mortality. According to Health Ministry at Nofitasari (2011), one of the indicators of quality care in obstetric and gynecology is by Caesarean Section Rate (CSR). For educational hospital or referral hospital the CSR is  $\leq 20\%$ , while for non-educational or non-referral hospital is  $\leq 15\%$  of total deliveries per year. At Panembahan Senopati Bantul Hospital, there are 3.365 birth cases in 2013 24.63% of them ends with caesarean section delivery. These cases are higher than the standard rate of caesarean section set by Health Ministry for educational or referral hospitals i.e.  $\leq 20\%$  of total deliveries per year. The purpose of this study to find out the indications of caesarean section deliveries at Panembahan Senopati Bantul Hospital in 2013. This is a descriptive research with cross sectional design. The location of study is Panembahan Senopati Bantul Hospital. The study is conducted on 2014. The data are taken from the register book of baby births between January 1-December 31 2013. The result shows that the cases of caesarean section at Panembahan Senopati Bantul Hospital was performed on medical indications 97.5%, non-medical indications 2.5%, medical-single indications 90.1%, elective-single 67.2%, and possibility-single 67.1%. Most medical indications were previous caesarean section (22.4%).

**Keywords:** indications, deliveries, caesarean section

### ABSTRAK

Menurut Kemenkes RI (2010), 25–50% kematian Wanita Usia Subur (WUS) karena masalah kehamilan, persalinan, dan nifas. Pemerintah merancang program Making Pregnancy Safer (MPS), salah satunya melalui persalinan seksio sesarea sebagai upaya penurunan Angka Kematian Ibu (AKI). Menurut Kemenkes RI dalam Nofitasari (2011), salah satu indikator mutu pelayanan obstetri dan ginekologi adalah *Caesarean Section Rate* (CSR). Bagi rumah sakit pendidikan atau rujukan angka seksio sesarea  $\leq 20\%$  dari total persalinan per tahun, sedangkan bagi rumah sakit non pendidikan angka seksio sesarea  $\leq 15\%$  dari total persalinan per tahun. Di RSUD Panembahan Senopati Bantul 24,63% dari 3.365 kasus persalinan di tahun 2013 berakhir dengan seksio sesarea. Angka ini lebih tinggi dibandingkan angka standar rata-rata persalinan seksio sesarea yang ditetapkan Kemenkes di rumah sakit pendidikan/rujukan, yakni angka seksio sesarea  $\leq 20\%$  dari total persalinan per tahun. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui indikasi seksio sesarea di RSUD Panembahan Senopati Bantul tahun 2013. Jenis penelitian deskriptif dengan desain *cross sectional*, dilakukan di RSUD Panembahan Senopati Bantul pada tahun 2014. Data diambil dari buku register persalinan di RSUD Panembahan Senopati Bantul periode 1 Januari–31 Desember 2013. Hasil penelitian menunjukkan kasus seksio sesarea di RSUD Panembahan Senopati Bantul dilakukan atas indikasi medis 97,5%, non medis 2,5%, medis-tunggal 90,1%, elektif-tunggal 67,2%, kemungkinan-tunggal 67,1%. Indikasi medis terbanyak yaitu riwayat seksio sesarea sebelumnya (22,4%).

**Kata kunci:** indikasi, persalinan, seksio sesarea

Menurut data WHO (*World Health Organization*) bahwa negara berkembang merupakan penyumbang utama Angka Kematian Ibu (AKI) di dunia, yaitu sebesar 99% (Manuaba id a dkk, 2010). Setiap tahun di seluruh dunia 358.000 ibu meninggal saat hamil atau bersalin di mana 355.000 ibu (99%) berasal dari negara berkembang. Rasio kematian ibu di negara-negara berkembang lebih tinggi dibandingkan dengan rasio kematian ibu di negara maju yakni 290 kematian ibu per 100.000 kelahiran bayi hidup berbanding 14 kematian ibu per 100.000 kelahiran bayi hidup (WHO, 2010). Total kematian ibu di kawasan Asia Tenggara diperkirakan sekitar 170 ribu dari 37 juta kelahiran setiap tahun (WHO, 2008).

Menurut hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2012 menyebutkan bahwa Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia melonjak dari 228 per 100.000 kelahiran hidup (2007) menjadi 359 per 100.000 kelahiran hidup (2012) (Candra, 2013).

Berdasarkan angka tersebut terlihat bahwa masalah kematian ibu merupakan hal serius yang harus diupayakan penurunannya agar target MDG's dapat tercapai. Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta telah mencapai target yang diharapkan selama proses pencapaian Indikator Derajat Kesehatan yang dibuktikan dengan pernah diterimanya penghargaan sebagai provinsi dengan derajat kesehatan terbaik di Indonesia. Angka kematian ibu (AKI) telah menunjukkan penurunan signifikan dalam kurun waktu tiga puluh tahun terakhir. Angka Kematian ibu di DIY juga tetap menempati salah satu yang terbaik secara nasional. Namun jika dibandingkan dengan berbagai wilayah di Asia Tenggara, angka yang telah tercapai masih relatif tinggi (Dinkes DIY, 2013).

Angka Kematian Ibu (AKI) di Provinsi DIY dalam empat tahun terakhir menunjukkan penurunan yang cukup baik. Hal ini berdasarkan data terakhir yang dikeluarkan Badan Pusat Statistik, dimana Angka Kematian Ibu (AKI) tahun 2008 berada pada angka 104/100.000 kelahiran hidup. Angka ini menurun setelah sebelumnya 114/100.000 kelahiran hidup pada tahun 2004. Sesuai dengan hasil pelaporan dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota di wilayah Provinsi DIY, jumlah kasus kematian

ibu tahun 2011 mencapai 56 kasus, meningkat dibandingkan tahun 2010 sebanyak 43 kasus. Setelah itu pada tahun 2012 jumlah kematian ibu menurun menjadi sebanyak 40 kasus, sehingga apabila dihitung Angka Kematian Ibu (AKI) di DIY dilaporkan sebesar 87,3 per 100.000 kelahiran hidup (Dinkes DIY, 2013).

Angka Kematian Ibu (AKI) di Provinsi DIY terlihat kecenderungan penurunan dan lebih rendah dibanding Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia atau secara nasional. Namun masih terjadi fluktuasi dalam kurun tiga sampai lima tahun terakhir. Angka Kematian Ibu (AKI) yang menjadi target MDG's di Indonesia tahun 2015 adalah 102/100.000 kelahiran hidup, sedangkan Angka Kematian Ibu (AKI) di wilayah DIY relatif sudah mendekati target, namun masih diperlukan upaya yang konsisten dari semua pihak yang terkait (Dinkes DIY, 2013). Data Angka Kematian Ibu (AKI) di Kabupaten/Kota di wilayah DIY tahun 2012 adalah sebagai berikut:

Menurut data Kemenkes RI (2010) terlihat bahwa 25–50% kematian wanita usia subur dikarenakan oleh hal yang berkaitan dengan permasalahan kehamilan, persalinan, dan nifas. Menurut Sumelung (2014) dan Suryati (2012) angka Kematian Ibu (AKI) yang tinggi umumnya mempunyai sebab pokok yakni masih kurangnya pengetahuan mengenai penyebab dan cara penanggulangan komplikasi penting selama kehamilan. Angka Kematian Ibu (AKI) yang sangat tinggi di Indonesia ini juga diakibatkan oleh adanya komplikasi dalam persalinan (Annisa, 2011).

Pemerintah merancang program *Making Pregnancy Safer* (MPS) pada tahun 2000 dalam

**Tabel 1.** Angka Kematian Ibu berdasarkan wilayah di DIY

Wilayah	AKI (per 100.000 kelahiran hidup)
Kota Yogyakarta	151.81
Kab. Gunungkidul	131.36
Kab. Sleman	87.61
Kab. Kulonprogo	52.61
Kab. Bantul	52.16

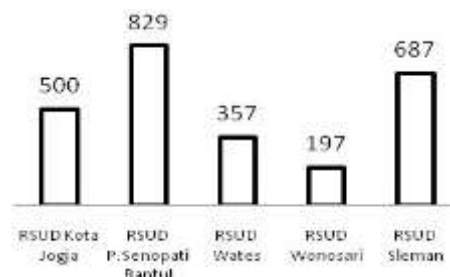
Sumber: Dinkes DIY, 2013

rangka menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia. Melalui program ini diharapkan kehamilan dan persalinan di seluruh Indonesia dapat berlangsung aman dan juga bayi yang dilahirkan sehat. Salah satu upaya dalam program ini yaitu melalui persalinan dengan tindakan seksio sesarea. Komplikasi dalam persalinan merupakan indikasi persalinan dengan tindakan, termasuk tindakan seksio sesarea. Persalinan dengan tindakan seksio sesarea merupakan suatu upaya pembedahan guna melahirkan janin lewat insisi pada abdomen dan uterus. Tindakan ini utamanya bertujuan agar risiko kematian ibu serta bayi dapat dikurangi sehingga pada akhirnya target MDG's di Indonesia untuk menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dapat tercapai.

Angka kejadian seksio sesarea di kota-kota besar di Indonesia meningkat pesat dalam dua puluh tahun terakhir, (Annisa, 2011). Menurut hasil SDKI, angka persalinan yang berakhir dengan seksio sesarea di Indonesia tahun 1997 sebanyak 695 kasus dari 16.217 persalinan atau sekitar 4,3%. Angka ini meningkat menjadi 22,8% atau sekitar 921.000 kasus dari 4.039.000 persalinan. Menurut WHO, angka ini lebih tinggi dibandingkan standar rata-rata seksio sesarea di sebuah negara yakni sekitar 5–15% dari seluruh kelahiran.

Menurut Kemenkes RI dalam Nofitasari dan Mahawati (2011), dikatakan bahwa *Caesarean Section Rate (CSR)* merupakan salah satu indikator mutu pelayanan obstetri dan ginekologi. Indikator yang harus dipenuhi bagi rumah sakit pendidikan atau rujukan yaitu angka seksio sesarea  $\leq 20\%$  dari total persalinan per tahun, sedangkan bagi rumah sakit non pendidikan yaitu angka seksio sesarea  $\leq 15\%$  dari total persalinan per tahun. Berdasarkan hasil studi pendahuluan di lima rumah sakit umum milik pemerintah daerah kabupaten/kota di wilayah DIY, didapatkan data sesuai grafik di bawah ini.

Menurut gambar 1, angka kejadian seksio sesarea di RSUD Panembahan Senopati Bantul terlihat paling tinggi di antara lima RSUD di wilayah DIY. Dari total 3365 kasus persalinan tahun 2013, kurang lebih 24,63% atau sebanyak 829 diantaranya adalah persalinan yang berakhir dengan tindakan seksio sesarea. Angka ini lebih tinggi dibandingkan angka standar rata-rata persalinan dengan seksio sesarea yang ditetapkan



**Gambar 1.** Data Jumlah Kasus Seksio Sesarea Tahun 2013.

Kemenkes RI di rumah sakit pendidikan atau rujukan, yakni angka seksio sesarea  $\leq 20\%$  dari total persalinan per tahun.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui indikasi seksio sesarea di RSUD Panembahan Senopati Bantul tahun 2013. Manfaat dari hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan untuk melengkapi informasi dan menambah ilmu pengetahuan serta wawasan dunia kesehatan, khususnya kebidanan, tentang indikasi seksio sesarea. Harapannya melalui penelitian ini dapat pula memberikan informasi tambahan dalam upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit agar lebih optimal serta sebagai masukan dalam penyusunan kebijakan program pelayanan kebidanan terutama yang berkaitan dengan tindakan medis seksio sesarea.

Penelitian ini juga diharapkan dapat memberi informasi ataupun masukan bagi tenaga kesehatan khususnya dokter dan bidan di rumah sakit dalam melakukan upaya preventif maupun promotif untuk mengantisipasi penyulit persalinan, sehingga dapat meminimalisir persalinan dengan tindakan dan mengurangi risiko kematian ibu serta bayinya. Berdasarkan semua hal yang telah disebutkan, muara utamanya yaitu dapat menurunkan AKI dan AKB di Indonesia sesuai target MDG's.

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini dilaksanakan dengan metode observasional. Metode pendekatannya menggunakan pendekatan *cross sectional*. Tempat serta waktu dilakukannya penelitian yaitu di RSUD Panembahan Senopati Bantul

pada tanggal 5–17 Mei 2014. Populasi dalam penelitian ini adalah semua ibu bersalin dengan tindakan seksio sesarea yang tercatat dalam buku register persalinan di RSUD Panembahan Senopati Bantul mulai dari 1 Januari 2013 sampai 31 Desember 2013. Populasi tersebut selanjutnya dijadikan responden penelitian.

Penelitian ini menggunakan satu variabel yaitu variabel indikasi seksio sesarea yang meliputi indikasi medis dan non medis. Indikasi seksio sesarea yang dimaksud dalam penelitian ini yaitu diagnosis yang merupakan petunjuk untuk mengakhiri kehamilan dengan tindakan pembedahan atau operasi guna keselamatan ibu dan bayi sesuai dengan kondisi pasien.

Indikasi seksio sesarea terdiri dari indikasi medis dan non medis. Indikasi medis diklasifikasikan menjadi indikasi elektif dan indikasi darurat. Indikasi elektif masih diklasifikasikan lagi menjadi indikasi definitif dan indikasi kemungkinan. Skala data dari variabel yang ada di dalam penelitian ini adalah nominal dikotom.

Penelitian ini menggunakan data sekunder register ibu bersalin dengan tindakan seksio sesarea. Data dikumpulkan dari buku register persalinan dengan melakukan pencatatan pada instrumen penelitian yang telah dibuat. Instrumen pengumpul data berupa tabel yang telah disusun berdasarkan variabel yang penelitian.

Setelah semua data terkumpul selanjutnya dilakukan pencatatan dalam status penelitian dan diolah dengan menggunakan program komputer. Metode pengolahan data dalam penelitian ini meliputi *Editing, Coding, Transferring*, dan *Tabulating*. Data yang terkumpul kemudian dilakukan analisis sehingga dihasilkan distribusi frekuensi serta persentase dari setiap variabel yang diteliti. Hasil penelitian ini disajikan dalam bentuk tekstular dan tabular.

## HASIL PENELITIAN

Sejumlah kasus seksio sesarea ditemukan di RSUD Panembahan Senopati selama kurun waktu tahun 2013 sebagai salah satu upaya

**Tabel 2.** Distribusi Frekuensi Kasus Seksio Sesarea Berdasarkan Indikasi Seksio Sesarea di RSUD Panembahan Senopati Bantul Tahun 2013

Indikasi	n	%
Medis	808	97,5
Non Medis	21	2,5
Jumlah	829	100

untuk terminasi kehamilan. Berikut adalah hasil penelitiannya. Tabel 2 menunjukkan bahwa sebagian besar (97,5%) subjek penelitian dilakukan seksio sesarea atas indikasi medis. Indikasi medis yang dimaksud dalam penelitian ini merupakan diagnosis petunjuk pengakhiran kehamilan dengan seksio sesarea pada kasus yang membahayakan keselamatan ibu maupun bayinya, sedangkan indikasi non medis maksudnya adalah diagnosis petunjuk pengakhiran kehamilan dengan seksio sesarea atas permintaan pasien dengan alasan tertentu di luar alasan yang membahayakan keselamatan ibu dan bayinya.

Selanjutnya tabel 3 menunjukkan bahwa sebagian besar (90,1%) kasus seksio sesarea atas indikasi medis merupakan kasus dengan indikasi tunggal. Indikasi tunggal maksudnya seksio sesarea yang dilakukan tersebut oleh satu indikasi, sedangkan indikasi multi maksudnya

**Tabel 3.** Distribusi Frekuensi Kasus Seksio Sesarea Atas Indikasi Medis Berdasarkan Kompleksitas Indikasi di RSUD Panembahan Senopati Bantul Tahun 2013

Indikasi Medis	n	%
Tunggal	728	90,1
Multi	80	9,9
Jumlah	808	100

**Tabel 4.** Distribusi Frekuensi Kasus Seksio Sesarea Berdasarkan Indikasi Medis Seksio Sesarea di RSUD Panembahan Senopati Bantul Tahun 2013

Indikasi Medis	Tunggal		Multi		Jumlah	
	n	Mult	Jumlah	N	%	
Elektif	543	67,2	68	8,4	611	75,6
Darurat	189	24,8	37	4,7	226	28,4
Jumlah	728	90,1	80	9,9	808	100

seksio sesarea yang dilakukan tersebut oleh lebih dari satu indikasi.

Berdasarkan tabel 4 menunjukkan bahwa sebagian besar (67,2%) kasus seksio sesarea atas indikasi medis merupakan kasus atas indikasi elektif-tunggal. Indikasi elektif merupakan diagnosis petunjuk pengakhiran kehamilan dengan seksio sesarea yang sudah direncanakan sebelumnya, sedangkan indikasi darurat merupakan diagnosis petunjuk pengakhiran kehamilan dengan seksio sesarea pada kasus mendadak dan tidak direncanakan sebelumnya.

Tabel 5 di bawah menunjukkan bahwa sebagian besar (67,1%) kasus seksio sesarea atas indikasi elektif merupakan kasus atas indikasi kemungkinan-tunggal. Indikasi definitif maksudnya diagnosis petunjuk pengakhiran kehamilan yang apabila kasusnya ditemui, maka harus dilakukan seksio sesarea, sedangkan indikasi kemungkinan maksudnya yaitu diagnosis petunjuk pengakhiran kehamilan yang apabila kasusnya ditemui, sebenarnya masih ada kemungkinan untuk persalinan pervaginam atau normal.

Selanjutnya pada tabel 6 menunjukkan bahwa kasus seksio sesarea atas indikasi medis, paling banyak dilakukan atas indikasi riwayat seksio sesarea sebelumnya.

## PEMBAHASAN

Berdasarkan sejumlah kasus seksio sesarea yang ditemukan di RSUD Panembahan Senopati selama tahun 2013, menunjukkan bahwa tindakan seksio sesarea dianggap sebagai salah satu upaya untuk mengakhiri kehamilan dengan risiko tingkat morbiditas dan mortalitas yang

**Tabel 5.** Distribusi Frekuensi Kasus Seksio Sesarea Berdasarkan Indikasi Elektif Seksio Sesarea di RSUD Panembahan Senopati Bantul Tahun 2013

Indikasi Elektif	n		%		n		%	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Definitif	410	67,1	37	6,1	447	73,2		
Kemungkinan	543	88,9	68	11,1	611	100		

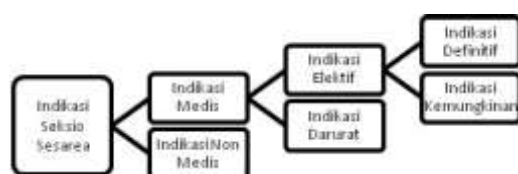
**Tabel 6.** Distribusi Frekuensi Kasus Seksio Sesarea Atas Indikasi Medis Berdasarkan Spesifik Indikasi Seksio Sesarea di RSUD Panembahan Senopati Bantul Tahun 2013

Indikasi Medis	n	%
Riwayat SC	199	22,4
Kelainan Letak	184	20,7
Gagal Induksi	125	14,1
DKP	105	11,8
Preeklampsia	54	6,1
Gawat Janin	53	6,0
KPD	36	4,0
Plasenta Previa	30	3,4
Gemelli	21	2,4
Riwayat Obstetri Buruk	20	2,2
Bayi Besar	17	1,9
Syarat VE Tidak Terpenuhi	14	1,6
Oligohidramnion	10	1,1
Ruptur Uteri Iminen	10	1,1
Eklampsia	5	0,6
Solusio Plasenta	3	0,3
Serotinus	2	0,2
Prolaps Tali Pusat	1	0,1
Jumlah	889	100

lebih rendah. Proses persalinan merupakan fase penting sekaligus puncak dari proses kehamilan. Segala upaya dilakukan agar semuanya berakhir lancar, yakni ibu dan bayinya dalam keadaan

sehat. Seksio sesarea merupakan salah satu upaya pembedahan untuk melahirkan janin dengan melakukan insisi pada dinding abdomen (perut) dan dinding uterus (rahim). Tindakan seksio sesarea seringkali dilakukan atas indikasi ditemukannya faktor penyulit pada saat proses persalinan, baik yang berasal dari kekuatan his ibu (faktor *power*), berasal dari bayi (faktor *passanger*), maupun berasal dari penyulit jalan lahir (faktor *passage*).

Berdasarkan hasil penelitian ini, seksio sesarea terdiri dari beberapa jenis indikasi yang secara mudahnya tergambar dalam diagram berikut:



**Gambar 2.** Diagram Indikasi.

Sebanyak 97,5% dari total seluruh kasus seksio sesarea merupakan kasus atas indikasi medis dan sisanya 2,5% atas indikasi multi. Seluruh indikasi medis ini terdiri dari indikasi tunggal dan indikasi multi. Indikasi medis-tunggal mempunyai persentase lebih banyak (90,1%) dibandingkan indikasi medis-multi. Dokter dan tenaga medis lain dalam melakukan tindakan apapun tentu didasarkan pada temuan kondisi pasien saat itu. Pada setiap ibu yang akan bersalin biasanya dilakukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan laboratorium. Hal ini dilakukan dengan tujuan agar dapat mendeteksi lebih dini, sehingga jika ditemukan tanda-tanda adanya komplikasi dapat segera dilakukan penanganan dengan tindakan yang tepat. Akan tetapi para petugas kesehatan di ruang bersalin biasanya tetap menganjurkan ibu agar persalinan dapat dilakukan pervaginam (Sihombing, 2017).

Persalinan dengan tindakan, seperti seksio sesarea, merupakan tindakan terakhir setelah melalui berbagai pertimbangan medis guna keselamatan ibu dan janinnya. Hasil penelitian ini mendukung hasil penelitian yang pernah dilakukan Sinaga (2009) yang menyatakan bahwa dari seluruh subyek penelitian, proporsi ibu yang mengalami seksio sesarea atas indikasi medis

mempunyai persentase yang lebih besar yakni 93%. Ini juga sesuai dengan penelitian Rinukti (2012), yang hasilnya 66,2% dari seluruh kasus seksio sesarea, dilakukan atas indikasi medis.

Namun di sisi lain, ada sebagian kecil (2,5%) ibu bersalin dengan tindakan seksio sesarea atas indikasi non medis. Menurut Salfariani (2012), pemilihan persalinan seksio sesarea oleh ibu tanpa indikasi medis diantaranya dipengaruhi oleh faktor sosial. Persalinan seksio sesarea atas indikasi non medis, biasanya hanya diinginkan oleh ibu atau keluarga dengan status ekonomi menengah ke atas. Hal ini mungkin dikarenakan rasa takut merasakan kesakitan ketika proses persalinan pervaginam. Menurut Sukarya (2017) dan Ayunda (2016), beberapa ibu hamil memilih seksio sesarea tanpa indikasi dikarenakan faktor persepsi, psikologi, keyakinan dan keinginan, serta ekonomi. Nurak (2012) dalam penelitiannya menyatakan pula bahwa seksio sesarea indikasi non medis hanya mempunyai proporsi 2/5 dari seluruh subyek penelitian.

Berdasarkan tabel 4, dari seluruh kasus seksio sesarea atas indikasi medis, sebagian besar seksio sesarea (75,6%) dilakukan atas indikasi elektif dan hanya sebagian kecil kasus seksio sesarea yang dilakukan atas indikasi darurat (24,4%). Indikasi elektif terdiri dari indikasi elektif-tunggal dan elektif-multi. Indikasi elektif-tunggal mempunyai persentase lebih besar (67,2%) dibandingkan indikasi elektif-multi. Yang dimaksud elektif dalam penelitian ini adalah seksio sesarea yang dilakukan dengan terencana. Seksio sesarea elektif dimungkinkan memiliki tingkat morbiditas dan mortalitas yang lebih rendah dibandingkan seksio sesarea pada kasus darurat. Persiapan alat serta persiapan kondisi pasien sangat menentukan proses tindakan medis apapun, termasuk tindakan seksio sesarea. Dalam kasus seksio sesarea elektif, pasien tentunya sudah dikondisikan dalam keadaan sebaik mungkin, sehingga bisa mengurangi komplikasi yang mungkin bisa terjadi selama proses tindakan. Namun demikian, sebagai seorang tenaga kesehatan sudah seharusnya senantiasa siap dengan apapun kasus yang ditemui, terutama pada kasus gawat darurat yang bisa datang kapan saja.

Indikasi elektif seksio sesarea terbagi menjadi dua indikasi lagi, yakni indikasi

definitif dan indikasi kemungkinan. Indikasi definitif yang dimaksud dalam hal ini adalah kasus yang jika ditemui, maka harus dilakukan seksio sesarea. Sedangkan pada kasus dengan indikasi kemungkinan, seksio sesarea sebenarnya boleh tidak dilakukan pada kasus-kasus tertentu. Dalam penelitian ini diperoleh bahwa indikasi definitif hanya menyumbang 26,8% dari seluruh kasus seksio sesarea. Sedangkan indikasi kemungkinan menyumbang hampir 3/4 dari seluruh kasus seksio sesarea atau sekitar 73,2%. Jumlah indikasi kemungkinan yang lebih besar ini, mungkin dipengaruhi oleh sikap dan pilihan dokter. Kehati-hatian seorang dokter dalam menentukan diagnosa sangat mempengaruhi tindakan apa yang harus dipilih saat dihadapkan pada sebuah kasus. Tak jarang, seorang dokter lebih menganjurkan untuk melahirkan dengan seksio sesarea jika menurut prediksi seorang dokter, kondisi ibu dan janin akan memburuk jika dilahirkan secara pervaginam.

Menurut hasil penelitian ini diperoleh pula bahwa, ada empat jenis indikasi seksio sesarea yang menempati angka terbanyak, yaitu seksio sesarea atas indikasi riwayat seksio sesarea sebelumnya, kelainan letak, gagal induksi, dan Disproporsi Kepala Panggul (DKP). Sedangkan jenis indikasi yang lain masing-masing hanya menyumbang persentase yang jumlahnya sedikit.

Persalinan dengan tindakan seksio sesarea atas indikasi riwayat seksio sesarea sebelumnya mempunyai persentase sebesar 22,4%. Ibu yang memiliki riwayat seksio sesarea dianjurkan untuk dilakukan seksio sesarea pada persalinan berikutnya. Pada kasus dengan riwayat seksio sesarea sebelumnya, uterus memiliki jaringan parut yang dianggap sebagai kontraindikasi untuk melahirkan pervaginam. Hal ini dikarenakan kekhawatiran akan terjadinya ruptur uteri pada bekas seksio sesarea sebelumnya dan untuk mengurangi risiko terjadinya perdarahan yang disebabkan oleh ruptur uteri. Hasil ini mendukung penelitian yang pernah dilakukan oleh Siregar (2013) yang menyatakan bahwa kasus seksio sesarea atas indikasi riwayat seksio sesarea mempunyai persentase sebesar 42,19%. Hal ini juga sesuai dengan penelitian Rinukti (2012),

bahwa riwayat seksio sesarea menyumbang 0,67% sebagai indikasi seksio sesarea.

Ibu bersalin dengan tindakan seksio sesarea atas indikasi kelainan letak mempunyai persentase sebesar 20,7%. Kelainan letak termasuk dalam faktor yang berasal dari bayi (*passanger*). Posisi janin di dalam uterus sangat menentukan jalannya proses persalinan. Kelainan letak yang dimaksud dalam hal ini yaitu bagian terbawah janin yang menunjukkan presentasi selain belakang kepala. Kelainan posisi janin saat dalam uterus berpotensi menyebabkan risiko komplikasi seperti perdarahan, trauma persalinan, infeksi, dan asfiksia. Hal ini mendukung hasil penelitian Siregar (2013) yang menyebutkan bahwa kasus seksio sesarea atas indikasi persentasi bokong menyumbang 26,67%. Selain itu, hasil ini juga sesuai dengan penelitian yang pernah dilakukan Rinukti (2012) yang menyatakan bahwa dari 593 kasus seksio sesarea, 16,8% atas indikasi letak sungsang dan 1,8% atas indikasi letak lintang.

Pada kasus seksio sesarea atas indikasi gagal induksi mempunyai persentase 14,1%. Persalinan induksi merupakan tindakan yang banyak dilakukan untuk mempercepat proses persalinan dengan tidak merugikan ibu maupun janinnya. Persalinan induksi dilakukan dengan menambah kekuatan dari luar, sehingga diperlukan indikasi yang tepat, waktu yang baik, serta evaluasi yang cermat. Risiko induksi yaitu jika induksi yang digunakan berlebihan atau tidak dikontrol, kontraksi yang timbul dapat berlebihan tanpa disertai fase istirahat, menyebabkan janin kekurangan oksigen/hipoksia yang berujung pada gawat janin hingga kematian. Selain itu, risiko lainnya yaitu dapat menimbulkan robekan spontan rahim yang bisa menyebabkan perdarahan pada ibu. Oleh karena itu, selama induksi denyut jantung janin harus dipantau secara teliti.

Hasil tersebut sesuai dengan hasil penelitian yang pernah dilakukan oleh Rinukti (2012) yang diperoleh bahwa berdasarkan indikasi seksio sesarea, 3,03% diantaranya atas indikasi gagal induksi. Menurut Trihastuti (2015), salah satu pertimbangan yang dapat dipakai untuk evaluasi keberhasilan induksi diantaranya adalah *bishop score*. Jika pada saat memberikan penilaian pada



masing-masing komponen kurang tepat, maka akan mempengaruhi dan berisiko pada tindakan selanjutnya.

Sebanyak 11,8% dari seluruh subjek penelitian merupakan tindakan seksio sesarea atas indikasi Disproporsi Kepala Panggul (DKP). Keadaan panggul dan janin merupakan faktor penting dalam kelangsungan persalinan. Hal ini berhubungan antara ukuran kepala janin dengan ukuran panggul ibu. Besarnya ukuran kepala janin berbanding dengan ukuran luas panggul ibu sangat menentukan apakah ada DKP atau tidak. Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian yang pernah dilakukan oleh Sinaga (2009) yaitu berdasarkan indikasi seksio sesarea diperoleh bahwa dari 258 kasus SC, 14,7% diantaranya atas indikasi Disproporsi Kepala Panggul. Selain itu, hasil ini juga mendukung pendapat Siregar (2013) dan Rinukti (2012), dimana DKP menyumbang sebesar 10–25% sebagai indikasi seksio sesarea.

## SIMPULAN DAN SARAN

### Simpulan

Sebagian besar (97,5%) subjek penelitian dilakukan seksio sesarea atas indikasi medis dan sebagian kecil (2,5%) dilakukan seksio sesarea atas indikasi non-medis. Sebagian besar (90,1%) kasus seksio sesarea atas indikasi medis merupakan kasus dengan indikasi tunggal. Sebagian besar (67,2%) kasus seksio sesarea atas indikasi medis merupakan kasus atas indikasi elektif-tunggal. Sebagian besar (67,1%) kasus seksio sesarea atas indikasi elektif merupakan kasus atas indikasi kemungkinan-tunggal. Kasus seksio sesarea atas indikasi medis, paling banyak (22,4%) dilakukan atas indikasi riwayat seksio sesarea sebelumnya.

### Saran

Bagi Direktur Rumah Sakit, harapannya hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai tambahan informasi dalam upaya peningkatan mutu layanan rumah sakit agar lebih optimal serta sebagai masukan dalam penyusunan kebijakan program pelayanan kebidanan terutama yang berkaitan dengan tindakan medis seksio sesarea. Misalnya penyelenggaraan program deteksi dini kehamilan risiko tinggi dan penyuluhan

tentang informasi yang berkaitan tentang seksio sesarea pada setiap ibu hamil yang melakukan pemeriksaan di rumah sakit. Dengan program ini diharapkan dapat meningkatkan kesadaran ibu hamil dalam memeriksakan kehamilan secara rutin, sehingga dapat mengenali tanda bahaya kehamilan sejak dini serta mengantisipasi masalah yang kemungkinan timbul pada saat proses persalinan berlangsung. Sedangkan bagi tenaga kesehatan, hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi ataupun masukan dalam upaya mengantisipasi penyulit persalinan. Misalnya dengan pemberian konseling yang menyeluruh ataupun nasehat bagi ibu hamil mengenai tanda bahaya kehamilan dan persalinan, sehingga diharapkan jika terdapat masalah yang timbul dapat dideteksi dan diantisipasi lebih awal, selanjutnya dapat meminimalisir persalinan dengan tindakan serta mengurangi risiko kematian ibu dan bayinya. Dari semua upaya preventif dan promotif yang telah disebutkan, diharapkan hasil akhirnya dapat menurunkan AKI dan AKB di Indonesia sesuai target MDG's. Bagi peneliti lain, melalui hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah atau melengkapi informasi, ilmu pengetahuan, dan wawasan bidang kesehatan, khususnya bidang kebidanan tentang indikasi seksio sesarea. Selain itu informasi yang diberikan juga dapat dijadikan acuan penelitian lanjutan mengenai indikasi seksio sesarea.

## DAFTAR PUSTAKA

- Annisa, S.A. 2011. *Faktor-faktor Risiko Persalinan Seksio Sesarea di RSUD Dr. Adjidarmo Lebak Bulan Oktober-Desember 2010*. Skripsi. UIN Syarif Hidayatullah.
- Ayunda, T.D. 2016. *Determinan Pemilihan Persalinan Sectio Caesarea*. Jakarta: Jurnal Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- BPS, BKKBN, Kemenkes. 2007. *Survei Demografi Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Direktorat Statistik Kependudukan dan Ketenagakerjaan.
- BPS, BKKBN, Kemenkes. 2012. *Laporan Pendahuluan Survei Demografi Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Direktorat Statistik Kependudukan dan Ketenagakerjaan.

- Terabikan, A. dkk. 2013. Januari 2014. Terabikan. Dinas Kesehatan Provinsi, Diakses dari <http://www.dinkesprov.com/> Keselamatan Ibu. 2013. 09/06/2014. Yogyakarta.
- Manuaba Ida, A.C., Manuaba Ida, B.G.F., Manuaba Ida, B.G. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan KB Untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta: EGC.
- Nofitasari, S. T., Mahawati, E. 2011. Analisis Lama Perawatan (Los) Partus Seksio Caesarea pada Pasien Jamkesmas Rawat Inap Berdasarkan Ina-Cbg's di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang Tahun 2010. *Forum Informatika Kesehatan Indonesia (FIKI)*, No. 1, 2013.
- Nurak, M. T., Sugiarti. 2012. *Indikasi Persalinan Seksio Sesarea Berdasarkan Umur dan Paritas di Rumah Sakit DKT Gubeng Pojok Surabaya Tahun 2011*. Surabaya: KTI Akbid Griya Husada.
- Rinukti, Estu. 2012. *Gambaran Indikasi Ibu Bersalin dengan Tindakan Seksio Sesarea di RS Panti Rapih Yogyakarta tahun 2011*. Yogyakarta: KTI Program D III Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta.
- Salfariani, Intan. 2012. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Ibu Memilih Persalinan Seksio Sesarea Tanpa Indikasi Medis di RSUD Thamrin Medan. *Jurnal Keperawatan Klinis*, Vol. 1 No. 1, 2012, pp: 7–12.
- Sihombing, Novianti dkk. 2017. Determinan Persalinan Sectio Caesarea di Indonesia (Analisis Lanjut Data Riskesdas 2103). *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, 8 (1), pp: 63–75.
- Sinaga, Ezra M.D. 2009. *Karakteristik Ibu yang Mengalami Persalinan dengan Seksio Sesarea*. Siregar, Siti M.F. dkk. 2013. Karakteristik Ibu Bersalin dengan Sectio Caesarea di RSUD DR. Pirngadi Medan. *Jurnal Gizi, Kesehatan Reproduksi dan Epidemiologi*, 2 (5), 2013.
- Sukarya, W., Baharuddin M., Yunizaf. 2017. Sebuah Kajian Etik: Bolehkah Dokter Spesialis Obsgin Melakukan Tindakan Sesar Berdasarkan Permintaan Pasien Tanpa Indikasi Obstetrik yang Nyata?. *Jurnal Etika Kedokteran Indonesia*, Vol. 1 No. 1, Oktober 2017.
- Sumelung, V., dkk. 2014. Faktor-faktor yang berperan meningkatkan Kejadian Sectio Caesarea di RSUD Liun Kedage Tahuna. *Jurnal Keperawatan Universitas Sam Ratulangi*, Vol. 2 No. 1, Februari 2014.
- Suryati, Tati. 2012. Persentase Operasi Caesaria di Indonesia Melebihi Standard Maksimal, Apakah Sesuai Indikasi Medis? (Analisis Lanjut Data Riskesdas 2010). *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, Vol. 15 No. 4, pp : 331–338.
- Trihastuti, M. P. 2015. Pengaruh Pemberian Misoprostol peroral Ambuloir pada Tenggat Waktu Persalinan Wanita Hamil  $\geq$  40 Minggu Risiko Rendah. *Jurnal Majalah Obsgin*, Vol. 23 No. 1, pp: 1–9.
- WHO. 2008. *Hasil Pertemuan WHO dan 60 Menteri Kesehatan di New Delhi*. WHO Media centre.
- WHO, UNICEF, UNFPA, and The World Bank. 2010. *Trends to Maternal Mortality: 1990 to 2008*. Department of Reproductive Health and Research World Health Organization.