

**HUBUNGAN MULTIPARITAS DENGAN ANGKA
KEJADIAN PRESENTASI BOKONG DI BAGIAN
OBSTETRI DAN GINEKOLOGI RUMAH SAKIT
MUHAMMADIYAH PALEMBANG PERIODE
1 JANUARI – 31 DESEMBER 2011**

SKRIPSI

Sebagai salah satu syarat memperoleh gelar
Sarjana Kedokteran (S. Ked)

Oleh :
FARAH DIBAH
NIM : 70 2008 006



**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG
2012**

HALAMAN PENGESAHAN

**HUBUNGAN MULTIPARITAS DENGAN ANGKA KEJADIAN
PRESENTASI BOKONG DI BAGIAN OBSTETRI DAN
GINEKOLOGI RUMAH SAKIT MUHAMMADIYAH
PALEMBANG PERIODE
1 JANUARI – 31 DESEMBER 2011**

Dipersiapkan dan disusun oleh
FARAH DIBAH
NIM : 70 2008 006

Sebagai salah satu syarat memperoleh gelar
Sarjana Kedokteran (S. Ked)

Pada tanggal 7 Maret 2012

Menyetujui :


dr. Kurniawan, Sp. OG
Pembimbing Pertama


dr. RA. Tanzila
Pembimbing Kedua

**Dekan
Fakultas Kedokteran**


Prof. Dr. KHM. Arsyad, DABK, Sp. And
NIDN.0002 064 803

HALAMAN PERNYATAAN

Dengan ini Saya menerangkan bahwa :

1. Karya Tulis Saya, skripsi ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik, baik di Universitas Muhammadiyah Palembang, maupun Perguruan Tinggi Lainnya.
2. Karya Tulis ini murni gagasan, rumusan dan penelitian Saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain, kecuali arahan Tim Pembimbing.
3. Dalam Karya Tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini Saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka Saya bersedia menerima sanksi akademik atau sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di Perguruan Tinggi ini.

Palembang, 7 Maret 2012
Yang membuat pernyataan



(Farah Dibah)
NIM. 70 2008 006

HALAMAN PERSEMBAHAN

*3 hal penting dalam perjuanganku adalah tekad yang kuat, usaha yang ikhlas,
dan doa*

Skripsi ini khusus kupersembahkan untuk :

ALLAH SWT yang telah memberikan rahmat dan ridhonya padaku, serta Nabi Muhammad SAW yang menjadi teladan bagiku, sehingga skripsi ini dapat selesai tepat pada waktunya dengan segala kemudahan dan kelancaran yang diberikan.

Ir. H. Sadrisman Roni dan Hj. Yofiana Rusli, Papa dan Mama tercinta, terima kasih atas semua doa yang selalu kalian panjatkan untuk setiap langkahku, semua dukungan serta kasih sayang yang tak habis-habisnya kalian curahkan demi keberhasilanku. Senyum kalian yang selalu membuatku semangat untuk menjalani hidup ini.

Indah Yosari, Amelia Soraya, Rozza Syaputra, kakak dan adikku tersayang, terima kasih atas semua doa, semangat, dan waktu yang kalian luangkan untuk senantiasa menemaniku, tetaplah bersamaku.

Dr. Kurniawan, Sp. OG dan dr. RA. Tanzila selaku dosen pembimbingku, terima kasih atas pikiran, tenaga dan waktu yang kalian berikan dengan ikhlas untuk membantu kelancaran pembuatan skripsi ini.

Dr. Achmad Azhari, DAHK selaku dosen penguji, terima kasih atas ilmu dan saran atas kesalahan dalam pembuatan skripsi ini.

Keluarga besar M. Rusli Azam dan H. Roni Bahali, terima kasih atas semua doa dan dukungan yang kalian berikan.

Teman seperjuanganku Imas Kartika Dewi, Shinta Anggraini, Miranti Dwi Hartanti, Wieke Anggraini, Nova Harianti, Vina Pramayastri, Indah Septiana, Putri Marlioni, Rizki Amelia, Reizkhi Fitriana, Ivan Rayka, Dony Satya Nugraha, Meyla Rosalita, Rizki Friska Hasanah dan teman angkatan 2008 terima kasih atas kebersamaan dan kenangan yang takkan pernah terganti.

Sahabat terbaikku Ade Kusuma, Anggun Putri, Rizki Kurnia Sari, Risyah Margaretha, Vemliani, Selvi, Arini Sofia terima kasih atas doa, cinta dan senyum yang selalu kalian berikan.

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG
FAKULTAS KEDOKTERAN

SKRIPSI, FEBUARI 2012
FARAH DIBAH

Hubungan Multiparitas dengan Angka Kejadian Presentasi Bokong di Bagian Obstetri dan Ginekologi Rumah Sakit Muhammadiyah Periode 1 Januari – 31 Desember 2011

Ix + 52 halaman + 10 tabel + 25 gambar

ABSTRAK

Presentasi bokong merupakan keadaan dimana janin terletak memanjang atau membujur dengan kepala di fundus uteri dan bokong di bagian bawah kavum uteri. Sampai saat ini presentasi bokong masih menjadi masalah dalam bidang obstetri, hal ini dikarenakan presentasi bokong dapat meningkatkan angka morbiditas dan mortalitas perinatal berkisar 9-25 %, lebih tinggi dibandingkan pada presentasi kepala yang hanya 2,6 %. Multiparitas merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi terjadinya presentasi bokong. Menurut Manuaba angka kejadian presentasi bokong pada ibu dengan multiparitas lebih besar dibanding pada primipara.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara multiparitas dengan angka kejadian presentasi bokong. Sampel yang dilibatkan yaitu semua ibu yang melahirkan atau bersalin di Bagian Obstetri dan Ginekologi Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang dalam kurun waktu 1 Januari – 31 Desember 2011 sebanyak 197 sampel. Sampel diambil dengan *systematic random sampling*. Penelitian ini berbentuk observasional analitik dengan rancangan pendekatan studi potong lintang dan dilakukan uji *chi-square* untuk melihat hubungan antara variabel dependen dan independen.

Hasilnya menunjukkan bahwa, dari 197 sampel didapatkan frekuensi kejadian presentasi bokong di Bagian Obstetri dan Ginekologi Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang periode 1 Januari – 31 Desember 2011 sebesar 21,3 % (n=42). Setelah dilakukan pengolahan data secara statistik, ditemukan hubungan antara multiparitas dan presentasi bokong sebesar $p = 0,0005$ (dimana $p < 0,05$) dan $OR = 4,407$ (95% CI: 2,154 – 9,017) yang menunjukkan bahwa multiparitas merupakan faktor resiko terjadinya presentasi bokong.

Berdasarkan hasil penelitian ini, maka dapat disimpulkan ada hubungan antara multiparitas dengan kejadian presentasi bokong. Sehingga multiparitas merupakan faktor risiko untuk terjadinya presentasi bokong.

Referensi: 37 (1972 – 2011)

Kata Kunci: presentasi bokong, multiparitas



**UNIVERSITY OF MUHAMMADIYAH PALEMBANG
MEDICAL FACULTY**

**SKRIPSI, FEBRUARY 2012
FARAH DIBAH**

**Corelation Between Multiparity with Breech Presentation Incidence in
Obstetric and Gynecology Department Muhammadiyah Hospital of
Palembang**

Ix + 52 pages + 10 tables + 25 pictures

ABSTRACT

Breech presentation is presentation of the fetus in which the buttocks or legs are the first parts to appear at the uterine cervix. Up to nowadays breech presentation is still a major obstetric problem with perinatal morbidity and mortality number reach about 9-25 % which is higher than normal presentation which only 2,6 %. Multiparity is one of the risk factors that influences breech presentation. Manuaba's reaserch showed a incidences of breech presentation in multiparity women was greater than primiparity.

This study aims to determine the relationship between multiparity with the incidence of breech presentation. The sample included all women who give birth or birth in the Department of Obstetrics and Gynecology Hospital of Muhammadiyah Palembang in the period of 1 January - December 31, 2011 as many as 197 samples. Samples were taken by systematic random sampling. This form of observational analytic study with a design approach and the cross-sectional study conducted chi-square test to see the relationship between the dependent and independent variables.

The result showed of to 197 sample found frequence of breech presentation incidence in Obstetric and Gynecology Department Muhammadiyah Palembang 1 January – 31 December 2011 was 21,3 % (n=42). After statistical processing of data, found a relationship between multiparity and breech presentation at $p = 0.0005$ (where $p < 0.05$) and $OR = 4.407$ (95% CI: 2.154 to 9.017) which suggests that multiparity is a risk factor for the breech presentation.

Based on these result, it can be concluded there is a relationship between multiparity with breech presentation incidence. So that multiparity is a risk factor for the occurrence of breech presentation

Reference: 37 (1972 -2011)

Key Words: breech presentation, multiparity

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis memanjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul **“Hubungan Multiparitas dengan Angka Kejadian Presentasi Bokong di Bagian Obstetri dan Ginekologi Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang Periode 1 Januari – 31 Desember 2011”**, sebagai salah satu syarat memperoleh gelar Sarjana Kedokteran (S.Ked). Shalawat dan salam selalu tercurah kepada Rasulullah Muhammad SAW beserta para keluarga, sahabat, dan pengikutnya sampai akhir zaman.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini belum sempurna. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun sebagai bahan pertimbangan perbaikan di masa mendatang.

Dalam penyelesaian skripsi ini, penulis banyak mendapat bantuan, bimbingan, dan saran dari berbagai pihak, baik yang diberikan secara lisan maupun tulisan. Pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan rasa hormat dan terima kasih kepada:

1. Prof. dr. KHM. Arsyad, DABK, Sp.And, selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang.
2. dr. Yudi Fadilah, Sp.PD, FINASIM, selaku Direktur RS. Muhammadiyah Palembang atas perizinan pengambilan data penelitian.
3. dr. Kurniawan, Sp.OG, selaku pembimbing 1 yang telah memberikan banyak ilmu, saran, dan bimbingan dalam penyelesaian penelitian.
4. dr. R.A Tanzila selaku pembimbing 2 yang telah memberikan banyak ilmu, saran, dan bimbingan dalam penyelesaian penelitian.
5. Seluruh pihak direksi, diklat, rekam medik, dan staf RS. Muhammadiyah Palembang atas saran dan informasi selama pelaksanaan penelitian.
6. Seluruh staf dosen dan karyawan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang atas ilmu, bimbingan, saran, dan dukungan selama penyelesaian penelitian.
7. Orang tua dan saudaraku tercinta yang telah banyak membantu dengan doa yang tulus dan memberikan bimbingan moral maupun spiritual.
8. Rekan sejawat seperjuangan serta semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan skripsi ini.

Semoga Allah SWT memberikan balasan pahala atas segala amal yang telah diberikan dan semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi semua dan perkembangan ilmu pengetahuan kedokteran. Semoga selalu dalam lindungan Allah SWT. Amin.

Palembang, 7 Maret 2012

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL	
HALAMAN PERSETUJUAN	i
HALAMAN PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN DAN MOTTO	iii
ABSTRAK	iv
ABSTRACT	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR GAMBAR	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x

BAB I. PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	3
1.3. Tujuan Penelitian	4
1.3.1. Tujuan Umum	4
1.3.2. Tujuan Khusus	4
1.4. Manfaat Penelitian	4
1.4.1. Bagi Institusi Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang	4
1.4.2. Bagi Akademik	4
1.4.3. Bagi Peneliti	4
1.4.4. Bagi Masyarakat	5
1.5. Keaslian Penelitian	5

BAB II. TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Landasan Teori	7
2.1.1. Kedudukan Janin Intrauterin	7
2.1.2. Definisi Presentasi bokong	10
2.1.3. Insiden Presentasi bokong	11
2.1.4. Klasifikasi Presentasi bokong	11
2.1.5. Posisi bokong	12
2.1.6. Etiologi Presentasi bokong	13
2.1.7. Patofisiologi Presentasi bokong	14
2.1.8. Diagnosis Presentasi bokong	14
2.1.9. Persalinan Presentasi bokong	18
2.1.10. Komplikasi Presentasi bokong	30
2.1.11. Pencegahan Presentasi bokong	31
2.1.12. Prognosis Presentasi bokong	31
2.2. Multiparitas	33
2.3. Kerangka Teori	34
2.4. Hipotesis	35

BAB III. METODE PENELITIAN	
3.1. Jenis Penelitian	36
3.2. Waktu dan Tempat Penelitian	36
3.2.1. Waktu Penelitian	36
3.2.2. Tempat Penelitian	36
3.3. Populasi dan Sampel	36
3.3.1. Populasi	36
3.3.2. Sampel dan Besar Sampel	37
3.3.3. Kriteria Inklusi dan Eksklusi	38
3.3.4. Cara Pengambilan Sampel	39
3.4. Variabel Penelitian	39
3.4.1. Variabel Dependent	39
3.4.2. Variabel Independent	39
3.5. Definisi Operasional	40
3.6. Cara Pengumpulan Data	42
3.7. Cara Pengolahan dan Analisis Data	42
3.7.1. Pengolahan Data	42
3.7.2. Analisis Data	43
3.8. Alur Penelitian	44
BAB IV. HASIL DAN PEMBAHASAN	
4.1. Hasil Penelitian	45
4.1.1. Analisis Univariat	45
4.1.2. Analisis Bivariat	47
4.2. Pembahasan	48
4.3. Keterbatasan Penelitian	49
BAB V. KESIMPULAN DAN SARAN	
5.1. Kesimpulan	51
5.2. Saran	52
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	
RIWAYAT HIDUP	

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
1.1. Penelitian Sebelumnya Mengenai Kejadian Presentasi Bokong	6
2.2. Perbedaan Anus dan Mulut pada Pemeriksaan Dalam	17
2.3. Perbedaan Kaki Lutut dan Tangan Siku pada Pemeriksaan Dalam	17
3.1 Tabel 2 x 2 yang Menunjukkan Hubungan antara Multiparitas dengan Kejadian Presentasi bokong	43
4.1 Distribusi Frekuensi dan Persentase Menurut Umur Ibu	45
4.2 Distribusi Frekuensi dan Persentase Menurut Jumlah Paritas	46
4.3 Distribusi Frekuensi dan Persentase Menurut Usia Kehamilan	46
4.4 Distribusi Frekuensi dan Persentase Menurut Diagnosa Persalinan	47
4.5. Hubungan Multiparitas dengan Presentasi Bokong	48

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
2.1. Macam-macam Sikap Janin	8
2. Posisi dan Presentasi Belakang Kepala dengan Penunjuk Ubun-ubun Kecil – Posisi Kiri.....	9
2.3. Posisi dan Presentasi Belakang Kepala dengan Penunjuk Ubun-ubun Kecil – Posisi Kanan	9
2.4. Posisi pada Presentasi Muka dengan Penunjuk Daggu atau Mentum	10
2.5. Posisi dan Presentasi Bokong dengan Penunjuk Sakrum	10
2.6. Berbagai-macam Presentasi Bokong	12
2.7. Pemeriksaan Manuver Leopold	16
2.8. Cara Membedakan Kaki dan Tangan	17
2.9. Mekanisme Persalinan Presentasi Bokong	20
2.10. Cara Mencengkam Bokong Janin secara <i>Bracht</i>	22
2.11. Gerakan Hiperlordosis	23
2.12. Gerakan Hiperlordosis Sampai Kepala Lahir	23
2.13. Cara Klasik – kedua kaki janin dibawa ke atas perut ibu, kemudian lengan belakang dilahirkan	24
2.14. Cara Klasik – Kaki janin didekatkan ke arah punggung ibu, kemudian lengan depan dilahirkan	25
2.15. Melahirkan Lengan Depan dengan <i>Mueller</i>	25
2.16. Melahirkan Lengan Belakang dengan <i>Mueller</i>	25
2.17. Melahirkan Bahu dan Lengan dengan Cara <i>Lovset</i>	26
2.18. Melahirkan Kepala dengan Cara <i>Mauriceau</i>	26
2.19. Melahirkan Kepala dengan Cara <i>Naujoks</i>	26
2.20. Melahirkan Kepala Secara <i>Prague</i> Terbalik	27
2.21. Ekstraksi Cunam <i>Piper</i>	27
2.22. Menurunkan Kaki pada Ekstraksi Kaki	28
2.23. Ekstraksi Kaki	29
2.24. Ekstraksi Bokong	30
2.25. Kerangka Teori	34
2.26. Diagram Alur Penelitian Hubungan Multiparitas dengan Angka Kejadian Presentasi Bokong di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang	44

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran

1. Laporan Jumlah Persalinan di Bagian Obstetri dan Ginekologi Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang Tahun 2010
2. Laporan Jumlah Persalinan di Bagian Obstetri dan Ginekologi Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang Tahun 2011
3. Laporan Ranking Penyakit (Seluruh Paviliun dan Seluruh Jenis Pasien) Tahun 2010
4. Laporan Ranking Penyakit (Seluruh Paviliun dan Seluruh Jenis Pasien) Tahun 2011
5. Surat Izin Pengambilan Data Awal
6. Kartu Aktivitas Bimbingan Proposal Penelitian
7. Daftar Tabulasi Dari Hasil Penelitian
8. Tabel Distribusi Frekuensi dan Persentase Hasil Penelitian
9. Tabel Hasil Uji Chi - Square

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Malpresentasi adalah bagian terendah janin yang berada di segmen bawah rahim, bukan belakang kepala. Malpresentasi merupakan salah satu yang dapat mengakibatkan timbulnya penyebab kematian maternal dan perinatal termasuk diantaranya presentasi bokong, hipoksia dan trauma lahir pada perinatal (Siswishanto, 2010).

Secara epidemiologi pada kehamilan tunggal didapatkan presentasi kepala sebesar 96,8 %, bokong 2,7 %, letak lintang 0,3 %, majemuk 0,1 %, muka 0,05 %, dan dahi 0,01 %, persalinan normal dapat terjadi manakala terpenuhi keadaan-keadaan tertentu dari faktor persalinan ; jalan lahir (*passage*), janin (*passanger*), dan kekuatan (*power*). Dari data tersebut presentasi bokong merupakan malpresentasi yang paling sering dijumpai (Siswishanto, 2010).

Di Parkland Hospital 3,5 % dari 136.256 persalinan tunggal dari tahun 1990 sampai 1999 merupakan presentasi bokong (Cunningham dkk, 2005). Menurut Schute dkk. (1985), bahwa pada analisa 57.819 kehamilan di Belanda, setelah dilakukan koreksi berdasarkan usia kehamilan, defek kongenital, maka kematian perinatal lebih tinggi pada bayi-bayi dengan presentasi bokong daripada bayi dengan presentasi kepala.

Di Indonesia, Rumah Sakit Dr. Pringadi Medan ditemukan 4,4% kasus presentasi bokong dan 4,6% di Rumah sakit Hasan Sadikin Bandung. Penelitian yang dilakukan oleh Utoro (1980) di RSCM menemukan 18,24% kasus. Siswosudarmo (1985) juga meneliti di RSUP Sardjito menemukan 16,79% kasus presentasi bokong (Mochtar, 1998).

Berdasarkan hasil penelitian Avis (2008) di RSUP dr. Mohammad Hoesin Palembang sendiri pada tahun 2003 - 2007 didapatkan persalinan presentasi



bokong sebesar 8,63%, pada tahun 2008 jumlah ibu bersalin 2567 orang dengan jumlah persalinan presentasi bokong sebanyak 86 kasus. Sedangkan menurut hasil penelitian Anggelawati (2010) di RSUP dr. Mohammad Hoesin Palembang pada tahun 2009, jumlah ibu bersalin sebanyak 3179 orang dengan jumlah persalinan presentasi bokong sebanyak 71 kasus dan pada tahun 2010 jumlah ibu bersalin sebanyak 2598 orang dengan jumlah persalinan presentasi bokong sebanyak 96 kasus. Data di Rumah Sakit Muhammadiyah sendiri pada tahun 2010 didapatkan persalinan presentasi bokong sebesar 2,08 % dan terjadi peningkatan yang cukup signifikan, bahkan merupakan ranking 18 dari laporan ranking penyakit seluruh paviliun dan seluruh jenis penyakit pada tahun 2011 yaitu sebesar 12,89 %.

Presentasi bokong ini paling sering terjadi sebelum 28 minggu (insiden 20 %) daripada saat cukup bulan (3 %). Sehingga presentasi bokong merupakan indikasi kemungkinan cacat janin karena lebih sering pada janin yang prematur dan abnormal secara struktural (Liu dan Loughna, 2008).

Banyak faktor resiko yang berperan untuk terjadinya kehamilan presentasi bokong diantaranya multiparitas, hidramnion, hamil kembar atau gemelli, prematuritas, plasenta previa, tumor rahim, panggul sempit, kelainan bentuk kepala janin (*hydrocephalus*) dan riwayat kehamilan presentasi bokong sebelumnya. Menurut Kats dan Seeds, peneliti dari Amerika Serikat, bahwa angka kejadian presentasi bokong terbanyak adalah pada ibu dengan status multiparitas yang telah melahirkan dua kali atau lebih sebelumnya karena kelemahan otot-otot uterus dan abdomen pada wanita multiparitas mengakibatkan janin mudah berputar atau berubah posisi (Siswishanto, 2010; Cunningham dkk, 2005).

Angka kejadian presentasi bokong jika dihubungkan dengan paritas ibu maka kejadian terbanyak adalah pada ibu dengan multigravida dibanding pada primigravida (Manuaba, 2001). Frekuensi presentasi bokong lebih tinggi pada kehamilan muda dibandingkan dengan kehamilan aterm dan lebih banyak pada multigravida daripada primigravida (Krisandi, 2005).

Presentasi bokong sampai saat ini masih menjadi masalah dalam bidang obstetri, hal ini dikarenakan persalinan dengan presentasi bokong meningkatkan angka morbiditas dan mortalitas perinatal dan maternal serta kelainan kongenital.

Presentasi bokong meningkatkan angka mortalitas pada perinatal berkisar 9-25%, lebih tinggi dibandingkan pada presentasi kepala yang hanya 2,6%, (3-5 kali). Selain itu juga dapat menyebabkan kelainan kongenital yang diketahui sebesar 6,3% pada presentasi bokong dibandingkan 2,4% pada janin presentasi kepala (Manuaba, 2007; Cunningham dkk, 2005).

Dari data di atas diketahui bahwa kejadian presentasi bokong dapat meningkatkan angka morbiditas dan mortalitas perinatal, maternal serta kelainan kongenital bayi, selain itu terjadi pula peningkatan kasus yang cukup signifikan di Rumah Sakit Muhammadiyah dari tahun 2010-2011. Penelitian yang dilakukan di kota Palembang baru ada di Rumah Sakit dr. Mohammad Hoesin saja, dan belum ada di Rumah Sakit lain salah satunya di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang, maka dari itu penelitian untuk mengetahui hubungan multiparitas dengan angka kejadian presentasi bokong di Bagian Obstetri dan Ginekologi Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang periode 1 Januari – 31 Desember 2011 dirasa perlu untuk dilakukan. Dengan penelitian ini diharapkan dapat dilakukan deteksi dini dan penanganan terhadap ibu hamil dengan faktor resiko untuk mengalami presentasi bokong.

1.2. Rumusan Masalah

1. Bagaimana gambaran karakteristik ibu bersalin di Bagian Obstetri dan Ginekologi Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang?
2. Berapa besar angka kejadian presentasi bokong di Bagian Obstetri dan Ginekologi Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang?
3. Bagaimana hubungan multiparitas sebagai faktor risiko terjadinya presentasi bokong di Bagian Obstetri dan Ginekologi Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Mengetahui hubungan multiparitas dengan terjadinya presentasi bokong di Bagian Obstetri dan Ginekologi Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang Periode 1 Januari – 31 Desember 2011.

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Mengetahui angka kejadian presentasi bokong di Bagian Obstetri dan Ginekologi Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang Periode 1 Januari – 31 Desember 2011.
2. Mengetahui gambaran karakteristik ibu bersalin di Bagian Obstetri dan Ginekologi Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang Periode 1 Januari – 31 Desember 2011.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Bagi Institusi Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi data epidemiologi Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang.

1.4.2. Bagi Akademik

Sebagai bahan dokumentasi yang bisa bermanfaat bagi Fakultas Kedokteran Muhammadiyah Palembang.

1.4.3. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat membuktikan kesesuaian antara hasil penelitian dengan teori yang diuraikan, dan dapat menjadi data awal atau penelitian pendahuluan bagi penelitian selanjutnya yang sejenis atau terkait.

1.4.4. Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberi informasi bagi masyarakat, terutama para ibu mengenai faktor resiko yang berpengaruh terhadap terjadinya kehamilan presentasi bokong yaitu multiparitas sehingga dapat dilakukan pencegahan.

1.5. Keaslian Penelitian

Berdasarkan hasil penelusuran dari beberapa penelitian yang ada, dijumpai beberapa penelitian yang berhubungan dengan presentasi bokong. Penelitian tersebut dapat dilihat seperti pada tabel 1.1.

Penelitian yang akan dilakukan ini sama dengan penelitian yang sudah ada sebelumnya. Penelitian ini menggunakan metode rancangan studi observasional analitik dengan pendekatan potong lintang, namun yang membedakan adalah cara pengambilan sampelnya, yaitu penentuan besar sampel dan penentuan teknik sampling yang berbeda, serta populasi yang akan diteliti juga berada pada Rumah Sakit yang berbeda yaitu Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang.

Penelitian mengenai presentasi bokong ini juga merupakan penelitian untuk pertama kalinya yang dilakukan di RS. Muhammadiyah Palembang dengan titik fokus berupa hubungan multiparitas dengan angka kejadian presentasi bokong periode 1 Januari 2011 sampai dengan 31 Desember 2011.

Tabel 1.1. Perbandingan dengan Penelitian Sebelumnya

Nama	Judul Penelitian	Desain Penelitian	Sampel	Hasil
Merlia Anggelawati	Faktor – faktor yang memengaruhi terjadinya presentasi bokong di RSUP Mohammad Hoesin Palembang tahun 2010	<i>Cross sectional</i>	Jumlah ibu bersalin 2567 orang dengan jumlah persalinan presentasi bokong sebanyak 57 kasus, dengan jumlah sampel sebesar 96 ibu bersalin	Ada hubungan bermakna faktor- faktor yang mempengaruhi terjadinya presentasi bokong di RSMH Mohammad Hoesin Palembang tahun 2010 teruji secara statistik.
Citra Ananta Avis	Hubungan multiparitas dengan angka kejadian presentasi bokong di Bagian Obstetri dan Ginekologi Rumah Sakit Dr. Mohammad Hoesin Palembang Periode 1 Januari – 31 Desember 2008	<i>Cross sectional</i>	Jumlah ibu bersalin sebanyak 2598 orang dengan jumlah persalinan presentasi bokong sebanyak 86 kasus, dengan jumlah sampel sebesar 340 ibu bersalin	Ada hubungan bermakna multiparitas dengan angka kejadian presentasi bokong di Bagian Obstetri dan Ginekologi Rumah Sakit Dr. Mohammad Hoesin Palembang Periode 1 Januari – 31 Desember 2008

Sumber : (Anggelawati, 2010; Avis, 2008)

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Landasan Teori

2.1.1. Kedudukan Janin Intrauterin

A. Proses Akomodasi

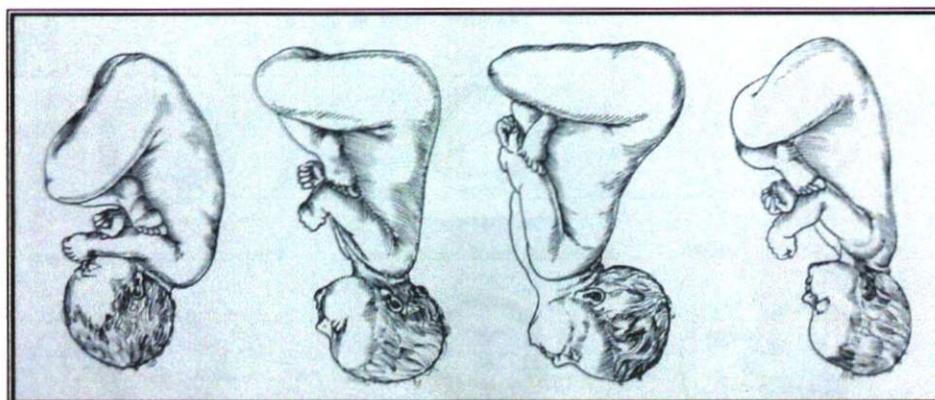
Dengan terbentuknya segmen bawah rahim, maka pada akhir kehamilan bentuk uterus menjadi lonjong dengan ukuran atas bawah lebih panjang dibanding dengan ukuran melintang dan fundus uteri lebih lebar dibanding dengan bagian bawah uterus. Sampai kehamilan kira-kira 32 minggu kavum amnii relatif lebih besar dan air ketuban relatif lebih banyak dibanding dengan besarnya janin sehingga dinding uterus tidak mendekati janin. Selanjutnya karena air ketuban mulai berkurang pada akhir kehamilan sehingga air ketuban relatif sedikit maka dinding uterus mendekati badan janin. Bentuk uterus yang lonjong dan bagian atas yang lebih luas akan mempengaruhi kedudukan janin untuk mengakomodasikan diri dengan bentuk uterus, sehingga ukuran memanjang janin akan menempati ukuran memanjang uterus, karena bokong dan tungkai bawah lebih besar ukurannya dibanding dengan kepala akan menempati bagian yang lebih luas yaitu di fundus uteri, sehingga presentasi kepala merupakan frekuensi terbanyak dibanding dengan presentasi lainnya (Syamsuddin, 2010).

Proses akomodasi bergantung pada banyaknya air ketuban sehingga kalau air ketuban banyak, maka gerakan janin sangat leluasa, dan sebaliknya bila air ketuban sedikit akan menyulitkan gerakan janin. Proses akomodasi ini selain adanya air ketuban juga dibantu oleh gerakan janin. Bila janin tidak bergerak, umpama janin mati, maka proses akomodasi ini akan terganggu. Kedudukan janin

intrauterin adalah khas maka beberapa pengertian yang dipakai untuk kedudukan janin intrauterin tersebut dapat dibedakan dalam beberapa pengertian, yaitu sikap (*habitus/ attitude*), letak (*situs*), posisi, dan presentasi (Arulkamran, 2007).

1. Sikap (*Habitus/Attitude*)

Hubungan bagian-bagian janin yang satu dengan bagian yang lain, biasanya terhadap tulang punggungnya.



A

B

C

D

Gambar 2.1. Macam-macam Sikap Janin

Sumber : (Syamsuddin, 2010)

Keterangan :

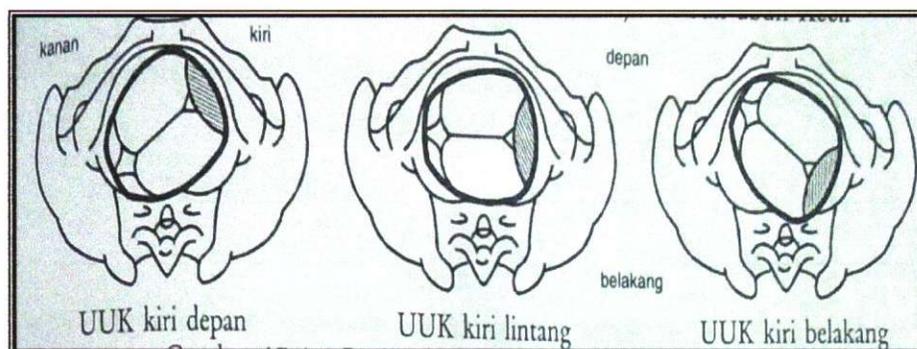
- A : Fleksi (Presentasi belakang kepala)
- B : Defleksi sedang (Presentasi dahi)
- C : Defleksi maksimum (Presentasi muka)
- D : Defleksi ringan (Presentasi puncak kepala)

2. Letak (*Situs*)

Hubungan antara sumbu panjang janin dengan sumbu panjang ibu, misalnya situs memanjang atau membujur adalah sumbu panjang janin sesuai dengan sumbu panjang ibu, dapat pada letak kepala atau letak bokong, situs melintang adalah sumbu panjang janin melintang terhadap sumbu panjang ibu, situs miring adalah sumbu panjang janin miring terhadap sumbu panjang ibu. Frekuensi situs memanjang 99,6 % (96 % letak kepala, 3,6 % letak bokong), dan 0,4 % letak lintang atau miring.

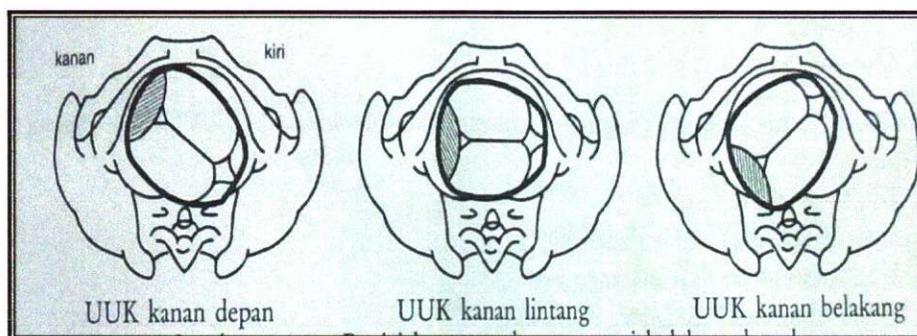
3. Posisi

Posisi pada periksa luar dengan palpasi, ditentukan dengan menentukan letak punggung janin terhadap dinding perut ibu, sedangkan pada pemeriksaan dalam posisi ditentukan dengan menentukan kedudukan salah satu bagian janin yang terendah terhadap jalan lahir, bagian yang terendah itu disebut penunjuk. Penunjuk itu dinyatakan sesuai dengan bagian kiri atau kanan ibu.



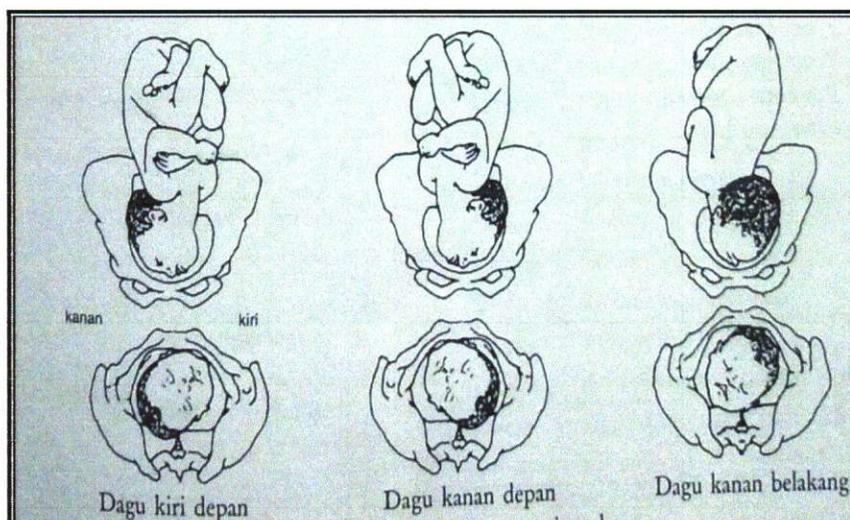
Gambar 2.2. Posisi dan Presentasi Belakang Kepala dengan Penunjuk Ubun-ubun Kecil – Posisi Kiri

Sumber : (Syamsuddin, 2010)



Gambar 2.3. Posisi dan Presentasi Belakang Kepala dengan Penunjuk Ubun-ubun Kecil – Posisi kanan

Sumber : (Syamsuddin, 2010)



Gambar 2.4. Posisi pada Presentasi Muka dengan Penunjuk Daggu atau Mentum
 Sumber : (Syamsuddin, 2010)



Gambar 2.5. Posisi dan Presentasi Bokong dengan Penunjuk Sakrum
 Sumber : (Syamsuddin, 2010)

4. Presentasi

Dipakai untuk menentukan bagian janin yang terbawah dan tiap presentasi terdapat dua macam posisi, yaitu kanan dan kiri serta tiap posisi terdapat tiga macam variasi yaitu depan, lintang, dan belakang. Macam-macam presentasi dalam persalinan ada 5, yaitu presentasi kepala (96 %), presentasi bokong (3,6%), presentasi bahu, presentasi muka, dan presentasi rangkap (bokong kaki) (Saifuddin, 2010).

2.1.2. Definisi Presentasi Bokong

Presentasi bokong adalah keadaan dimana janin terletak memanjang atau membujur dengan kepala di fundus uteri dan bokong di bagian bawah kavum uteri (Cunningham dkk, 2005).

2.1.3. Insiden

Presentasi bokong terjadi dalam 3-4 % dari persalinan yang ada (Norwitz dan Schorge, 2008). Terjadinya presentasi bokong berkurang dengan bertambahnya umur kehamilan. Presentasi bokong terjadi pada 25 % dari persalinan yang terjadi sebelum umur kehamilan 28 minggu, terjadi pada 7 % persalinan yang terjadi pada minggu ke 23 dan terjadi pada 1-3 % persalinan yang terjadi pada kehamilan aterm. Insiden presentasi bokong meningkat pada kehamilan ganda; 25 % pada gemeli janin pertama, dan 50 % pada janin kedua. Sebagai contoh, 3,5 % dari 136.256 persalinan tunggal dari tahun 1990 sampai 1999 di Parkland Hospital merupakan presentasi bokong (Siswishanto, 2010; Cunningham dkk, 2005).

2.1.4. Klasifikasi Presentasi Bokong

Presentasi bokong terdiri dari berbagai macam klasifikasi, yaitu presentasi bokong murni (*frank breech*), presentasi bokong sempurna (*complete breech*), dan presentasi bokong tidak sempurna (*incomplete breech*) (Cunningham dkk, 2005).

A. Presentasi Bokong Murni (*Frank Breech*)

Pada presentasi bokong akibat ekstensi kedua sendi lutut, kedua kaki terangkat ke atas sehingga ujungnya terdapat setinggi bahu atau kepala janin. Dengan demikian pada pemeriksaan dalam hanya dapat diraba bokong. Frekuensi terjadinya presentasi bokong murni, yaitu 50-70 % (Cunningham dkk, 2005). Posisi ini paling sering ditemukan yang terjadi 75 % presentasi bokong primigravida dan 50 % multigravida (Liu dan Loughna, 2008).

B. Presentasi Bokong Sempurna (*Complete Breech*)

Presentasi bokong sempurna, yaitu letak bokong dimana kedua kaki ada di samping bokong (letak bokong kaki sempurna). Frekuensi terjadinya presentasi bokong sempurna yaitu 75 % (Cunningham dkk, 2005). Pada ibu multigravida dengan diameter pelvis baik atau pada

gestasi multipel terdapat resiko prolaps tali pusat (Liu dan Loughna, 2008).

C. Presentasi Bokong Tidak Sempurna (*Incomplete Breech*)

Presentasi bokong kaki tidak sempurna dan presentasi kaki (*incomplete or footling*), frekuensi terjadinya berkisar 10 – 30 %. Pada presentasi bokong kaki tidak sempurna hanya terdapat satu kaki di samping bokong, sedangkan kaki yang lain terangkat ke atas. Pada presentasi kaki bagian paling rendah adalah satu atau dua kaki. Selain bokong bagian terendah juga kaki dan lutut, terdiri dari kedua kaki yang disebut letak kaki sempurna; satu kaki yang disebut letak kaki tidak sempurna, frekuensi terjadinya 24 %; kedua lutut yang disebut letak lutut sempurna; dan satu lutut yang disebut letak lutut tidak sempurna, frekuensi terjadinya 1 % (Cunningham dkk, 2005). Presentasi ini dapat mengindikasikan kesulitan dalam penurunan, sehingga direkomendasikan kelahiran dengan seksio sesaria (Liu dan Loughna, 2008).



Gambar 2.6. Berbagai macam presentasi bokong

Sumber : (Syamsuddin, 2010)

2.1.5. Posisi Bokong

Posisi bokong ditentukan oleh sakrum ada 4 posisi, yaitu sebagai berikut (Mochtar, 1998).

1. *Left sacrum anterior* (sakrum kiri depan).
2. *Right sacrum anterior* (sakrum kanan depan).

3. *Left sacrum posterior* (sakrum kiri belakang).
4. *Right sacrum posterior* (sakrum kanan belakang).

2.1.6. Etiologi

Presentasi bokong terdiri dari berbagai etiologi, yaitu sebagai berikut (Winkjosastro dkk, 2006; Winkjosastro dkk, 2010).

A. Gerakan janin yang bebas

Hal ini biasanya terjadi karena adanya hidramnion, prematur, dan multiparitas. Pada kondisi hidramnion air ketuban relatif banyak sehingga janin dapat bergerak bebas. Pada usia kehamilan prematur berat bayi masih di bawah normal atau ukuran bayi masih kecil dan cairan amnion lebih banyak dibandingkan dengan besar anak sehingga janin mudah bergerak. Pada kondisi ibu yang multiparitas terjadi relaksasi uterus sehingga mengakibatkan uterus cenderung lebih kendur bila dibandingkan ibu yang tidak multiparitas sehingga hal tersebut dapat mengakibatkan janin bebas bergerak dan berputar posisi.

B. Gangguan akomodasi

Gangguan akomodasi dapat terjadi pada kelainan bentuk uterus. Adanya tumor rahim, adanya ekstensi tungkai janin dan plasenta yang terletak di daerah kornu fundus uteri dapat pula menyebabkan presentasi bokong karena plasenta mengurangi luas ruangan di daerah fundus.

C. Gangguan fiksasi

Gangguan fiksasi kepala pintu atas panggul dapat terjadi karena adanya plasenta previa, tumor panggul, kesempitan panggul, anensefalus, dan hidrosefalus. Plasenta previa dapat menghalangi turunnya ke dalam pintu atas panggul. Kelainan bentuk kepala yaitu hidrosefalus, anensefalus, mengakibatkan kepala kurang sesuai dengan bentuk pintu atas panggul sehingga janin dapat berputar mencari posisi yang lebih nyaman.

D. Relaksasi Uterus

Berkaitan dengan multiparitas, multifetus, persalinan sungsang sebelumnya, kelainan uterus dan tumor pelvis. Relaksasi uterus menyebabkan janin mudah berputar posisi ke posisi sungsang.

2.1.7. Patofisiologi

Letak janin dalam uterus bergantung pada proses adaptasi janin terhadap ruangan dalam uterus. Pada kehamilan sampai kurang lebih 32 minggu, jumlah air ketuban relatif lebih banyak, sehingga memungkinkan janin bergerak dengan leluasa, ditambah berbagai faktor risiko yang mendukung terjadinya presentasi bokong salah satunya kondisi ibu yang multiparitas terjadi relaksasi uterus yang mengakibatkan janin lebih mudah berputar posisi. Dengan demikian janin dapat menempatkan diri dalam berbagai presentasi yang tidak biasa, salah satunya dengan posisi presentasi bokong (Mochtar, 1998).

Pada kehamilan triwulan terakhir janin tumbuh dengan cepat dan jumlah air ketuban relatif berkurang. Karena bokong dengan kedua tungkai terlipat lebih besar daripada kepala, maka bokong dipaksa untuk menempati ruang yang lebih luas di fundus uteri, sedangkan kepala berada di ruangan yang lebih kecil di segmen bawah uterus. Dengan demikian dapat dimengerti mengapa pada kehamilan belum cukup bulan, frekuensi presentasi bokong lebih tinggi, sedangkan pada kehamilan cukup bulan, janin sebagian besar ditemukan dalam presentasi kepala. Sayangnya, beberapa fetus tidak seperti itu. Sebagian dari mereka berada dalam posisi sungsang (Mochtar, 1998).

2.1.8. Diagnosis

A. Anamnesis

Kehamilan dengan presentasi bokong seringkali oleh ibu hamil dinyatakan bahwa kehamilannya terasa lain dari kehamilan sebelumnya, karena perut terasa penuh dibagian atas, merasa seperti

benda keras (kepala) yang mendesak tulang iga dan gerakan lebih banyak dibagian bawah. Pada kehamilan pertama kalinya mungkin belum bisa dirasakan perbedaannya. Dapat ditelusuri dari riwayat kehamilan sebelumnya apakah ada yang sungsang (Krisandi, 2005).

B. Pemeriksaan Fisik

Pada pemeriksaan luar berdasarkan pemeriksaan Manuver Leopold yang sebaiknya dilakukan pada setiap kunjungan perawatan antenatal bila umur kehamilannya ≥ 34 minggu, ditemukan bahwa Leopold I di fundus akan teraba bagian yang keras dan bulat yakni kepala. Leopold II teraba punggung disatu sisi dan bagian kecil disisi lain. Leopold III bila *engagement* belum terjadi (diameter intertrokanterika panggul janin belum melewati pintu atas panggul) bokong janin masih dapat digerakkan di atas pintu atas panggul. Leopold IV teraba bokong (bagian yang kurang bundar dan lunak) di bagian bawah uterus yang menunjukkan posisi bokong yang mapan di bawah simfisis. Kadang-kadang bokong janin teraba bulat dan dapat memberi kesan seolah-olah kepala, tetapi bokong tidak dapat digerakkan semudah kepala. Denyut jantung janin pada umumnya ditemukan setinggi pusat atau sedikit lebih tinggi daripada umbilikus (Winkjosastro dkk, 2010; Krisandi, 2005; Cunningham dkk, 2005).



Gambar 2.7. Pemeriksaan Manuver Leopold

Sumber : (Cunningham dkk, 2005)

Keterangan :

- A : Leopold I
- B : Leopold II
- C : Leopold III
- D : Leopold IV

Pada pemeriksaan dalam pada kehamilan presentasi bokong apabila didiagnosis dengan pemeriksaan luar tidak dapat dibuat oleh karena dinding perut tebal, uterus berkontraksi atau air ketuban banyak. Setelah ketuban pecah dapat lebih jelas adanya bokong yang ditandai dengan adanya sakrum, kedua tuberositas iskiadika, anus dan kaki (pada letak kaki) (Angsar dan Setjalilakusuma, 2010). Pada persalinan lama, bokong mengalami edema sehingga kadang-kadang sulit untuk membedakan bokong dengan muka. Pemeriksaan yang teliti dapat membedakan bokong dengan muka karena jari yang akan dimasukkan ke dalam anus mengalami rintangan otot, sedangkan jari yang dimasukkan ke dalam mulut akan meraba tulang rahang dan alveola tanpa hambatan, mulut dan tulang pipi akan membentuk segitiga, sedangkan anus dan tuberosis iskiadika membentuk garis

lurus. Pada presentasi bokong kaki sempurna, kedua kaki dapat diraba di samping bokong, sedangkan pada presentasi bokong kaki tidak sempurna hanya teraba satu kaki di samping bokong. Informasi yang paling akurat berdasarkan lokasi sakrum dan prosesus untuk diagnosis posisi (Cunningham dkk, 2005; Manuaba, 2001).

Tabel 2.1. Perbedaan Anus dan Mulut pada Pemeriksaan Dalam

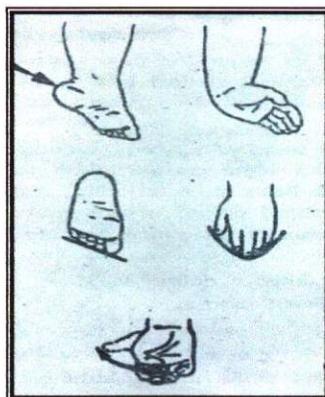
Anus	Mulut
Lubang kecil	Lidah
Tulang (-)	Rahang
Isap (-)	Isap (+)
Mekonium (+)	

Sumber : (Mochtar, 1998)

Tabel 2.2. Perbedaan Kaki Lutut dan Tangan Siku pada Pemeriksaan Dalam

Kaki lutut	Tangan siku
Tumit	Jari panjang
Sudut 90°	Tidak rata
Rata jari-jari	Patella (-)
Patella (+)	
Poplitea	

Sumber : (Mochtar, 1998)



Gambar 2.8. Cara Membedakan Kaki dan Tangan

Sumber : (Krisandi, 2005)

C. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang dilakukan jika masih ada keragu-raguan dari pemeriksaan luar dan dalam, sehingga harus dipertimbangkan untuk melakukan pemeriksaan ultrasonografik atau *Magnetic*

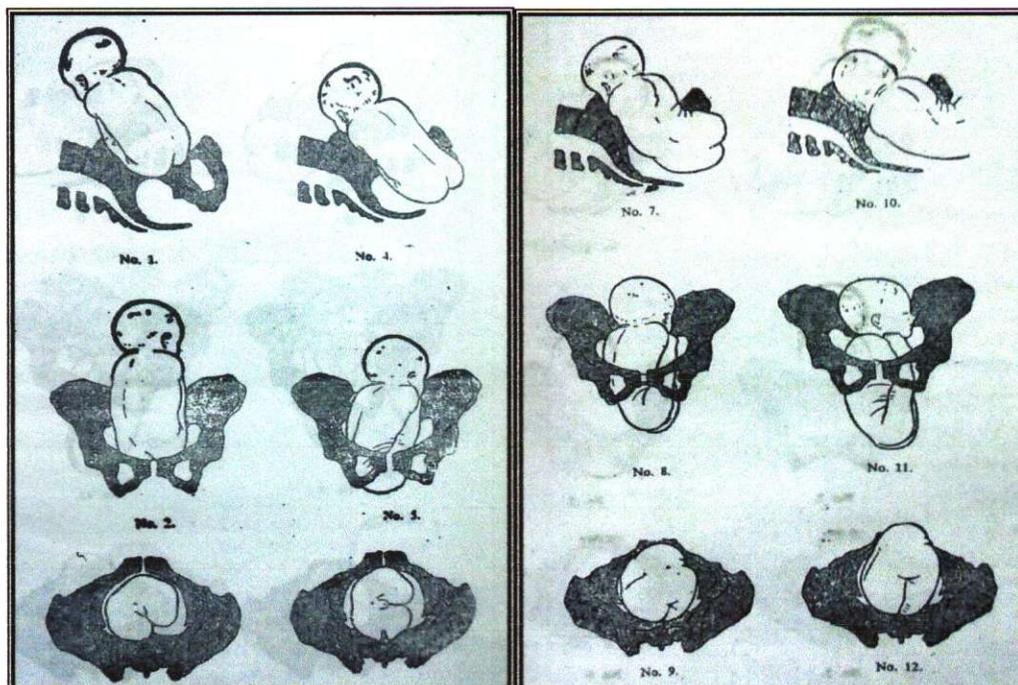
Resonance Imaging (MRI). Pemeriksaan ultrasonografik diperlukan untuk konfirmasi letak janin bila pemeriksaan fisik belum jelas, menentukan letak plasenta, menemukan kemungkinan cacat bawaan, taksiran berat janin, penilaian volume air ketuban dan keadaan hiperekstensi kepala. Berat janin dapat diperkirakan secara ultrasonografi berdasarkan ukuran biparietal, lingkaran kepala, lingkaran perut dan panjang tulang femur. Pada foto *rontgen* (bila perlu) juga bisa digunakan untuk menentukan posisi tungkai bawah, konfirmasi letak janin serta fleksi kepala, menentukan adanya kelainan bawaan anak (Manuaba, 2001).

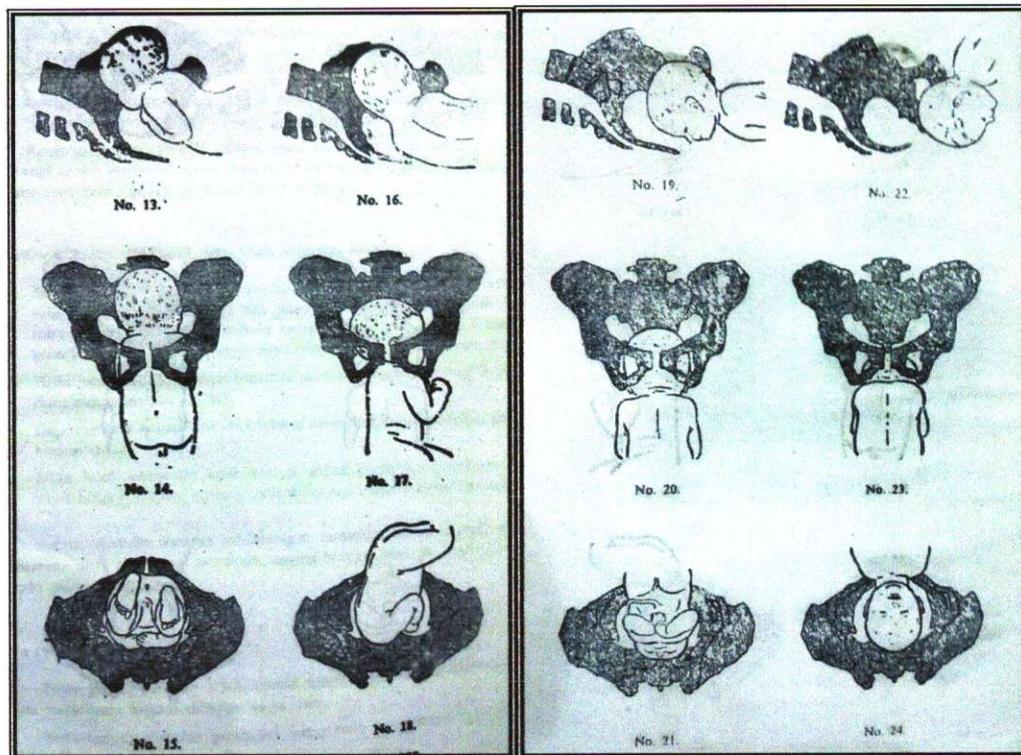
2.1.9. Persalinan

Dalam presentasi bokong diperlukan banyak ketekunan dan kesabaran dibandingkan dengan pertolongan persalinan presentasi kepala (Mansjoer dkk, 2001). Selama terjadi kemajuan pada persalinan dan tidak ada tanda-tanda yang mengancam kehidupan janin, maka penolong tidak perlu melakukan tindakan yang bertujuan mempercepat kelahiran janin. Mekanisme persalinan presentasi bokong hampir sama saja dengan letak kepala, hanya disini yang memasuki pintu atas panggul adalah bokong. Persalinan berlangsung agak lama, karena bokong dibandingkan dengan kepala lebih lembek, jadi kurang kuat menekan, sehingga pembukaan agak lama (Mochtar, 1998).

Pertama-tama hendaknya ditentukan apakah tidak ada kelainan lain yang merupakan indikasi untuk melakukan seksio sesarea, seperti misalnya kesempitan panggul, plasenta previa atau adanya tumor dalam rongga panggul. Presentasi bokong biasanya lahir spontan, karena itu jangan terlalu lekas bertindak. Sikap konservatif dipertahankan sampai pusat lahir. Indikasi waktu setelah pembukaan lengkap, biasanya lebih pendek dibandingkan dengan letak kepala misalnya 2 jam setelah pembukaan lengkap anak sudah harus lahir (Winkjosastro, 2002; Krisandi, 2005).

Mekanisme persalinan presentasi bokong dimulai dengan garis pangkal paha yang masuk serong ke dalam pintu atas panggul (*engagement* dan *descent*). Pantat depan memutar ke depan setelah mengalami rintangan dari otot-otot dasar panggul. Dengan demikian dapat terjadi laterofleksi badan untuk menyesuaikan diri dengan lengkungan panggul. Pantat depan nampak terdahulu dalam vulva dan dengan trokhanter depan sebagai hipomoklion (di bawah simfisis) dan laterofleksi dari badan lahirlah pantat belakang pada pinggir depan perineum disusul dengan kelahiran pantat depan. Setelah bokong lahir terjadi rotasi luar sehingga punggung berputar sedikit ke depan dan supaya bahu dapat masuk dalam ukuran serong dari pintu atas panggul. Sesudah bahu turun terjadilah putaran paksi dari bahu. Karena itu punggung berputar lagi ke samping. Pada saat bahu akan lahir maka kepala dalam keadaan fleksi masuk dalam ukuran melintang pintu atas panggul. Kepala ini mengadakan putaran paksi sedemikian rupa hingga kukuk terdapat di bawah simfisis dan dagu sebelah belakang. Berturut-turut lahir pada perineum; dagu, mulut, hidung, dahi, dan belakang kepala (Krisandi, 2005).





Gambar 2.9. Mekanisme Persalinan Presentasi Bokong
Sumber : (Krisandi, 2005)

A. Persalinan Pervaginam

Berdasarkan tenaga yang dipakai dalam melahirkan janin pervaginam, persalinan pervaginam dibagi menjadi 3 sebagai berikut (Supono, 1985).

1. Persalinan spontan (*spontaneous breech*).

Janin dilahirkan dengan kekuatan dan tenaga ibu sendiri. Cara ini lazim disebut cara *Bracht*.

a. Prosedur pertolongan persalinan spontan dibagi menjadi beberapa tahapan dan teknik. Tahapan prosedur pertolongan spontan adalah sebagai berikut (Angsar dan Setjalilakusuma, 2010).

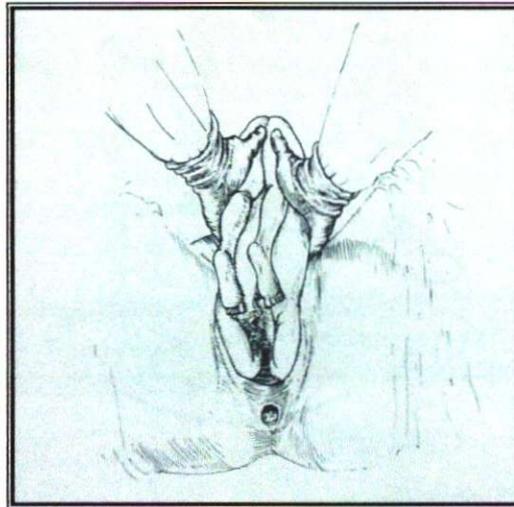
- 1) Tahap pertama: fase lambat, yaitu mulai lahirnya bokong sampai pusar (skapula depan). Disebut fase lambat karena fase ini hanya untuk melahirkan bokong, yaitu bagian janin yang tidak berbahaya.
- 2) Tahap kedua: fase cepat, yaitu mulai dari lahirnya pusar sampai lahirnya mulut. Disebut fase cepat karena pada fase ini kepala janin mulai masuk pintu atas panggul, sehingga kemungkinan tali pusat

terjepit. Oleh karena itu fase ini harus segera diselesaikan dan tali pusat segera dilonggarkan. Bila mulut sudah lahir, janin dapat bernafas lewat mulut.

- 3) Tahap ketiga: fase lambat, yaitu mulai lahirnya mulut sampai seluruh kepala lahir. Disebut fase lambat karena kepala akan keluar dari ruangan yang bertekanan tinggi (uterus), ke dunia luar yang tekanannya lebih rendah, sehingga kepala harus dilahirkan secara perlahan-lahan untuk menghindari terjadinya perdarahan intrakranial (adanya ruptura tentorium serebelli).

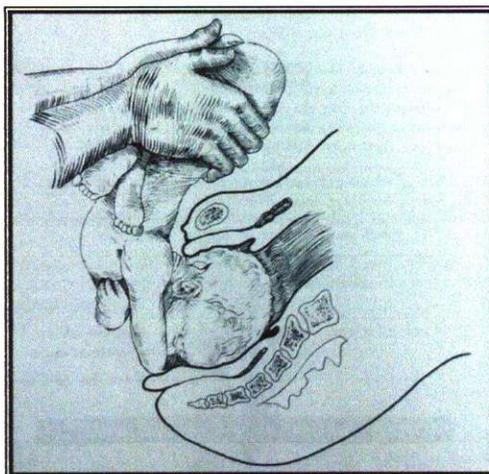
b. Untuk teknik pertolongan persalinan spontan adalah sebagai berikut.

- 1) Sebelum melakukan pimpinan persalinan penolong harus memperhatikan sekali lagi persiapan untuk ibu, janin, maupun penolong. Pada persiapan kelahiran janin harus selalu disediakan cunam *Piper*.
- 2) Ibu tidur dalam posisi litotomi, sedang penolong berdiri di depan vulva. Ketika timbul his ibu disuruh mengejan dengan merangkul kedua pangkal paha. Pada waktu bokong mulai membuka vulva (*crowning*) disuntikkan 2-5 unit oksitosin intramuskular. Pemberian oksitosin ini ialah untuk merangsang kontraksi rahim sehingga fase cepat dapat diselesaikan dalam 2 his berikutnya.
- 3) Episiotomi dikerjakan pada saat bokong membuka vulva. Segera setelah bokong lahir, bokong dicengkam secara *Bracht*, yaitu kedua ibu jari penolong sejajar sumbu panjang paha, sedangkan jari-jari lain memegang panggul (lihat Gambar 10)



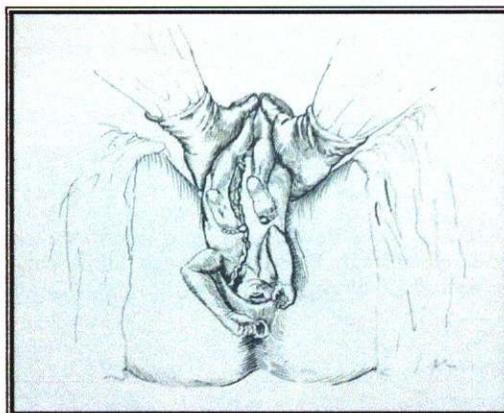
Gambar 2.10. Cara Mencengkam Bokong Janin Secara *Bracht*
 Sumber: (Angsar dan Setjalilakusuma, 2010)

- 4) Pada setiap his ibu disuruh mengejan. Pada waktu tali pusat lahir dan tampak sangat teregang, tali pusat dikendorkan terlebih dahulu.
- 5) Kemudian penolong melakukan hiperlordosis pada badan janin guna mengikuti gerakan rotasi anterior, yaitu punggung janin didekatkan ke punggung ibu. Penolong hanya mengikuti gerakan ini tanpa melakukan tarikan, sehingga gerakan tersebut hanya disesuaikan dengan gaya berat badan janin. Bersamaan dengan dimulainya gerakan hiperlordosis ini, seorang asisten melakukan ekspresi *Kristeller* pada fundus uterus, sesuai dengan sumbu panggul. Maksud *Kristeller* ini adalah agar tenaga mengejan lebih kuat, sehingga fase cepat dapat segera diselesaikan (berakhir), menjaga agar kepala janin tetap dalam posisi fleksi dan menghindari terjadinya ruang kosong antara fundus uterus dan kepala janin, sehingga tidak terjadi lengan menjungkit.



Gambar 2.11. Gerakan Hiperlordosis
Sumber : (Angsar dan Setjalilakusuma, 2010)

- 6) Dengan gerakan hiperlordosis ini berturut-turut lahir pusar, perut, bahu, dan lengan, dagu mulut dan akhirnya seluruh kepala.
- 7) Janin yang baru lahir diletakkan di perut ibu. Seorang asisten segera menghisap lendir dan bersamaan itu penolong memotong tali pusat.



Gambar 2.12. Gerakan Hiperlordosis Sampai Kepala Lahir
Sumber : (Angsar dan Setjalilakusuma, 2010)

2. *Manual aid (partial breech extraction; assisted breech delivery).*

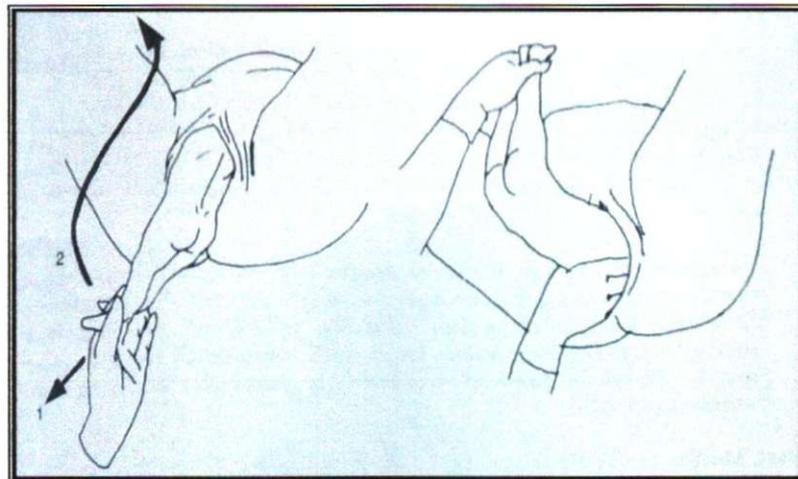
Janin dilahirkan sebagian menggunakan tenaga dan kekuatan ibu dan sebagian lagi dengan tenaga penolong. Prosedur *manual aid* terdapat beberapa indikasi, tahapan dan teknik. Indikasi untuk dilakukan tindakan *manual aid* adalah sebagai berikut.

a. Persalinan secara *Bracht* mengalami kegagalan, misalnya bila terjadi kemacetan baik pada waktu melahirkan bahu atau kepala.

b. Dari semula memang hendak melakukan pertolongan secara *manual aid*.

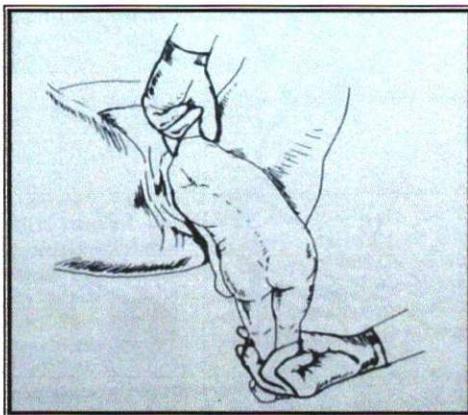
Untuk tahapan *manual aid*, yaitu 1) tahap pertama: lahirnya bokong sampai pusar yang dilahirkan dengan kekuatan tenaga ibu sendiri, 2) tahap kedua: lahirnya bahu dan lengan yang memakai tenaga penolong. Cara/teknik untuk melahirkan bahu dan lengan ialah secara : klasik (*Deventer*), *Mueller*, *Lovset*, dan *Bickenbach*, dan 3) tahap ketiga, lahirnya kepala yang dapat dilakukan dengan cara *Mauriceau*, *Najouks*, *Wigand* *Martin-Winckel*, *Prague* terbalik dan *Cunam Piper*.

Untuk teknik *manual aid*, yaitu 1) tahap pertama: dilakukan persalinan secara *Bracht* sampai pusar, 2) tahap kedua: melahirkan bahu dan lengan oleh penolong.



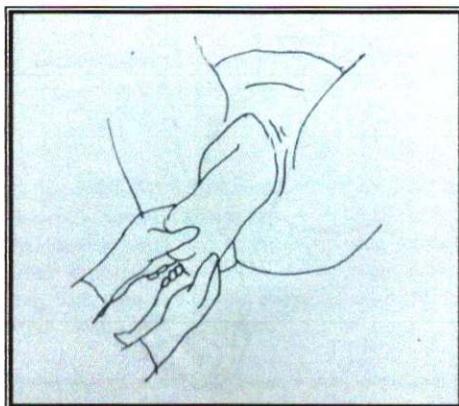
Gambar 2.13. Cara Klasik – Kedua kaki janin dibawa ke atas perut ibu, kemudian lengan belakang dilahirkan

Sumber : (Angsar dan Setjalilakusuma, 2010)



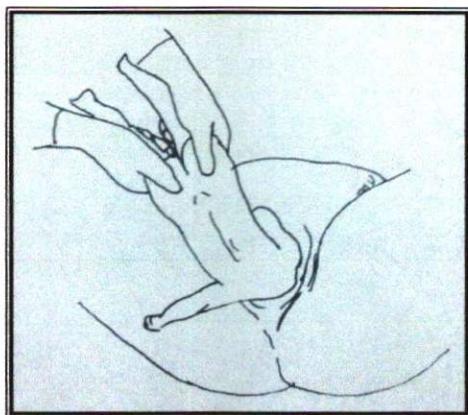
Gambar 2.14. Cara Klasik – Kedua kaki janin didekatkan ke arah punggung ibu, kemudian lengan depan dilahirkan

Sumber : (Angsar dan Setjalilakusuma, 2010)



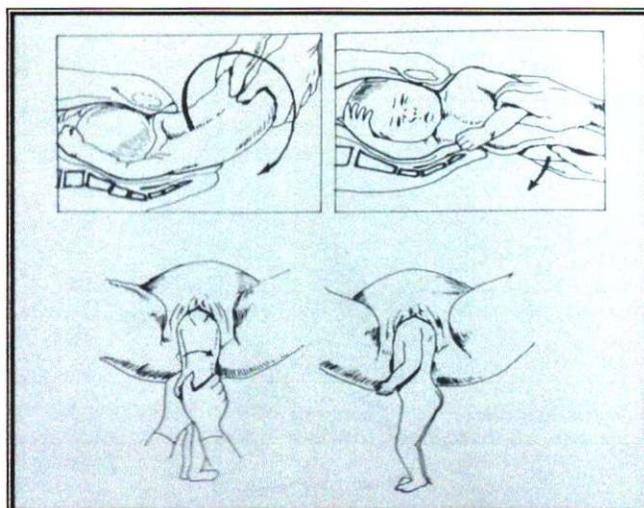
Gambar 2.15. Melahirkan Lengan Depan dengan *Mueller*

Sumber : (Angsar dan Setjalilakusuma, 2010)

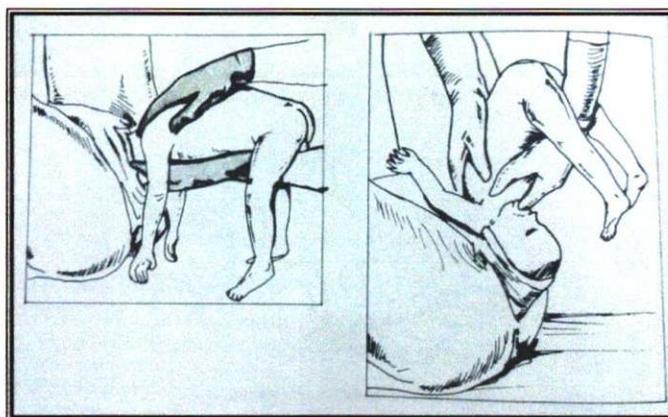


Gambar 2.16. Melahirkan Lengan Belakang dengan *Mueller*

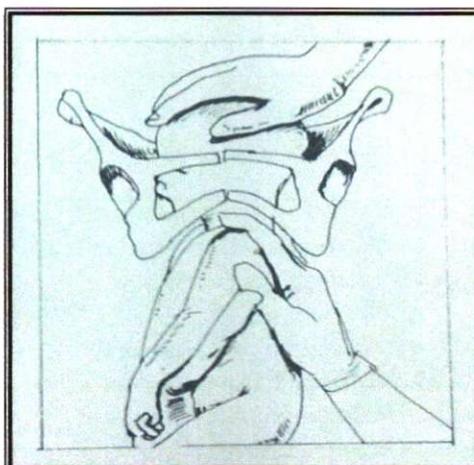
Sumber : (Angsar dan Setjalilakusuma, 2010)



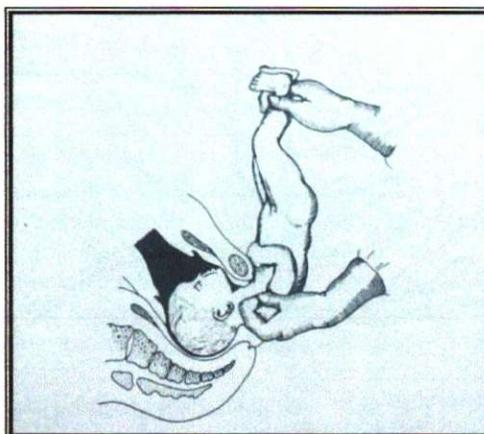
Gambar 2.17. Melahirkan Bahu dan Lengan dengan *Lovset*
 Sumber : (Angsar dan Setjalilakusuma, 2010)



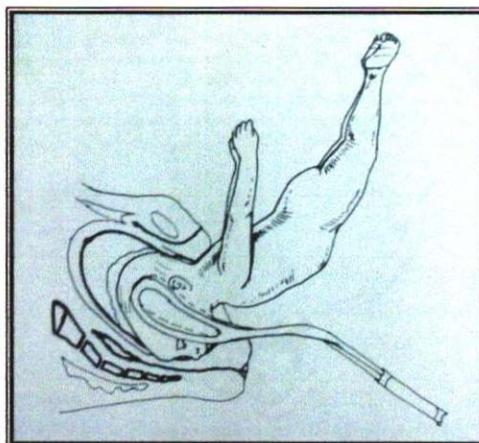
Gambar 2.18. Melahirkan Kepala dengan *Mauriceau*
 Sumber : (Angsar dan Setjalilakusuma, 2010)



Gambar 2.19. Melahirkan Kepala dengan *Naujoks*
 Sumber : (Angsar dan Setjalilakusuma, 2010)



Gambar 2.20. Melahirkan Kepala secara *Prague Terbalik*
 Sumber : (Angsar dan Setjalilakusuma, 2010)



Gambar 2.21. Ekstraksi Cunam *Piper*
 Sumber : (Angsar dan Setjalilakusuma, 2010)

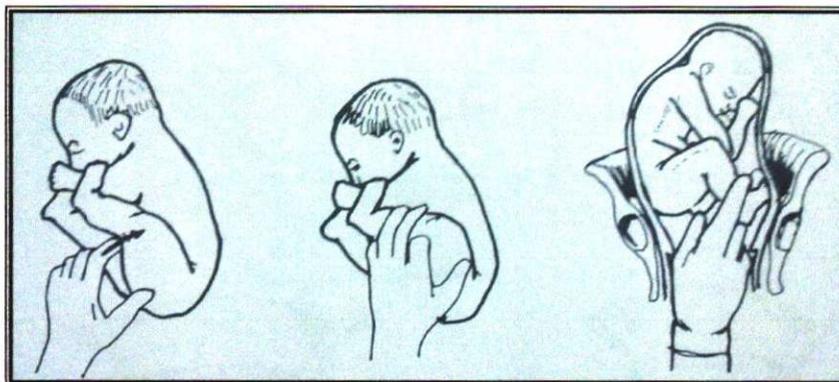
3. Ekstraksi Sungsang (*Total Breech Extraction*).

Janin dilahirkan seluruhnya dengan memakai tenaga penolong.

a. Prosedur Ekstraksi sungsang terdapat 2 teknik yaitu teknik ekstraksi kaki dan teknik ekstraksi bokong. Teknik ekstraksi kaki adalah sebagai berikut.

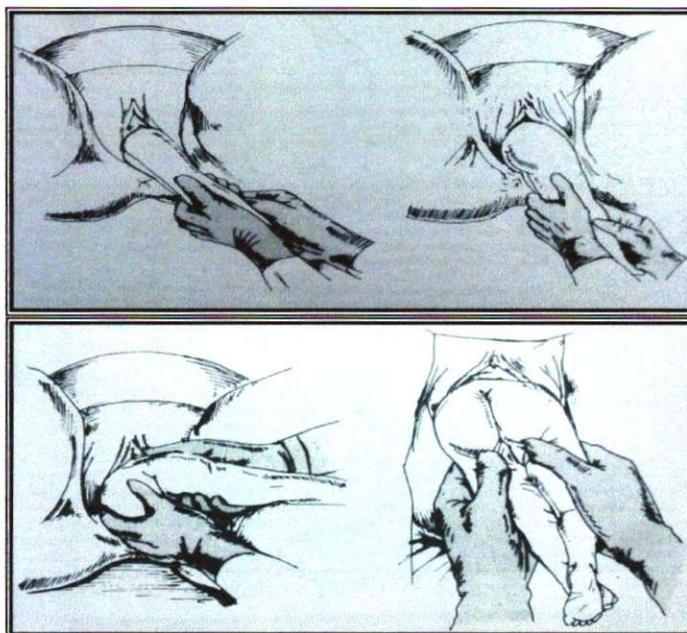
- 1) Setelah persiapan selesai, tangan yang searah dengan bagian-bagian kecil janin dimasukkan secara obstetrik ke dalam jalan lahir, sedang tangan yang lain membuka labia. Tangan yang di dalam mencari kaki depan dengan menelusuri bokong, pangkal paha sampai lutut, kemudian melakukan abduksi dan fleksi pada paha janin sehingga kaki bawah menjadi fleksi. Tangan yang di luar mendorong fundus uterus ke bawah.

Setelah kaki bawah fleksi pergelangan kaki dipegang oleh jari kedua dan jari ketiga dan dituntun keluar dari vagina sampai batas lutut.



Gambar 2.22. Menurunkan Kaki pada Ekstraksi Kaki
Sumber : (Angsar dan Setjalilakusuma, 2010)

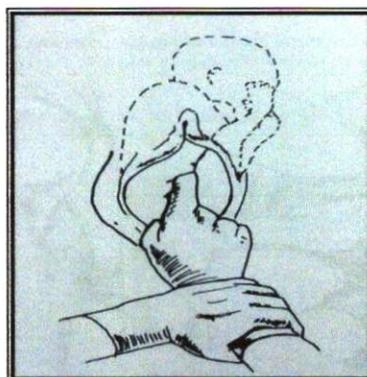
- 2) Kedua tangan penolong memegang betis janin, yaitu kedua ibu jari diletakkan di belakang betis sejajar sumbu panjang betis, dan jari-jari lain di depan betis. Dengan pegangan ini, kaki janin ditarik curam ke bawah sampai pangkal paha lahir.
- 3) Pegangan dipindahkan pada pangkal paha setinggi mungkin dengan kedua ibu jari di belakang paha, sejajar sumbu panjang paha dan jari-jari lain di depan paha.
- 4) Pangkal paha ditarik curam ke bawah sampai trokhanter depan lahir. Kemudian pangkal paha dengan pegangan yang sama dielevasi ke atas sehingga trokhanter belakang lahir. Bila kedua trokhanter telah lahir berarti bokong lahir.
- 5) Sebaliknya bila kaki belakang yang dilahirkan lebih dulu, maka yang akan lahir lebih dulu ialah trokhanter belakang dan untuk melahirkan trokhanter depan maka pangkal paha ditarik terus curam ke bawah.
- 6) Setelah bokong lahir, maka untuk melahirkan janin selanjutnya dipakai teknik pegangan femuro-pelviks. Dengan pegangan ini badan janin ditarik curam ke bawah sampai pusar lahir.
- 7) Selanjutnya untuk melahirkan badan janin yang lain dilakukan cara persalinan sama seperti pada *manual aid*.



Gambar 2.23. Ekstraksi Kaki

Sumber : (Angsar dan Setjalilakusuma, 2010)

- b. Untuk teknik ekstraksi kaki adalah sebagai berikut.
- 1) Ekstraksi bokong dikerjakan jika jenis letak sungsang adalah letak bokong murni (*frank breech*), dan bokong sudah berada di dasar panggul, sehingga sukar untuk menurunkan kaki.
 - 2) Jari telunjuk tangan penolong yang searah dengan bagian kecil janin, dimasukkan ke dalam jalan lahir dan diletakkan di pelipatan paha depan. Dengan jari telunjuk ini, pelipatan paha dikait dan ditarik curam kebawah. Untuk memperkuat tenaga tarikan ini, maka tangan penolong yang lain mencengkam pergelangan tangan tadi, dan turut menarik curam ke bawah.
 - 3) Bila dengan tarikan ini trokhanter depan mulai tampak di bawah simfisis, maka jari telunjuk penolong yang lain segera mengikat pelipatan paha ditarik curam ke bawah sampai bokong lahir.
 - 4) Setelah bokong lahir, bokong di pegang secara femuro-pelviks, kemudian janin dapat dilahirkan dengan cara *manual aid*.



Gambar 2.24. Ekstraksi Bokong
Sumber : (Angsar dan Setjalilakusuma, 2010)

B. Persalinan Perabdominal (Seksio Sesaria)

Persalinan perabdominal (seksio sesaria) dipilih jika persalinan pervaginam sukar dan berbahaya, tali pusat menumbung pada primigravida atau multigravida, distosia, prematur atau postmatur, riwayat obstetri buruk, dan terdapat komplikasi kehamilan dan persalinan seperti hipertensi dalam kehamilan, serta ketuban pecah dini (Giuliani, 2002). Beberapa kriteria yang dapat dipakai pegangan bahwa letak sungsang harus dilahirkan perabdominal, yaitu primigravida tua, riwayat persalinan yang buruk, janin besar, lebih dari 3,5 kg – 4 kg, panggul sempit, prematuritas (Angsar dan Setjalilakusuma, 2010).

2.1.10. Komplikasi

Komplikasi persalinan presentasi bokong antara lain dari faktor ibu yaitu perdarahan oleh karena trauma jalan lahir, atonia uteri dan sisa plasenta, infeksi karena terjadi secara ascendens melalui trauma (endometritis) dan trauma persalinan seperti trauma jalan lahir (Gabbe, Niebyl dan Simpson, 2000).

Sedangkan dari faktor bayi yaitu perdarahan seperti perdarahan intrakranial dan edema intrakranial akibat kepala dilahirkan dengan cepat, perdarahan alat-alat vital intra-abdominal, trauma persalinan seperti dislokasi atau fraktur ekstremitas, persendian leher, ruptur alat-alat vital

intra-abdominal, kerusakan pleksus brakialis dan fasialis, kerusakan pusat vital di medulla oblongata yang semuanya diakibatkan tarikan yang kuat pada saat proses kelahiran anak, trauma langsung alat vital (mata, telinga, mulut), infeksi karena manipulasi asfiksia sampai lahir mati yang diakibatkan terlilitnya tali pusat (Krisandi, 2005).

2.1.11. Pencegahan

Beberapa faktor risiko presentasi bokong seperti yang sudah dijelaskan sebelumnya terkadang tidak dapat dihindari, tetapi yang paling penting seorang ibu hamil harus melakukan *antenatal care* rutin pada waktu hamil terutama pada usia kehamilan 28-30 minggu, karena pada usia kehamilan <32 minggu janin cenderung sering berputar posisi karena jumlah air ketuban relatif lebih banyak di usia tersebut. Jika terdiagnosa janin dalam posisi sungsang dapat dilakukan *knee chest position* atau bisa dengan versi luar agar janin berputar lagi ke posisi normal sehingga persalinan presentasi bokong dapat dicegah (Cunningham, 2005; Winkjosastro, 2010).

2.1.12. Prognosis

Bila dibandingkan dengan presentasi kepala, maka presentasi bokong, baik ibu maupun bayi menghadapi risiko yang lebih besar, walaupun tidak akan sama derajatnya (Cunningham, 2005).

A. Bagi Ibu

Prognosis bagi ibu pada presentasi bokong tak banyak berbeda dengan prognosis pada letak kepala, mungkin ruptur perinea lebih sering terjadi. Robekan pada perinea lebih besar, juga karena dilakukan tindakan, selain itu ketuban lebih cepat pecah dan partus lebih lama, jadi mudah terkena infeksi. Sebab kematian maternal terpenting adalah penanganan persalinan yang kurang sempurna (Collea, 1987).

B. Bagi Bayi

Prognosis tidak terlalu baik, karena adanya gangguan peredaran darah plasenta setelah bokong lahir dan juga setelah perut lahir, tali pusat terjepit antara kepala dan panggul, anak bisa menderita asfiksia serta akibat retraksi uterus yang dapat menyebabkan lepasnya plasenta sebelum kepala lahir. Selanjutnya prognosis bagi anak dengan presentasi bokong lebih buruk terutama kalau anaknya besar dan ibunya seorang primigravida, maka kematian anak dengan presentasi bokong 3 kali lebih besar daripada kematian anak letak kepala (Collea, 1987; Benson, 1980).

Kelahiran kepala janin yang lebih dari 8 menit setelah umbilikus dilahirkan, akan membahayakan kehidupan janin. Selain itu bila janin bernafas sebelum hidung dan mulut lahir dapat membahayakan, karena mukus yang terhisap dapat menyumbat jalan nafas. Bahaya asfiksia janin juga terjadi akibat tali pusat yang menumbung, hal ini sering dijumpai pada presentasi bokong kaki sempurna atau bokong kaki tidak sempurna, tetapi jarang dijumpai pada presentasi bokong. Perlakuan pada kepala janin terjadi karena kepala harus melewati panggul dalam waktu yang lebih singkat daripada persalinan presentasi kepala, sehingga tidak ada waktu bagi kepala untuk menyesuaikan diri dengan besar dan bentuk panggul (Martohoesodo, Hariadi, 2002; Winkjosastro dkk, 2010).

Kompresi dan dekompresi kepala terjadi dengan cepat, sehingga mudah menimbulkan luka pada kepala dan perdarahan dalam tengkorak. Bila dihadapkan dengan disproporsi sefalo pelvik, meskipun ringan persalinan dalam presentasi bokong sangat berbahaya. Adanya kesempitan panggul sudah harus diduga waktu pemeriksaan antenatal, khususnya pada seorang primigravida dengan presentasi bokong. Untuk itu harus dilakukan pemeriksaan lebih teliti, termasuk pemeriksaan panggul rontgenologik atau MRI untuk menyingkirkan kemungkinan adanya kesempitan. Multiparitas dengan

riwayat obstetri yang baik, tidak selalu menjamin persalinan dalam presentasi bokong berlangsung lancar, sebab janin yang besar dapat menyebabkan disproporsi meskipun ukuran panggul normal (Winkjosastro dkk, 2010; Supono, 1985).

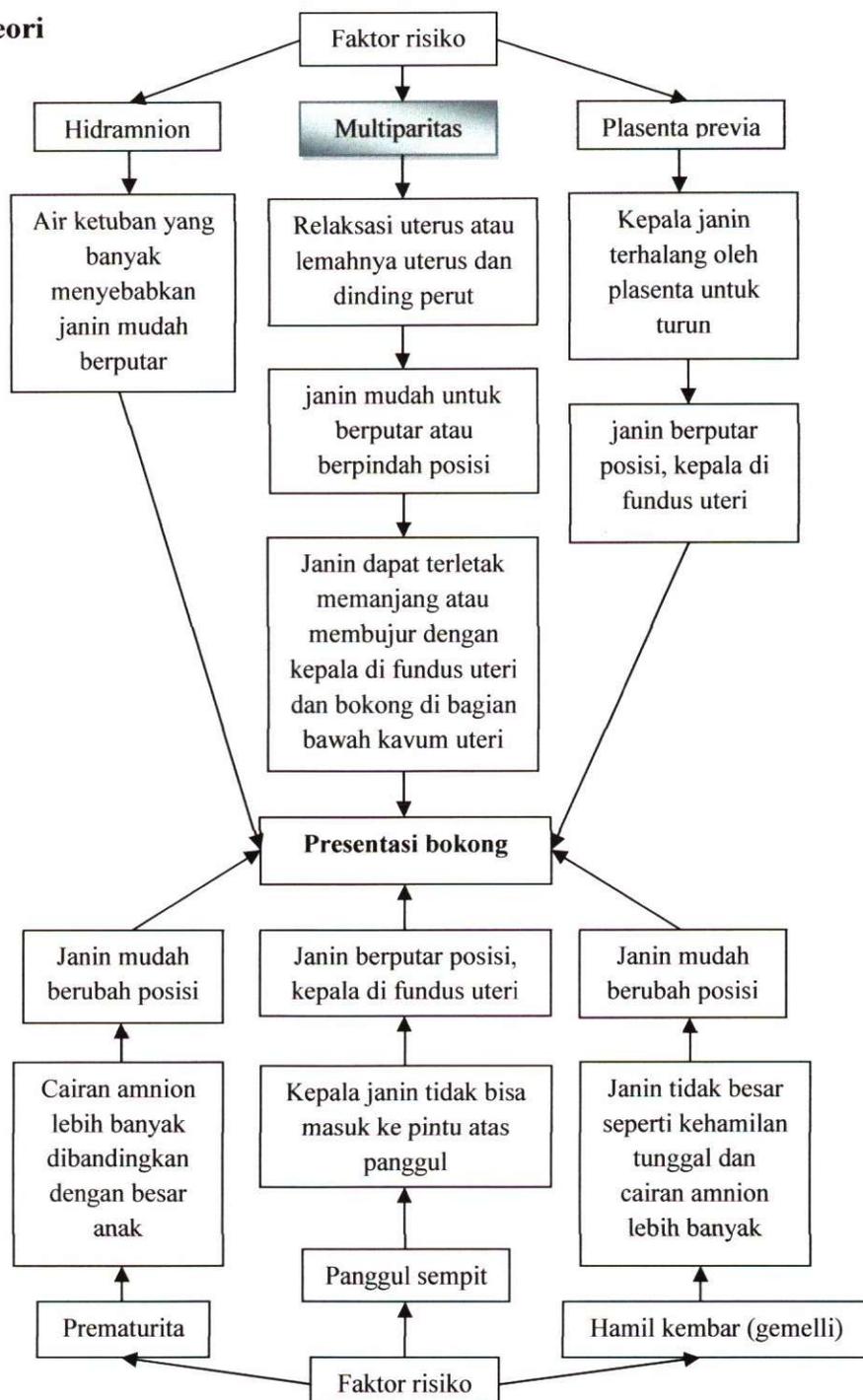
Menurut penelitian Schutte dkk. (1985), melaporkan bahwa pada analisa 57.819 kehamilan di Nederland, setelah dilakukan koreksi berdasarkan usia kehamilan, defek kongenital dan berat lahir, maka kematian perinatal lebih tinggi pada bayi-bayi dengan presentasi bokong daripada bayi dengan presentasi kepala. Mereka menyimpulkan bahwa hal ini mungkin bukan karena presentasi bokong secara kebetulan terjadi bersamaan dengan kualitas janin yang jelek, sehingga dalam hal ini intervensi medis tidak mungkin mengurangi mortalitas perinatal yang menyertai presentasi bokong sampai taraf mortalitas yang menyertai presentasi kepala. Kemungkinan bahwa presentasi bokong dapat menjadi suatu faktor untuk mengenali bayi yang abnormal, telah di duga sebelumnya oleh Hytten (1982), Suzuki dan Yamamuro (1985). Konsep ini diperkuat lagi dengan laporan dari Nelson dan Ellenberg (1986), yang meneliti bahwa sepertiga anak yang menderita *cerebral palsy* dan dilahirkan dengan presentasi bokong, ternyata mengidap malformasi non-serebral.

2.2. Multiparitas

Multiparitas adalah seseorang wanita yang telah menyelesaikan dua atau lebih kehamilan. Ini merupakan jumlah kehamilan yang melebihi viabilitas dan bukan jumlah janin yang dilahirkan yang menentukan paritas. Paritas tidak lebih besar kalau dilahirkan janin tunggal, kembar dua, atau kembar empat, juga tidak lebih rendah kalau janinnya lahir mati. Pada wanita yang multiparitas, kondisi uterus mengalami relaksasi atau lemahnya uterus dan dinding perut, sehingga dapat menyebabkan janin mudah untuk berputar atau berpindah posisi, dan mengakibatkan janin dapat terletak memanjang atau membujur dengan kepala di

fundus uteri dan bokong di bagian kavum uteri yang disebut presentasi bokong (Winkjosastro dkk, 2006 ; Winkjosastro dkk, 2010).

2.3. Kerangka Teori



Gambar 2.25. Kerangka Teori

Sumber : (Modifikasi Cunningham, 2005; Krisandi, 2005)

2.4. Hipotesis

Ada hubungan antara multiparitas dengan angka kejadian presentasi bokong pada ibu bersalin di bagian Obstetri dan Ginekologi Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. Jenis Penelitian

Hubungan multiparitas dengan angka kejadian presentasi bokong, jenis penelitiannya adalah suatu penelitian observasional analitik dengan desain (rancangan) *cross sectional* (Notoatmodjo, 2010).

3.2. Waktu dan Tempat Penelitian

3.2.1. Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan mulai minggu keempat bulan Desember 2011 sampai dengan minggu keempat bulan Januari 2012.

3.2.2. Tempat Penelitian

Penelitian dilaksanakan di Bagian Obstetri dan Ginekologi Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang, pemilihan lokasi ini dikarenakan akses menuju Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang yang mudah untuk dijangkau dan perolehan informasi yang lengkap dari pihak rumah sakit akan mudah untuk didapatkan, selain itu belum ada data serta penelitian mengenai hubungan multiparitas dengan kejadian presentasi bokong. Oleh sebab itu, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian di tempat tersebut.

3.3. Populasi dan Subjek/Sampel Penelitian

3.3.1. Populasi

A. Populasi Target

Semua ibu yang melahirkan atau bersalin di Bagian Obstetri dan Ginekologi Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang.

B. Populasi Terjangkau

Semua ibu yang melahirkan atau bersalin di Bagian Obstetri dan Ginekologi Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang dalam kurun waktu 1 Januari – 31 Desember 2011.

3.3.2. Sampel dan Besar Sampel

Sampel yang diambil adalah sebagian dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi. Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagian ibu bersalin di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang periode 1 Januari – 31 Desember 2011 dan memenuhi kriteria inklusi.

Jumlah sampel ditentukan dengan menggunakan rumus Issac dan Michael (Somantri, 2006) sebagai berikut.

$$s = \frac{\lambda^2 NP (1 - P)}{d^2(N - 1) + \lambda^2 P (1 - P)}$$

Keterangan:

s = ukuran sampel yang diperlukan

N = jumlah anggota populasi

P = proporsi populasi = 0,50

d = tingkat akurasi = 0,05

λ^2 = tabel nilai *chi-square* dengan tingkat kepercayaan 0,95 = 1,841

Sehingga besar sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut.

$$s = \frac{\lambda^2 NP (1 - P)}{d^2(N - 1) + \lambda^2 P (1 - P)}$$

$$s = \frac{1,841 \cdot 2787 \cdot 0,5(1 - 0,5)}{0,05^2 (2787 - 1) + 1,841 \cdot 0,5 (1 - 0,5)}$$

$$s = \frac{1282,71675}{6,965 + 0,46025}$$

$$s = \frac{1282,71675}{7,42525}$$

$$s = 176,750648 \text{ (dibulatkan menjadi 177)}$$

Agar jumlah sampel minimal tidak berkurang jika terjadi *drop out*, maka diperlukan penambahan subyek agar besar sampel terpenuhi dengan formula sebagai berikut (Madiyono dkk, 2008).

$$n_2 = \frac{n}{(1-f)}$$

Keterangan :

n_2 = besar sampel yang direncanakan untuk diteliti;

n = besar sampel minimal; dan

f = perkiraan proporsi *drop out* (10% atau 0,1).

Maka, jumlah sampel yang direncanakan untuk diteliti sebagai berikut.

$$n_2 = \frac{n}{(1-f)}$$

$$n_2 = \frac{177}{(1 - 0,1)}$$

$$n_2 = 196,6667 \text{ (dibulatkan menjadi 197)}$$

3.3.3. Kriteria Inklusi dan Eksklusi

A. Kriteria Inklusi

Karakteristik umum dari subyek penelitian pada populasi target dan populasi terjangkau pada penelitian ini sebagai berikut.

1. Ibu dengan kehamilan presentasi bokong, letak lintang, dan posisi janin normal
2. Ibu dengan status multiparitas maupun tidak
3. Janin hidup dan mati

B. Kriteria Eksklusi

Sebagian dari subyek yang tidak memenuhi kriteria inklusi pada penelitian ini sebagai berikut.

Ibu bersalin yang data rekapitulasi persalinannya tidak lengkap saat pengambilan data.

3.3.4. Cara Pengambilan Sampel

Sampel diambil dengan teknik sistematis (*systematic sampling*), yang dilakukan dengan cara menentukan lebih dahulu angka kelipatan (k). Angka kelipatan diperoleh dari jumlah populasi per jumlah sampel, dengan formula sebagai berikut (Sastroasmoro, Ismaeal, 2002; Notoatmodjo, 2010).

$$k = \frac{N}{n}$$

Keterangan :

k = angka kelipatan

N = jumlah populasi

n = jumlah sampel

Sehingga besar sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut.

$$k = \frac{N}{n}$$

$$k = \frac{2787}{197}$$

$$k = 14$$

Dibulatkan menjadi $k = 14$. Jadi dari seluruh data rekapitulasi persalinan yang didapat dalam satu tahun, untuk mengambil sampel sebanyak 197, sampel yang diambil yaitu nomor urut dengan kelipatan 14.

3.4. Variabel Penelitian

3.4.1. Variabel Bebas (*Independent Variable*)

Variabel yang menjadi penyebab timbulnya atau berubahnya, variabel terikat pada penelitian ini adalah multiparitas.

3.4.2. Variabel Terikat (*Dependent Variable*)

Variabel yang dipengaruhi atau menjadi akibat, variabel bebas pada penelitian ini adalah presentasi bokong.

3.5. Definisi Operasional

Batasan dalam istilah yang operasional untuk semua variabel yang ada dalam penelitian adalah sebagai berikut.

A. Umur Ibu

1. Definisi

Lama waktu hidup sejak lahir.

2. Alat ukur

Alat ukur variabel berupa buku rekapitulasi persalinan di Bagian Obstetri dan Ginekologi RSMP periode 1 Januari – 31 Desember 2011.

3. Cara ukur

Variabel diukur dengan cara melihat umur ibu di buku rekapitulasi persalinan.

4. Hasil ukur

Hasil pengukuran usia ibu berupa (BKKBN, 2007).

- a. Risiko tinggi : <20 tahun dan >35 tahun
- b. Risiko rendah : 20 – 35 tahun

B. Multiparitas

1. Definisi

Multiparitas adalah seseorang wanita yang telah menyelesaikan dua atau lebih kehamilan.

2. Alat Ukur

Alat ukur variabel berupa buku rekapitulasi persalinan di Bagian Obstetri dan Ginekologi RSMP periode 1 Januari – 31 Desember 2011.

3. Cara Ukur

Variabel diukur dengan cara melihat status paritas (P) dari G (gravida), P (paritas), A(abortus) pada buku rekapitulasi persalinan.

4. Hasil Ukur

Hasil pengukuran multiparitas berupa (Winkjosastro, 2006).

- a. Paritas (P) = ≥ 2 (multiparitas)
- b. Paritas (P) = < 2 (tidak multiparitas)

C. Usia Kehamilan

1. Definisi

Usia kehamilan adalah lamanya janin dalam kandungan.

2. Alat Ukur

Alat ukur variabel berupa buku rekapitulasi persalinan di Bagian Obstetri dan Ginekologi RSMP periode 1 Januari – 31 Desember 2011.

3. Cara Ukur

Variabel diukur dengan cara melihat status usia kehamilan saat persalinan di buku rekapitulasi persalinan.

4. Hasil Ukur

Hasil pengukuran usia kehamilan berupa (Meadow dan Newell. 2005).

- a. Preterm : usia kehamilan < 37 minggu
- b. Aterm : usia kehamilan 37-42 minggu
- c. Posterm : usia kehamilan > 42 minggu

D. Presentasi bokong

1. Definisi

Presentasi bokong merupakan keadaan dimana janin terletak memanjang atau membujur dengan kepala di fundus uteri dan bokong di bagian bawah kavum uteri.

2. Alat Ukur

Alat ukur variabel berupa buku rekapitulasi persalinan di Bagian Obstetri dan Ginekologi RSMP periode 1 Januari – 31 Desember 2011.

3. Cara Ukur

Variabel diukur dengan cara melihat diagnosis persalinan di buku rekapitulasi persalinan.

4. Hasil Ukur

Hasil pengukuran presentasi bokong bayi berupa (Cunningham dkk, 2005).

- a. Presentasi bokong (Presbo)
- b. Presentasi kepala (Preskep)
- c. Letak Lintang (Letli)

3.6. Cara Pengumpulan Data

Data pada penelitian diperoleh dari data sekunder, dimana perolehan data melalui catatan rekam medik persalinan di Bagian Obstetri dan Ginekologi RSMP periode 1 Januari – 31 Desember 2011.

3.7. Cara Pengolahan dan Analisis Data

3.7.1. Pengolahan Data

Data yang diperlukan dalam penelitian ini disajikan dalam bentuk tabel dan grafik, kemudian dilakukan penguraian secara tekstual. Kegiatan analisis data ini meliputi beberapa tahapan sebagai berikut.

A. Persiapan

Tahapan persiapan terdiri dari beberapa kegiatan yang dapat dilakukan sebagai berikut (Hastono, 2001).

1. *Editing* (pengolahan data), merupakan kegiatan untuk pengecekan isian *checklist*, apakah data yang telah ada sudah lengkap, jelas, relevan, dan konsisten.
2. *Coding* (pengkodean data), merupakan kegiatan merubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk bilangan atau angka. Kegunaannya adalah untuk mempermudah pada saat analisis data dan juga mempercepat pada saat *entry data*.
3. *Processing* (pemrosesan data), merupakan proses agar data dapat dianalisis yang dilakukan dengan cara *entry* (memasukkan) data dari tabel pokok ke dalam tabulasi.

4. *Cleaning* (pembersihan data), merupakan pengecekan kembali data yang sudah di *entry* masih terdapat kesalahan atau tidak

B. Aplikasi data

Analisis data pada penelitian ini menggunakan aplikasi pengolahan data secara komputerisasi dengan menggunakan program *Statistical Package for Social Science (SPSS) 18.0 for Windows Evaluation Version*.

3.7.2. Analisa Data

Hasil pengumpulan, analisis, dan pengumpulan data akan disajikan dalam bentuk tabel 2x2 disertai dengan penjelasannya. Selanjutnya akan dianalisis dengan metode *Chi-Square* dengan derajat kebebasan 1 dan tingkat kepercayaan $\alpha = 0,05$. Bila *p value* $\leq 0,05$ artinya ada hubungan yang bermakna (signifikan) antara variabel independen dengan variabel dependen dan bila *p value* $> 0,05$ berarti tidak ada hubungan yang bermakna.

Tabel 3.1. Rencana Tabel Hubungan Multiparitas dengan Presentasi Bokong

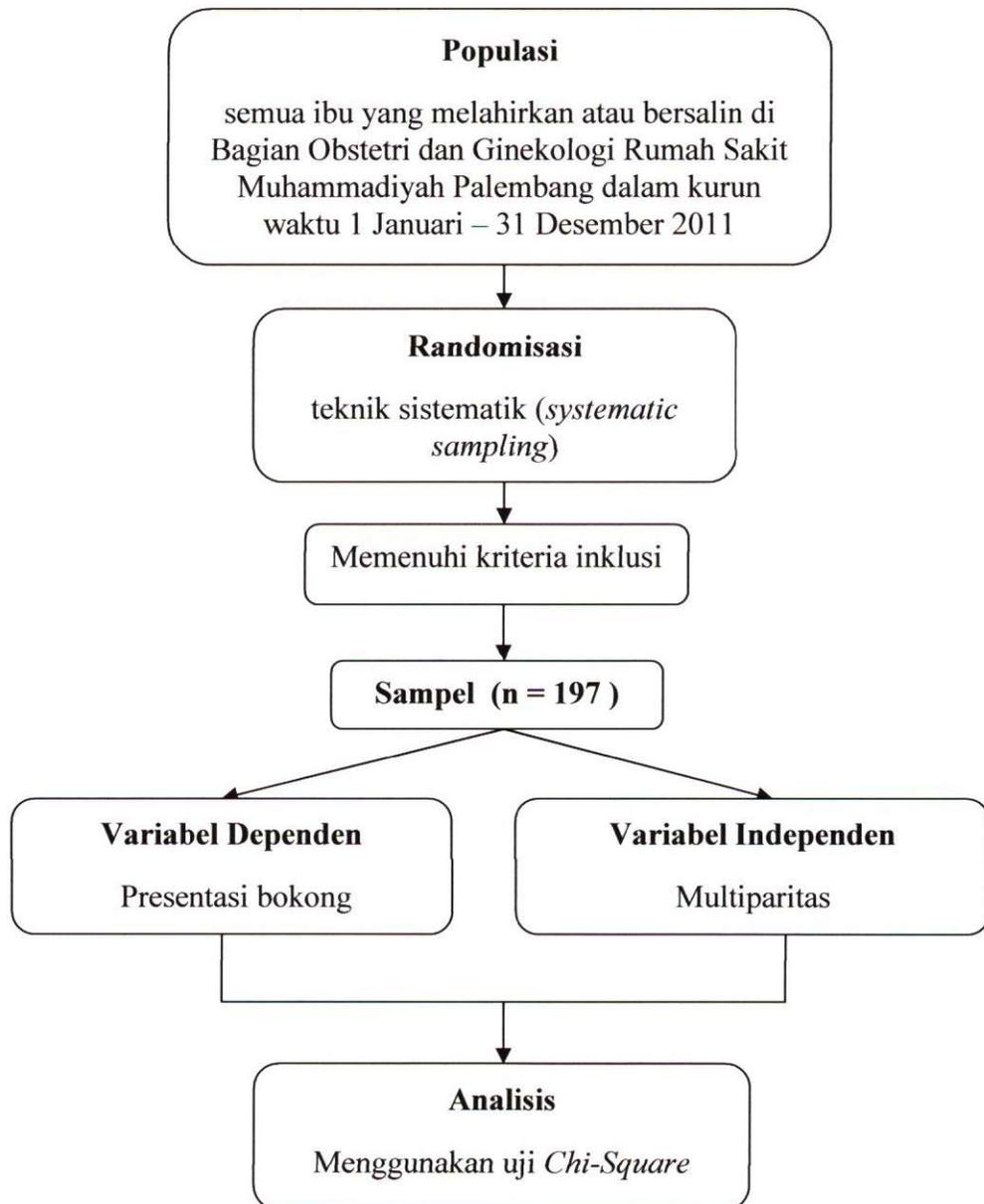
		Presentasi bokong		Total
		(+)	(-)	
Multiparitas	(+)	A	B	a+b
	(-)	C	D	c+d
Total		a+c	b+d	a+b+c+d

Sumber : (Sastroasmoro, 2008)

Keterangan :

- A : subyek dengan multiparitas yang mengalami presentasi bokong
- B : subyek dengan multiparitas yang tidak mengalami presentasi bokong
- C : subyek tanpa multiparitas yang mengalami presentasi bokong
- D : subyek tanpa multiparitas yang tidak mengalami presentasi bokong

3.8. Alur Penelitian



Gambar 3.1. Diagram Alur Penelitian Hubungan Multiparitas dengan Angka Kejadian Presentasi Bokong di Rumah Sakit Muhamadiyah Palembang.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Hasil Penelitian

Data penelitian diambil dari buku rekapitulasi persalinan pasien di bagian Obstetri dan Ginekologi Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang yang tercatat sejak 1 Januari 2011 sampai dengan 31 Desember 2011. Selama periode tersebut terdapat 2.787 persalinan di Bagian Obstetri dan Ginekologi Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang. Kemudian dilakukan penghitungan besar sampel dengan menggunakan teknik *systematic random sampling* serta memenuhi kriteria inklusi dan didapatkan sampel pada penelitian ini sebanyak 197 sampel.

4.1.1. Analisis Univariat

Analisis ini digunakan untuk memperoleh gambaran distribusi frekuensi dan persentase dari karakteristik ibu bersalin, meliputi umur ibu, jumlah paritas, usia kehamilan, dan diagnosa persalinan. Adapun analisis univariat masing-masing variabel tersebut sebagai berikut.

1. Umur Ibu

Berdasarkan umur ibu, dibagi menjadi tiga kategori yaitu umur <20 tahun, umur 20-35 tahun dan umur >35 tahun. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 4.1.

Tabel 4.1. Distribusi Frekuensi dan Persentase Menurut Umur Ibu

Umur Ibu (Tahun)	Frekuensi	Persentase (%)
<20	5	2,5
20-35	159	80,7
>35	33	16,8
Total	197	100

Sumber : (Data Sekunder)

Pada tabel 4.1 menunjukkan distribusi ibu bersalin berdasarkan umur ibu. Diketahui bahwa dari 197 ibu bersalin di Bagian Obstetri dan Ginekologi RSMP didapatkan 5 orang (2,5%) yang termasuk dalam kategori umur < 20

tahun, 159 orang (80,7%) yang termasuk dalam kategori umur 20 – 35 tahun dan 33 orang (16,8%) yang termasuk dalam kategori umur > 35 tahun.

2. Multiparitas

Berdasarkan jumlah paritas, dibagi menjadi dua kategori, yaitu multiparitas (≥ 2) dan tidak multiparitas (< 2). Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 4.2.

Tabel 4.2. Distribusi Frekuensi dan Persentase Menurut Jumlah Paritas

Paritas	Frekuensi	Persentase (%)
Multiparitas	60	30.5
Tidak Multiparitas	137	69.5
Total	197	100

Sumber : (Data Sekunder)

Pada Tabel 4.2 menunjukkan distribusi ibu bersalin berdasarkan jumlah paritas. Diketahui bahwa dari 197 ibu bersalin di Bagian Obstetri dan Ginekologi RSMP didapatkan ibu yang multiparitas lebih kecil, yaitu 60 orang (30,5%) bila dibandingkan dengan ibu yang tidak multiparitas yaitu sebanyak 137 orang (69,5%).

3. Usia Kehamilan

Berdasarkan usia kehamilan, dibagi menjadi tiga kategori yaitu, preterm (< 37 minggu), aterm (37-42 minggu), dan posterm (> 42 minggu). Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada Tabel 4.3.

Tabel 4.3. Distribusi Frekuensi dan Persentase Menurut Usia Kehamilan

Usia Kehamilan (minggu)	Frekuensi	Persentase (%)
Preterm (< 37)	14	7.1
Aterm (37-42)	159	80.7
Posterm (> 42)	24	12.2
Total	197	100

Sumber : (Data Sekunder)

Pada Tabel 4.3 menunjukkan distribusi ibu bersalin berdasarkan usia kehamilan. Diketahui bahwa dari 197 ibu bersalin di Bagian Obstetri dan Ginekologi RSMP didapatkan sebanyak 14 orang (7,1%) yang termasuk

dalam kategori usia kehamilan preterm dan 159 orang (80,7%) yang termasuk dalam kategori usia kehamilan aterm, sedangkan 24 orang (12,2%) untuk kategori usia kehamilan postterm.

4. Presentasi Bokong

Berdasarkan diagnosa persalinan, dibagi menjadi tiga kategori yaitu presentasi bokong, presentasi kepala (posisi janin normal) dan letak lintang. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 4.4.

Tabel 4.4. Distribusi Frekuensi dan Persentase Menurut Diagnosa Persalinan

Diagnosa Persalinan	Frekuensi	Persentase (%)
Presbo	42	21.3
Preskep	149	75.6
Letli	6	3.0
Total	197	100

Sumber : (Data Sekunder)

Pada tabel 4.4 menunjukkan distribusi ibu bersalin berdasarkan diagnosa persalinan. Diketahui bahwa dari 197 ibu bersalin di Bagian Obstetri dan Ginekologi RSMP didapatkan ibu yang melahirkan bayi dengan presentasi bokong, yaitu sebanyak 42 orang (21,3%), ibu yang melahirkan bayi dengan letak lintang yaitu 6 orang (3,0 %), sedangkan ibu yang melahirkan janin dengan presentasi kepala yaitu sebanyak 149 orang (75,6%).

4.1.2. Analisis Bivariat

Analisis ini digunakan untuk mengetahui hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen. Analisis hubungan antara variabel independen dan variabel dependen dalam penelitian ini menggunakan Uji *Chi Square*.

1. Hubungan Antara Multiparitas dengan Presentasi Bokong

Untuk mengetahui adanya hubungan antara variabel independen yaitu multiparitas dengan variabel dependen yaitu presentasi bokong. Hasil analisis dapat dilihat pada Tabel 4.5.

Tabel 4.5 Hubungan Antara Multiparitas dengan Presentasi Bokong

Multiparitas	Presentasi Bokong		Jumlah	OR	95% CI	p
	Ya	Tidak				
Ya	24 (40,0%)	36 (60,0%)	60 (100%)	4,407	2,154- 9,017	0,0005
Tidak	18 (13,1%)	119 (86,9%)	137 (100%)			
Jumlah	42 (21,3%)	155 (78,7%)	197 (100%)			

Berdasarkan tabel 4.5, menunjukkan bahwa dari kelompok yang melahirkan bayi presentasi bokong, ada sebanyak 40,0 % ibu yang multiparitas. Sedangkan pada kelompok yang melahirkan bayi presentasi bokong dengan ibu tidak multiparitas ada sebanyak 13,1 %.

Hasil Uji *Chi Square* memperoleh *p value* $(0,0005) < \alpha (0,05)$. Secara statistik hasil ini dapat diartikan bahwa ada hubungan bermakna antara multiparitas dengan presentasi bokong. Selain itu dari hasil analisis diperoleh $OR = 4,407$ (95% CI : 2,154 – 9,017), yang berarti ibu yang multiparitas merupakan faktor risiko yang kuat ($OR > 1$) yaitu mempunyai risiko 4,407 kali lebih besar untuk terjadinya presentasi bokong dibandingkan dengan ibu yang tidak multiparitas.

4.2. Pembahasan

4.2.1. Hubungan Multiparitas dengan Angka Kejadian Presentasi Bokong

Dari hasil penelitian analisis bivariat hubungan antara multiparitas dengan presentasi bokong, menunjukkan bahwa ibu multiparitas yang melahirkan bayi dengan presentasi bokong sebanyak 24 orang (40,0%) dan ibu tidak multiparitas yang melahirkan bayi dengan presentasi bokong sebanyak 18 orang (13,1%). Hal ini dapat disimpulkan bahwa presentasi bokong banyak terjadi pada ibu-ibu yang multiparitas dibandingkan dengan ibu tidak multiparitas. Hasil Uji *Chi Square* diperoleh *p value* $0,0005 < \alpha (0,05)$ dengan nilai $OR = 4,407$ (95% CI : 2,154 – 9,017) , secara statistik ini dapat diartikan bahwa ada hubungan bermakna antara multiparitas dan presentasi bokong, dan merupakan faktor risiko yang kuat untuk terjadinya

presentasi bokong, dimana ibu yang multiparitas mempunyai peluang 4,407 kali untuk melahirkan bayi dengan presentasi bokong dibandingkan dengan ibu yang tidak multiparitas.

Sejalan dengan hasil penelitian ini, hasil penelitian dari Avis (2008), juga menyimpulkan bahwa ada hubungan antara multiparitas dan presentasi bokong ($p\ value = 0,01$). Begitu pula dengan hasil penelitian Anggelawati (2010), diketahui bahwa multiparitas merupakan faktor risiko yang berpengaruh terhadap kejadian presentasi bokong.

Hasil statistik tersebut juga sesuai dengan teori yang menyebutkan bahwa status multiparitas ibu merupakan faktor risiko untuk terjadinya presentasi bokong, dikarenakan ibu-ibu dengan status multiparitas atau sudah pernah melahirkan sebanyak dua kali atau lebih, uterusnya mengalami relaksasi atau lemahnya uterus dan dinding perut yang menyebabkan janin mudah berputar atau berpindah posisi sehingga janin dapat terletak memanjang atau membujur dengan kepala di fundus uteri dan bokong di bagian kavum uteri yang disebut presentasi bokong.

Dari uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa hubungan antara multiparitas dengan angka kejadian presentasi bokong adalah terbukti dan merupakan faktor risiko yang kuat di Bagian Obstetri dan Ginekologi Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang.

4.3. Keterbatasan Penelitian

1. Penelitian ini menggunakan desain *cross sectional* atau potong lintang, dimana pada penelitian ini hanya terbatas mencari hubungan antara variabel independen (multiparitas) dengan variabel dependen (presentasi bokong) yang pengambilan datanya hanya dilakukan dengan melihat data sekunder dan dalam satu waktu, sehingga tidak dapat menggambarkan perkembangan variabel dependen (presentasi bokong) secara akurat.
2. Karena keterbatasan waktu dan biaya, peneliti hanya berhasil mengumpulkan jumlah sampel minimal dalam penelitian ini yaitu 197 sampel.

3. Terdapat banyak faktor lain, seperti hidramnion, plasenta previa, prematuritas, panggul sempit dan hamil kembar (gemelli). Sedangkan peneliti tidak memasukkan faktor tersebut dalam variabel penelitian dikarenakan keterbatasan waktu. Hal ini menyebabkan penelitian ini belum bisa menggambarkan secara pasti faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian presentasi bokong pada ibu hamil.



BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1. Kesimpulan

Dari hasil penelitian yang dilakukan di Bagian Obstetri dan Ginekologi Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang tentang Hubungan Multiparitas dengan Angka Kejadian Presentasi Bokong periode 1 Januari – 31 Desember 2011, dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut.

1. Ada hubungan yang bermakna antara multiparitas dan angka kejadian presentasi bokong di Bagian Obstetri dan Ginekologi Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang periode 1 Januari – 31 Desember 2011 (*p value* = 0,0005, OR = 4,407, CI : 2,154 – 9,017), dengan demikian dapat dikatakan bahwa ibu dengan status multiparitas mempunyai risiko 4,407 kali lebih besar untuk melahirkan bayi dengan presentasi bokong dibandingkan dengan ibu yang tidak multiparitas.
2. Frekuensi kejadian presentasi bokong di Bagian Obstetri dan Ginekologi Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang periode 1 Januari – 31 Desember 2011 sebesar 21,3 %.
3. Gambaran distribusi frekuensi dan persentase dari karakteristik ibu bersalin berdasarkan umur ibu yang terbanyak adalah kategori umur 20 – 35 tahun (risiko rendah) yaitu sebanyak 159 orang (80,7%). Berdasarkan jumlah paritas yang terbanyak adalah ibu yang tidak multiparitas, yaitu sebanyak 137 orang (69,5%). Berdasarkan usia kehamilan yang terbanyak adalah usia kehamilan aterm, yaitu sebanyak 159 orang (80,7%). Berdasarkan diagnosa persalinan yang terbanyak adalah presentasi kepala, yaitu sebanyak 149 orang (75,6%).

5.2. Saran

1. Masyarakat

Masyarakat terutama para ibu hamil hendaknya diberi informasi mengenai faktor – faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya kehamilan presentasi bokong terutama pada ibu yang multiparitas.

2. Pemerintah

Mengantisipasi kejadian presentasi bokong pada ibu-ibu dengan status multiparitas dengan dilakukan penyuluhan bagi calon ibu untuk meningkatkan kesadaran dalam melakukan pemeriksaan *antenatal care* secara teratur dan terarah sehingga risiko presentasi bokong dapat ditangani sedini mungkin.

3. Tenaga Medis

Melakukan penanganan dan deteksi dini terhadap ibu hamil dengan faktor risiko presentasi bokong dengan *follow up* teratur dan memberikan anjuran seperti sering sujud sehingga posisi janin dapat berputar ke posisi normal.

4. Peneliti Selanjutnya

a. Penelitian tentang presentasi bokong hendaknya terus dilaksanakan, terutama untuk faktor-faktor lain yang dapat mempengaruhi terjadinya presentasi bokong, karena semakin dalam pengetahuan tentang kehamilan dengan presentasi bokong, akan semakin baik pula upaya pencegahan yang dapat dilakukan.

b. Faktor risiko multiparitas sebaiknya dibuat kategori yang lebih jelas antara multiparitas itu sendiri ataupun grandemultipara, agar lebih akurat diketahui faktor risiko mana yang lebih berperan.

c. Sampel yang ada di Rumah Sakit belum tentu mewakili populasi suatu daerah, sehingga untuk penelitian selanjutnya bisa diambil sampel yang mewakili populasi dalam suatu daerah tertentu.

DAFTAR PUSTAKA

- Anggelawati, M. 2010. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Terjadinya Presentasi Bokong di RSMH Tahun 2010. Karya Tulis Ilmiah, Akademi Keperawatan Muhammadiyah Palembang (tidak dipublikasikan),hal.v.
- Angsar, M.D., Setjalilakusuma L. 2010. Persalinan Sungsang. Dalam : Winkjosastro, H (Editor). Ilmu Bedah Kebidanan (hal. 104-122). Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta, Indonesia.
- Arulkamaran, S. 2007. Malpresentation, malposition, cephalopelvic disproportion and obstetric procedures. Dalam : Prawirohardjo, S (Editor). Ilmu Kebidanan (hal. 205-213). PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta, Indonesia.
- Avis, C.A. 2008. Hubungan Multiparitas dengan Angka Kejadian Letak Sungsang di Bagian Obstetri dan Ginekologi RSMH Tahun 2008. Skripsi, Jurusan Pendidikan Dokter Umum Universitas Sriwijaya (tidak dipublikasikan), hal.v.
- Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional. 2010. Direktorat Kelangsungan Hidup Ibu, Bayi dan Anak, Jakarta.
- Benson,W.L., Boyce, D.C., and Vaughan D.L. 1972. Breech delivery in the primigravida. *Obstetrics and Gynaecology*. 40:417.
- Collea, J.V.1987. *Obstetric and Gynaecologic Diagnostic and treatment: "Malpresentation and Cord Accident"*. Los Angeles, United States.
- Cunningham, F.G., dkk. 2005. *Obstetri Williams : "Presentasi Bokong dan Pelahiran Sungsang"* (edisi ke-21). Terjemahan oleh : Hartono, Suyono, Pedit. EGC, Jakarta, Indonesia, hal. 559-590.
- Gabbe, S.G., Niebyl, J.R., and Simpson, J.L. 2000. *Obstetrics normal and problem pregnancies : " Malpresentation"* (3th ed.). Churchill Livingstone, New York, hal 121-190.
- Giuliani, A, et al. 2002. Mode of delivery and outcome of 699 term singleton breech deliveries at a single center. *American Journal Obstetrics and Gynecologi*, hal 187.
- Hastono, S.P. 2001. *Modul Analisa Data*. Fakultas Kesehatan Masyarakat UI, Jakarta, Indonesia, hal. 1-2.

- Hyttén, F.E. 1982. Breech Presentation: "Is it a bad omen?". *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 89: 879.
- Krisandi, R.S. 2005. Letak Sungsang. Dalam: Sastrawinata, Martaadisoebrata, Wirakusumah (Editor). *Obstetri Patologi* (hal. 169-185). EGC, Jakarta, Indonesia.
- Liu, D dan Loughna, P. 2008. Manual Persalinan: "Presentasi Bokong" (edisi ke-3). Terjemahan oleh : Ayu, N.M.S., EGC, Jakarta, Indonesia, hal. 269-282.
- Madiyono, B., dkk. 2008. Dalam: Sastroasmoro, S., Ismael S. Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis: "Perkiraan Besar Sampel". Edisi ke-3. Sagung Sato, Jakarta, Indonesia, hal. 315, 327.
- Mansjoer, A, dkk. 2001. Kapita Selekta Kedokteran : "Letak Sungsang" (edisi ke-3). Media Aesculapius, Jakarta, Indonesia, hal. 302-338.
- Manuaba, I.B. 2001. Operasi Kebidanan Kandungan dan KB untuk Dokter Umum: "Persalinan Sungsang". EGC, Jakarta, Indonesia, hal. 174-201.
- Manuaba, I.B.G., Manuaba, I.A.C., Manuaba, I.B.G.F. 2007. Pengantar Kuliah Obstetri: "Persalinan Letak Sungsang". EGC, Jakarta, Indonesia, hal. 749-757.
- Martohoesodo, S., Hariadi R. 2002. Ilmu Kebidanan: "Distosia karena kelainan letak serta bentuk janin" (edisi ke-3). Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta, Indonesia, hal. 595-636.
- Meadow, S.R., Newell, S.J. 2005. Lecture Notes : Pediatrika : "Gangguan pada bayi baru lahir". Terjemahan oleh : Hartini, K., Rachmawati, A.D. Penerbit Erlangga, Jakarta, Indonesia, hal. 69-80.
- Mochtar, R. 1998. Letak Sungsang. Dalam : Lutan, D (Editor). Sinopsis Obstetri (hal. 350-365). EGC, Jakarta, Indonesia.
- Nelson, K.B., Ellenberg J.H. 1986. Antecedents of cerebral palsy: "Multivariate analysis of risk". *N England Journal Medical* 315:81.
- Norwitz, E.R., dan Schorge, J.O. 2008. At a Glance OBSTETRI DAN GINEKOLOGI : "Persalinan dan kelahiran abnormal " (edisi ke-2). Terjemahan oleh : Safitri, A, Astikawati, R. Penerbit Erlangga, Jakarta, Indonesia, hal. 124.
- Notoatmodjo, S. 2010. Metodologi Penelitian Kesehatan: "Penelitian Kesehatan". Rineka Cipta, Jakarta, Indonesia, hal.24-34.

- Notoatmodjo, S. 2010. Metodologi Penelitian Kesehatan: "Metode Pengambilan Sampel". Rineka Cipta, Jakarta, Indonesia, hal.115-130.
- Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang. 2011. Laporan Ranking Penyakit: "Seluruh Paviliun dan Seluruh Jenis Pasien". Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang, hal.1.
- Saifuddin, A.B. 2010. Objek persalinan. Dalam : Winkjosastro, H (Editor). Ilmu Bedah Kebidanan (hal. 11-18). Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta, Indonesia.
- Sastroasmoro, S. 2008. Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis: "Pemilihan Subyek Penelitian". Edisi ke-3. Sagung Sato, Jakarta, Indonesia, hal. 78-91.
- Schutte, M.F., dkk. 2006. Perinatal mortality in breech presentations as compared to vertex presentations in singleton pregnancies. Dalam : Cunningham, dkk (Editor). Obstetri Williams (hal. 563). EGC, Jakarta, Indonesia.
- Schutte, M.F., et al. 1985. Perinatal mortality in breech presentations as compared to vertex presentations in singleton pregnancies. Europe Journal Obstetrics and Gynecology Reprod Biol 19: 391.
- Siswishanto, R. 2010. Malpresentasi dan Malposisi. Dalam : Prawirohardjo, S (Editor). Ilmu Kebidanan (hal. 581-598). PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta, Indonesia.
- Somantri, A. Dan Muhidin, S.A. 2006. Aplikasi statistika dalam penelitian. Pustaka Setia, Bandung, Indonesia, hal.101-102.
- Supono. 1985. Ilmu Kebidanan bagian patologi: "Letak Sungsang". Bagian Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya, Palembang, Indonesia, hal. 365-373.
- Suzuki, S., Yamamuro, T. 1985. Fetal movement and fetal presentation. Dalam : Cunningham, dkk (Editor). Obstetri Williams (hal. 563). EGC, Jakarta, Indonesia.
- Syamsuddin, K.A. 2010. Kedudukan Janin Intrauterin. Dalam : Prawirohardjo, S (Editor). Ilmu Kebidanan (hal. 205-213). PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta, Indonesia.
- Winkjosastro, H. 2002. Ilmu Kebidanan: "Patologi Persalinan dan Penanganannya" (edisi ke-3). Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta, Indonesia, hal. 607-622.

Winkjosastro, H, dkk. 2006. Ilmu Kebidanan: “Letak Sungsang” (edisi ke-6).
Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta, Indonesia, hal. 606-
622.



ID #	RM #	NAMA PASIEN	JK	UMUR	TANGGAL KELUAR	JENIS PASIEN	KELAS	LAMA RAWAT (Hr)	STATUS	DIAGNOSA	ALAMAT
571192	00.05.99	INDRA SARI	P	22 TH	31/12/2010	JAMKESMAS	III-B	4	Hidup	KPD Sectio Caesaria	PANTI REHABILITASI PR PGOT JL P AYIN NO 08
571539	00.06.69	IRAWATI	P	35 TH	29/12/2010	JAMSOSTEK	III-A	2	Hidup	Abortus Incomplete/ Complete	JL BATU JAJAR GANG JAMBU RT 020 RW 007
571558	00.06.76	NELLY NOPRIANTI	P	37 TH	29/12/2010	JAMKESMAS	III-B	2	Hidup	Partus spontan tunggal Fetal death of unspecified cause	KEL SUKARAMI KEC SUKARAMI JL P SIDA ING LAUTAN LR MANGGIS NO 87 RT 4 KEL 36 ILIR KEC GANDUS
571741	00.07.48	BAYA	P	45 TH	29/12/2010	JAMSOSKES	III-B	2	Hidup	Pre Eclampsia berat Partus spontan tunggal	DUSUN 01 DESA SUNAGI BUAYA
571742	12.72.42	NOVA ARIANI	P	31 TH	30/12/2010	JAMSOSKES	III-B	3	Hidup	Pre Eclampsia berat Partus spontan tunggal	JLN YASIN SALMAN GG ABDUL SOMAD
571744	00.07.49	EMAWATI	P	27 TH	30/12/2010	JAMSOSKES	III-B	3	Hidup	Postdatism Partus spontan tunggal Fetal death of unspecified cause	LR KEDEMANGAN RT 37/10
571812	00.07.37	SUHARTI	P	32 TH	31/12/2010	JAMSOSKES	III-B	3	Hidup	Bartholinitis	JL KARYA JAYA LR LOSARI III RT 054 RW 006
571834	00.07.65	ELI	P	23 TH	29/12/2010	UMUM	III-A	1	Hidup	Abortus Incomplete/ Complete	KEL LEBUNG GAJAH KEC SEMATANG BORANG JL SUKA MULIA RT 01 RW 01 KEL TALANG
571862	14.13.53	ENI HARTATI	P	42 TH	30/12/2010	JAMSOSTEK	III-A	2	Hidup	Myoma Uteri	BETULI JL KAPT. ROBANI KADIR NO. 82
571863	20.81.37	amalia masyitoh	P	30 TH	31/12/2010	JAMSOSTEK	III-A	3	Hidup	Infection of obstetric surgical wound	jl kh wahid hasyim lr syailendra
572239	17.16.53	BINTANG MAHARANI	P	27 TH	01/01/2010	JAMSOSTEK	III-A	-361	Hidup	Letsu Sectio Caesaria	KOMP GRIYA ASRI MANDIRI HM 8 BLOK 03
572368	00.08.68	MINALIA RAHAYU	P	35 TH	31/12/2010	JAMKESMAS	III-B	3	Hidup	Sectio Caesaria Kontasepsi M O W - M O P	JL KH AZHARI LR SEI AUR NO 807 RT 028 RW 006 KEL 9/10 ULU KEC SEB ULU II PLG
572422	00.08.89	SULASMI	P	28 TH	31/12/2010	JAMSOSKES	III-B	3	Hidup	Partus spontan tunggal	JL SUKA BAKTI I SUKAWINATAN RT 52 RW7 KEL SUKA JAYA KEC SUKARAMI PLG
572487	00.09.21	DIAN	P	25 TH	31/12/2010	UMUM	III-A	2	Hidup	Dyspepsia Partus Prematurus/PPI	JLN RADIAL RT 03
572496	00.09.25	YUSMARINI	P	31 TH	31/12/2010	UMUM	III-A	2	Hidup	Periksa Kehamilan Normal	JLN TALANG KERANGGA LR SUKA DAMAI NO 672
572642	00.09.47	LENI M	P	35 TH	31/12/2010	JAMKESMAS	III-B	2	Hidup	Abortus Incomplete/ Complete	JL R. E NATADINATA LR SATRIA RT37 RW01
573174	18.53.32	FITRIYANTI	P	33 TH	02/12/2010	JAMSOSTEK	III-A	-28	Hidup	Partus spontan tunggal	JL SENTOSA LR MEGA MENDUNG NO 1470 RT 33 RW-009

Total : 5008 Pasien

NO	DIRUMAH	NAMA PASIEN	JK	UMUR	TANGGAL KELUAR	JENIS PASIEN	KELAS	RAWAT (Hr)	STATUS	DIAGNOSA	ALAMAT	
:+03	744212	04.47.17	RITA	P	34 TH	19/12/2011	JAMPERSAL	III-B	3	Hidup	Letsu Sectio Caesaria	PERUM GRIYA ASRI BLOK N NO 44 RT 06 RW 02
:+03	744242	04.47.24	RIYAN	P	26 TH	18/12/2011	JAMPERSAL	III-B	2	Hidup	Partus spontan tunggal	JL DR M ISA LR SWADAYA NO 752 RT11/03 KEL
:+03	744312	04.30.54	JUAIIRAH	P	39 TH	18/12/2011	JAMSOSKES	III-B	2	Hidup	Kontasepsi M O W - M O P	KUTO BATU JL SAPTA MARGA LR. LANGGAR RT.38 RW.09
:+03	744340	04.22.54	SRI YATUN	P	34 TH	17/12/2011	JAMKESMAS	III-B	1	Hidup	Abortus Incomplete/ Complete	KEL BUKIT SANGKAL JLN SUTAN SYARRIF LR MASJID NO 1642 RT
:+03	744356	04.47.41	MUZILA	P	22 TH	17/12/2011	UMUM	III-A	1	Hidup	Placenta praevia	14/04 DS RAMBUTAN KEC PLAJU
:+03	744579	04.48.44	RITA PUPINA	P	20 TH	19/12/2011	JAMPERSAL	III-B	2	Hidup	Partus spontan tunggal	JLN KOPR PAIMAN LRG HARAPAN NO 36 RT
:+03	744593	04.48.51	siti putri yana	P	28 TH	19/12/2011	UMUM	III-B	2	Hidup	Blighted Ovum	13/04 KEL BAGUS KUNING PLAJU jl Ta abu samah gang manggis
:+03	744610	04.48.64	suprihatin	P	31 TH	19/12/2011	UMUM	III-A	2	Hidup	Abortus Incomplete/ Complete	talang pete rt 14 no 736
:+03	744620	04.48.70	dina	P	22 TH	19/12/2011	UMUM	III-B	2	Hidup	KPD Partus spontan tunggal	jl banten 3 rt

Total : 3606 Pasien

Selasa, 20/12/2011 - 10:52:55

RS. MUHAMMADIYAH PALEMBANG

JL. AHMAD YANI 13 ULU KEC SU II PALEMBANG , TELP. 0711-511446

LAPORAN RANGKING PENYAKIT (Seluruh Paviliun dan Seluruh Jenis Pasien)

Tanggal : 01/01/2010 s/d 31/12/2010

ICD	Penyakit	Jumlah
O.80.\--	Partus spontan tunggal	2069
P.03 .4 \-	Bayi lahir dg SC	2025
O.82.\-	Sectio Caesaria	2011
Z.37 .0\-	Bayi lahir spontan tunggal	1954
A.09.\-	GEA	1410
D.21 .9\-	Tumor Soft Tissue	916
A.91.\-	D H F	781
A.01.0\--	Typhoid Fever	752
A.15.\--	T B Paru	611
K30	Dyspepsia	587
H.25.\-	Katarak	566
I.64.\--	Stroke	537
O.06.\-	Abortus Incomplete/ Complete	500
D.24.\-	Fibroadenoma mammae	388
I.10.\-	Hypertensi Essensial	372
J.03.\-	Tonsilitis acute	321
R.56 .0\-	Febral convulsion	271
K.29.\-	Gastritis	268
K.30.\--	Dyspepsia	268
I.11.0\--	HHD With Heart Failure (replace with ID 890)	263
H.81.\-	Vertigo	243
A.01 . \-	Demam Tifoid	232
K.40.\-	Hernia Inguinalis L/M	226
J. 18.0\-	Bronchopneumonia	223
R.50.\-	Observasi febris	222
I.50 . \-	Decompensatio cordis	205
S.06 .2\-	C K B(cidera otak berat)/Contusion,Laceration	189
D.25 .9\-	Myoma Uteri	186
I.11.9\-	HHD Without Heart Failure	185
J.01.\-	Sinusitis acute	182
O.60.\--	Partus Prematurus/PPI	182
S.06 .0\-	C K R (Cidera Otak Ringan)/Concussion(commotio c)	178
N.83.\-	Cyste ovarii	174
K.40 .2\-	Hernia Inguinal Bilateral	171
D07.5	Prostate	164
O.14 .1\-	Pre Eclampsia berat	159
J.00 . \-	ISPA	149
H11.0	Pterygium	144
O.42.\-	KPD	140
Z.30 .2\-	Kontasepsi M O W - M O P	135
N.92.\-	Meno - Metrorrhagia	133
R.10 .4\-	Colic Abdomen	131
E.04 .2\-	Struma multinodosa nontox	127
B.18.\-	Hepatitis kronis	121
I64	Stroke, not specified as haemorrhage or infarction	121
A01.0	Typhoid fever	120
O.83.\--	Partus Bracht	119
S.06.\-	Commotio - Contusio cereb (Cidera Kepala)	118

ICD	Penyakit	Jumlah
K.35.\-	Appendicitis	117
R.07 .4\--	Chest Pain	116
D.64 .9\-	Anemia	113
O.64.\-	Letsu	104
E.11.\-	DM tak tergantung Insulin	99
P.03.\-	Bayi partus pathologis	98
S72.9	Fracture of femur, part unspecified	97
N.04.\-	Nephrotic syndrome	96
J.45.\-	Asthma bronchiale	96
I.84.\-	Haemorroid	91
O.21.\-	Hyperemesis Gravidarum	91
I.11.\-	Hypertensi Heart Disease	87
J.45 .9\-	Asthma	85
E.10.\-	DM tergantung insulin	82
M79.9	Soft tissue disorder, unspecified	75
O.81.\-	Partus Forceps/Vacum	72
D.27.\-	Tumor Ovari	71
E.86.\-	Dehidrasi	69
Z.35.\-	Periksa Kehamilan Resiko	68
N.18.9\-	CRF (Chronic Renal Failure), unspesified	67
E23.2	Diabetes insipidus	66
B.15.\-	Hepatitis A acute	63
O.33.\-	CPD	63
S.72.\-	Fr Femur	63
S.06.5\-	SDH (Traumatic Subdural Haemorrhage)	62
D.18 .\-\-	Haemangioma	62
G.40.\-	Epilepsy	61
N.23.\-	Colic renal	60
O.44.\-	Placenta praevia	59
C.50.\-	Ca Mamae	58
P.03 .3\-	Bayi lahir dg vaccum	57
R.51.\-	Cephalgia	56
O.00.\-	KET	56
O.72.\-	HPP	55
O.01.\-	Mola hydatidosa	54
K.45.\-	Hernia Abdominal sciatic	53
H.11 .0\-	Pterygium (mata)	52
J.44 .9\-	PPOM (Peny. Paru Obstructiv Menahun)	50
E. 14.5\-	DM Gangrene	50
Z.37 .2\-	Bayi lahir spontan kembar	50
R.33.\-	Retensio urine	49
O.02 .0\-	Blighted Ovum	48
D. 13. 1\-	Tumor Abdomen/ Stomach	48
E.14.\-	DM tidak spesifik	47
I.25.\-	ASHD	47
D64.9	Anaemia, unspecified	46
J.20.\-	Bronchitis acute	44
J.33.\-	Polip nasi	43
J.35.0\-	Tonsillitis Chronic	43
T.60 . \-\-	Intoxicasi Pestisida	43
Z.34.\-	Periksa Kehamilan Normal	41
R.18.\-	Ascites	41
K52.0	Gastroenteritis and colitis due to radiation	39
K.80.\-	Cholelithiasis	39
K91.0	Vomiting following gastrointestinal surgery	38
N.92.1\-	Melaena	38

ICD	Penyakit	Jumlah
O.73.\-	Retensio placentae	38
K.35 .9\-	Appendicitis Akut	37
G.03 .9\-	Meningitis	37
C.22 .0\-	Hepatoma	37
O24.4	Diabetes mellitus arising in pregnancy	36
O.63.\-	Partus Lama	36
N.18.\-	CKD / CRF	36
N.21.\-	Batu buli-buli	34
D.11 .7\-	Tumor Submandibula	34
I.21.\-	IMA	33
I.13.\-	Hypertensi Heart & Renal Disease	32
M.67 .4\-	Ganglion	32
O.13.\-	Pre Eclampsia ringan	32
M.54 .5\-	L B P	31
M.86.\-	Osteomyelitis	31
O99.0	Anaemia complicating pregnancy, childbirth and the puerperium	31
S06.10	Traumatic cerebral oedema , without open intracranial wound	30
N.75.\-	Bartholinitis	29
L.03.\-	Cellulitis	28
I.11.0\-	HHF (Hypertensi Heart Failure)	28
A.54 . \--	AFF PLAT (tidak dipakai)	27
N.20.0\-	Nephrolithiasis	27
O.84 .0\-	Partus Gemeli Spt	26
D10.4	Tonsil	26
J.90.\-	Pleural effusion	26
K.65.\-	Peritonitis	25
K.3 5.0\--	Appendicitis Perforasi	24
I.25.2\--	OMI	24
A.41 .9\-	Septic Shock	24
P.07 .3\-	Bayi Prematur	24
N.41.\-	Prostatitis	23
C.53.\-	Ca Cervix uteri	23
I.43.8\-	Thyroid Heart Disease	23
T.42.\-	Intoxicasi Sedative	23
I.15.\-	Hypertensi Seconder	22
J.41.\-	Bronchitis chronis	22
B.50.\-	Malaria tropica(falciparum)	22
B.05.\--	Morbili	22
N.10.\-	Pyelonephritis Akut	22
M.32.\-	S L E	22
O.33 .9\-	Parus dg SC - Kepala letak lintang	21
H28.2	Cataract in other diseases classified elsewhere	21
H26.9	Cataract, unspecified	20
B53.1	Malaria due to simian plasmodia	20
O24.9	Diabetes mellitus in pregnancy, unspecified	20
N.30.\--	Cystitis	20
N16.0..	Renal tubulo-interstitial disorders in infectious and parasitic diseases classified elsewhere (A23.1+) Brucellosis due to Brucella abortus	20
T.40 . \-	Intoxicasi Narcotica	20
E.04 .1\-	Struma uninodusa nontoxic	19
K.74.\-	Cirrhosis hepatis	19
I.211.\-	IMA Inferior	18
N.81 .\-	Prolapsus uteri	18
O.36 .4\-	IUFD (Abortus Insipien)	18

ICD	Penyakit	Jumlah
K56.7	Ileus, unspecified	18
R06.0	Dyspnoea	18
O.36 .6\	Partus dg sc krn bayi besar	17
O.15.\	Eclampsia	17
M.06.\	Rheumatoid arthritis	16
R04.0	Epistaxis	16
S.81.\	Vulnus app. Genu - cruris	16
S.42 .0\	Fr Clavikula	16
J.13.\	Pneumonia	16
D.17.\	Lipoma	16
E.41.\	Marasmus	16
A.90.\	Dengue Fever (Classical dengue)	16
I20.0	Unstable angina	15
I.20.\	Angina Pectoris	15
I.51.8\	CHD (Chronic Heart Disease)other Complikasi HD	15
H.40.\	Glaucoma	14
J.02.\	Pharyngitis acute	14
K.60.3\	Fistula Anal	14
D.14 .3\	Tumor Paru	14
E.11.2\	DM dg Nephopathy Diabetic	14
S.42 .0\0-	Fr Clavikula (close)	14
S.61.\	Vulnus app. Manus	14
S.01.\	Vulnus app. Kepala	14
T.30 .1\	KP (tidak dipakai)/replace with ID.173/A. 15	14
T.34 . \	Intoxicasi Analgesia	13
S.31.\	Vulnus app. abdomen-pelvis	13
O86.0	Infection of obstetric surgical wound	13
N.40.\	B P H	13
E.11.1\	DM dg KAD	13
B.51.\	Malaria tertiana(vivax)	13
K.92.0\	Haematemesis	13
K.72.\	Hepatic failure	12
K.42.\	Hernia Umbilicalis	12
K.11 .2\	Parotitis	12
J68.0	Bronchitis and pneumonitis due to chemicals, gases, fumes and vapours	12
G.81.\	Hemiplegia	12
I.12.\	Hypertensi Renal Disease	12
A.55.\	TRAUMA ABDOMEN (tidak dipakai)	12
F50.5	Vomiting associated with other psychological disturbances	12
K92.1	Melaena	12
R02	Gangrene, not elsewhere classified	12
S.82.3\	Fr Cruris 1/3 Distal (Open)	12
S82.41	Fracture of fibula alone, closed	11
S.42 .2\	Fr Humerus	11
S.52 .2\0-	Fr Antebrachii (close)	11
O.70.\	Ruptur Perinei	11
L.97.\	Ulcus Pedis	11
O.05 .0\	Abortus Infeciosus	11
O.32.\	Kelainan letak	11
N.43.\	Hydrocele	11
D47.9	Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of lymphoid, haematopoietic and related tissue, unspecified	11
A.18 .2\	T B Lymphadenitis	11
B.01.\	Varicella	11
A.19.\	T B Milier	10
C.181.\	Ca Rectum	10



LAMPIRAN 4

RS. MUHAMMADIYAH PALEMBANG

JL. AHMAD YANI 13 ULU KEC SU II PALEMBANG , TELP. 0711-511446

1 Januari - 31 Desember 2011

ICD	Nama	TOTAL
P.03 .4 \-	Bayi lahir dg SC	2778
O.82.\-	Sectio Caesaria	2433
O.80.\-	Partus spontan tunggal	2378
Z.37 .0\-	Bayi lahir spontan tunggal	2258
A.09.\-	GEA	1960
K30	Dyspepsia	1229
D.21 .9\-	Tumor Soft Tissue	1104
O.33.\-	CPD	839
O.42.\-	KPD	780
H.25.\-	Katarak	771
O.14 .1\-	Pre Eclampsia berat	729
A.01.0\-	Typhoid Fever	693
A.15.\-	T B Paru	692
O.06.\-	Abortus Incomplete/ Complete	641
I.64.\-	Stroke	612
A.91.\-	D H F	606
I.10.\-	Hypertensi Essensial	601
O.64.\-	Letsu	478
O.48.\-	Postdatism	460
I.11.0\-	HHD With Heart Failure (replace with ID 890)	452
J.03.\-	Tonsillitis acute	373
D.24.\-	Fibroadenoma mammae	360
K.30.\-	Dyspepsia	340
I.50 . \-	Decompensatio cordis	329
A.01 . \-	Demam Tifoid	307
O.44.\-	Placenta praevia	279
R.10 .4\-	Colic Abdomen	279
H.81.\-	Vertigo	268
K.40 .2\-	Hernia Inguinal Bilateral	261
D.64 .9\-	Anemia	256
D.25 .9\-	Myoma Uteri	255
D07.5	Prostate	252
R.56 .0\-	Febral convulsion	242
I64	Stroke, not specified as haemorrhage or infarction	233
Z.30 .2\-	Kontasepsi M O W - M O P	222
J.01.\-	Sinusitis acute	221
I.11.\-	Hypertensi Heart Disease	210
S.06 .2\-	C K B(cidera otak berat)/Contusion,Laceration	209
O.60.\-	Partus Prematurus/PPI	205
R.50.\-	Observasi febris	195
J.45 .9\-	Asthma	193
N.92.\-	Meno - Metrorrhagia	184
H11.0	Pterygium	182
J. 18.0\-	Bronchopneumonia	179
K.29.\-	Gastritis	172
I.11.9\-	HHD Without Heart Failure	168
R.07 .4\-\-	Chest Pain	167
O.33 .9\-	Parus dg SC - Kepala letak lintang	164

O.21.1-	Hyperemesis Gravidarum	158
N.83.1-	Cyste ovarii	156
E.04.2-	Struma multinodosa nontox	152
I.84.1-	Haemorroid	149
K.40.1-	Hernia Inguinalis L/M	143
S.72.1-	Fr Femur	141
O.02.0-	Blighted Ovum	138
S.06.0-	C K R (Cidera Otak Ringan)/Concussion(commotio c)	131
O.13.1-	Pre Eclampsia ringan	130
O.63.1-	Partus Lama	124
O24.4	Diabetes mellitus arising in pregnancy	124
J.00.1-	ISPA	118
I.21.1-	IMA	115
E.10.1-	DM tergantung insulin	113
C.50.1-	Ca Mamae	113
J.45.1-	Asthma bronchiale	97
Q.35.9-	Palatoschisis	94
N.10.1-	Pyelonephritis Akut	94
A01.0	Typhoid fever	92
D.13.1-	Tumor Abdomen/ Stomach	90
N.18.9-	CRF (Chronic Renal Failure), unspecified	89
M79.9	Soft tissue disorder, unspecified	89
K.80.1-	Cholelithiasis	88
K.35.1-	Appendicitis	86
B.18.1-	Hepatitis kronis	86
O.72.1-	HPP	83
O.81.1-	Partus Forceps/Vacum	80
N.04.1-	Nephrotic syndrome	80
E.86.1-	Dehidrasi	80
J.44.9-	PPOM (Peny. Paru Obstructiv Menahun)	78
N.23.1-	Colic renal	76
E.11.1-	DM tak tergantung Insulin	76
D.23.1-	Tumor Palpebra	76
C.181.1-	Ca Rectum	74
O.83.1-	Partus Bracht	74
J.20.1-	Bronchitis acute	66
K52.0	Gastroenteritis and colitis due to radiation	66
K91.0	Vomiting following gastrointestinal surgery	63
D10.4	Tonsil	63
E23.2	Diabetes insipidus	63
T.60.1-	Intoxicasi Pestisida	61
R.51.1-	Cephalgia	59
S06.10	Traumatic cerebral oedema , without open intracranial wound	59
G.03.9-	Meningitis	59
O05	Other abortion	59
O99.0	Anaemia complicating pregnancy, childbirth and the puerperium	59
N.21.1-	Batu buli-buli	57
D.18.1-	Haemangioma	56
O.01.1-	Mola hydatidosa	54
G.40.1-	Epilepsy	53
T.20.1-	Combustio - Corosi K - L	52
K56.7	Ileus, unspecified	51
K.74.1-	Cirrhosis hepatis	50
O.84.2-	Partus Gemeli dg SC	50
B.15.1-	Hepatitis A acute	49
Z.35.1-	Periksa Kehamilan Resiko	49

I.15.1-	Hypertensi Seconder	48
O.73.1-	Retensio placentae	48
P.03.3-	Bayi lahir dg vaccum	47
Q.54.1-	Hypospadias	47
K.35.9-	Appendicitis Akut	47
S.06.1-	Commotio - Contusio cereb (Cidera Kepala)	47
Z.37.2-	Bayi lahir spontan kembar	46
O86.0	Infection of obstetric surgical wound	46
O.30.1-	Gemeli	46
O.15.1-	Eclampsia	46
J.90.1-	Pleural effusion	44
O24.9	Diabetes mellitus in pregnancy, unspecified	43
R.33.1-	Retensio urine	43
E. 14.5-	DM Gangrene	42
O.36.4-	IUFD (Abortus Insipten)	40
N.43.1-	Hydrocele	40
E.14.1-	DM tidak spesifik	39
E.11.11-	DM dg KAD	39
I.48.1-	Atrial fibrilasi dan flutter	38
O.36.8-	Partus SC Fetal Distres	38
N.81.1-	Prolapsus uteri	37
K72.1	Chronic hepatic failure	36
I.43.8-	Thyroid Heart Disease	36
A.90.1-	Dengue Fever (Classical dengue)	36
E.04.11-	Struma uninodosa nontoxic	35
S.05.1-	Trauma oculi	35
R06.0	Dyspnoea	34
N.40.1-	B P H	34
N.20.01-	Nephrolithiasis	33
N.45.1-	Orchitis - Epididimitis	32
M.54.5-	L B P	32
I.211.1-	IMA Inferior	32
E.16.21-	Hypoglicaemia unspecified	31
J.13.1-	Pneumonia	31
N.03.1-	CKD (replace with ID 361/N.18)	30
O.00.1-	KET	30
O.84.01-	Partus Gemeli Spt	30
I.25.1-	ASHD	30
I.25.21-	OMI	30
D.11.71-	Tumor Submandibula	30
O98.0	Tuberculosis complicating pregnancy, childbirth and the puerperium	29
K.45.1-	Hernia Abdominal sciatic	29
N.80.11-	Cyst Ovary (kista coklat) (tidak dipakai)	28
Z.34.1-	Periksa Kehamilan Normal	28
R.18.1-	Ascites	27
K74.1	Hepatic sclerosis	27
I20.0	Unstable angina	27
I.51.81-	CHD (Chronic Heart Disease)other Complikasi HD	26
I.64.1-	CVA (Not specified as Haemorrhage or Infarction)	26
G.04.1-	Encephalitis	26
I.21.01-	IMA Anterior	25
I.13.1-	Hypertensi Heart & Renal Disease	25
R56.0	Febrile convulsions	25
T.42.1-	Intoxicasi Sedative	24
A30.1	Tuberculoid leprosy	24
A.55.1-	TRAUMA ABDOMEN (tidak dipakai)	24

A.54 . \--	AFF PLAT (tidak dipakai)	23
F50.5	Vomiting associated with other psychological disturbances	23
G.81.\-	Hemiplegia	23
G.91.\-	Hydrocephalus	23



RUMAH SAKIT MUHAMMADIYAH PALEMBANG (RSMP)

Jln. Jend. A. Yani 13 Ulu Telp. (0711) 511446 Fax. (0711) 519988
e-mail : rsmuh_plg@yahoo.co.id Palembang 30263

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

No : 1809 /D-5/RSMP/XI/2011
Lamp :-
Hal : Izin Pengambilan Data

Palembang, 3 Muharram 1433 H
28 Nopember 2011 M

Kepada Yth,
Dekan Fakultas Kedokteran
Universitas Muhammadiyah Palembang
Di Palembang

Assalamu'alaikum Wr. Wb

Menindaklanjuti surat Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang No. 1074/H-5/FK-UMP/XI/2011 tanggal 21 Nopember 2011 tentang permohonan pengambilan data bagi mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang a.n :

1. Farah Dibah, NIM : 70 2008 006
2. R.A.Reizkhi Fitriyana, NIM : 70 2008 041
3. Alvin Putra Perwira, NIM : 70 2008 058
4. Fadhyl Zuhri Lubis, NIM : 70 2008 004

dengan ini disampaikan bahwa kami mengizinkan pengambilan data dimaksud dengan ketentuan sbb:

1. Mahasiswa yang bersangkutan mematuhi peraturan dan ketentuan yang berlaku di RS. Muhammadiyah Palembang.
2. Data yang diperoleh hanya untuk kepentingan ilmiah dan tidak akan dipublikasikan/disebarluaskan tanpa izin dari RS. Muhammadiyah Palembang.
3. Hal-hal lain dapat berkoordinasi langsung ke Bagian Diklat RS. Muhammadiyah Palembang.

Demikian hal ini kami sampaikan, atas perhatiannya diucapkan terima kasih.

Nasrunminallah Wafathun Qarib
Wassalamu'alaikum Wr. Wb

Direktur.

Dr. Yudi Fadilah, Sp.PD.FINASIM



FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG

SK. DIRJEN DIKTI NO. 2130 / D / T / 2008 TGL. 11 JULI 2008 : IZIN PENYELENGGARA PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER

Kampus B : Jl. KH. Bhalqi / Talang Banten 13 Ulu Telp. 0711- 520045
Fax. : 0711 516899 Palembang (30263)

Palembang, 20 Desember 2011 M
24 Muharram 1433 H

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Nomor : 1210 /H-5/FK-UMP/XII/2011
Lampiran
Perihal : Surat Pengantar Izin Pengambilan Skripsi

Kepada Yth
Walikota Palembang
c.q. Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat Kota Palembang.
di Palembang.

Assalamu'alaikum. Wr. Wb.
Ba'da salam, semoga kita semua mendapatkan rahmat dan hidayah dari Allah. SWT. Amin Ya robbal alamin.

Sehubungan dengan akan berakhirnya proses pendidikan Tahap Akademik mahasiswa angkatan 2008 Program Studi Pendidikan Dokter di Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang. Maka sebagai salah satu syarat kelulusan, diwajibkan kepada setiap mahasiswa untuk membuat Skripsi sebagai bentuk pengalaman belajar riset. Dengan ini diberitahukan kepada Saudara bahwa mahasiswa :

No.	Nama	NIM	Tempat Penelitian	Judul
1.	Farah Dibah	70 2008 006	Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang	Hubungan Multiparatis dengan angka kejadian presentasi bokong di bagian obstetric dan ginekologi Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang periode 1 Januari- 31 Desember 2011

Untuk melakukan pengambilan data secara langsung.
Lama Pengambilan Data : 16 Desember 2011 s.d. 20 Januari 2012.
Berkenaan dengan hal tersebut, kami mohon Bapak tidak berkeberatan untuk memberikan izin kepada mahasiswa yang bersangkutan , sehingga memperoleh bahan-bahan yang dibutuhkan beserta penjelasan lainnya dari instansi yang berada dalam wilayah kerja Bapak. Untuk kemudian digunakan dalam penyusunan skripsi.

Segala bahan dan keterangan yang diperoleh akan digunakan semata-mata untuk perkembangan ilmu pengetahuan dan tidak akan dipublikasikan kepada pihak ketiga.

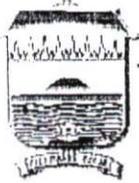
Atas bantuan dan kerjasamanya diucapkan terima kasih .
Billahittaufiq Walhidayah.
Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Dekan,

Prof. Dr. KHM. Arsyad, DABK, SpAnd

NBM/NIDN. 0603 4809 1052253/0002064803

Tembusan :
1. Yth. Pembantu Dekan I FK UMP.
2. Yth. Ka. UPK FK UMP.
3. Yth. Kasubag. Akademik FK UMP
4. Yth. UP2M FK UMP.
5. Arsip.



PEMERINTAH KOTA PALEMBANG
BADAN KESATUAN BANGSA, POLITIK DAN PERLINDUNGAN
MASYARAKAT KOTA PALEMBANG
JL. LUNJUK JAYA NOMOR 3 – DEMANG LEBAR DAUN PALEMBANG
TELPON (0711) 368726
Email : badankesbang@yahoo.co.id

Palembang, 22 Desember 2011

Nomor : 070 / 1164 / BAN.KBPM / 2011
Sifat : -
Lampiran : -
Perihal : Izin Pengambilan Data

Kepada-Yth.
1. Kepala Dinas Kesehatan Kota Palembang
2. Pimpinan RS Muhammadiyah Palembang
di -
Palembang

Memperhatikan Surat Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang
Nomor : 1210 / H-5 / FK – UMP / XII / 2011 Tanggal 20 Desember 2011 perihal tersebut diatas, dengan
ini diberitahukan kepada saudara bahwa :

No.	Nama	NIM	Judul Penelitian
1.	Farah Dibah	70 2008 006	Hubungan multiparatis dengan angka kejadian presentasi bokong di bagian obetric dan ginekologi rumah sakit muhammadiyah palembang periode 1 januari – 31 desember 2011

Untuk melakukan pengambilan data secara langsung.

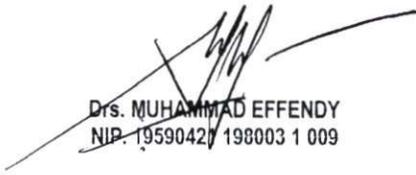
Lama Pengambilan Data : 22 Desember 2011 s.d 20 Januari 2012

Dengan Catatan :

1. Sebelum melakukan penelitian/survey/riset terlebih dahulu melapor kepada pemerintah setempat.
2. Penelitian tidak diizinkan menanyakan soal politik, dan melakukan penelitian/survey/riset yang sifatnya tidak ada hubungan dengan judul yang telah diprogramkan.
3. Dalam melakukan penelitian/survey/riset agar dapat mentaati peraturan perundang-undangan dan adat istiadat yang berlaku di daerah setempat.
4. Apabila izin penelitian/ survey/riset telah habis masa berlakunya, sedang tugas penelitian/survey/riset belum selesai maka harus ada perpanjangan izin.
5. Setelah selesai mengadakan penelitian/survey/riset diwajibkan memberikan laporan tertulis kepada Walikota Palembang melalui Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat Kota Palembang.

Demikian untuk dimaklumi dan untuk dibantu seperlunya.

a.n KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA,
POLITIK DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT
KOTA PALEMBANG
SEKRETARIS BADAN


Drs. MUHAMMAD EFFENDY
NIP. 19590427 198003 1 009

Tembusan :

1. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang
2. Mahasiswa Ybs.



FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG

SK. DIRJEN DIKTI NO. 2130 / D / T / 2008 TGL. 11 JULI 2008 : IZIN PENYELENGGARA PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER

Kampus B : Jl. KH. Bhalqi / Talang Banten 13 Ulu Telp. 0711- 520045
Fax. : 0711 516899 Palembang (30263)

Palembang, 1 Februari 2012

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Nomor : 78 /H-5/FK-UMP/II/2012
Lampiran
Perihal : Surat Pengantar Izin Penelitian

Kepada Yth
Walikota Palembang
c.q. Kepala Badan Kesatuan
Bangsa, Politik dan Perlindungan
Masyarakat Kota Palembang.
di
Palembang.

Assalamu'alaikum. Wr. Wb.

Ba'da salam, semoga kita semua mendapatkan rahmat dan hidayah dari Allah.
SWT. Amin Ya robbal alamin.

Sehubungan dengan akan berakhirnya proses pendidikan Tahap Akademik mahasiswa angkatan 2008 Program Studi Pendidikan Dokter di Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang. Maka sebagai salah satu syarat kelulusan, diwajibkan kepada setiap mahasiswa untuk membuat Skripsi sebagai bentuk pengalaman belajar riset. Dengan ini diberitahukan kepada Saudara bahwa mahasiswa :

No.	Nama	NIM	Tempat Penelitian	Judul
1.	Farah Dibah	70 2008 006	Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang	Hubungan Multiparatis Dengan Angka Kejadian Presentasi Bokong di Bagian Obstetric dan Ginekologi Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang Periode 1 Januari-31 Desember 2011

Berkenaan dengan hal tersebut, kami mohon Bapak tidak berkeberatan untuk memberikan izin kepada mahasiswa yang bersangkutan, sehingga memperoleh bahan-bahan yang dibutuhkan beserta penjelasan lainnya dari instansi yang berada dalam wilayah kerja Bapak/Ibu. Untuk kemudian digunakan dalam penyusunan skripsi.

Segala bahan dan keterangan yang diperoleh akan digunakan semata-mata untuk perkembangan ilmu pengetahuan dan tidak akan dipublikasikan kepada pihak ketiga.

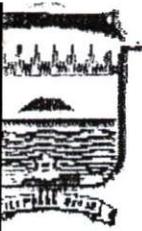
Atas bantuan dan kerjasamanya diucapkan terima kasih .
Billahittaufiq Walhidayah.
Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Dekan,

Prof. Dr. KHM. Arsyad, DABK, SpAnd

NBM/NIDN. 0603 4809 1052253/0002064803

Tembusan :
1. Yth. Pembantu Dekan I FK UMP.
2. Yth. Ka. UPK FK UMP.
3. Yth. Kasubag. Akademik FK UMP
4. Yth. UP2M FK UMP.
5. Arsip.



PEMERINTAH KOTA PALEMBANG

BADAN KESATUAN BANGSA, POLITIK DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT
KOTA PALEMBANG

JL. LUNJUK JAYA NOMOR 3 – DEMANG LEBAR DAUN PALEMBANG

TELFON (0711) 368726

Email : badankesbang@yahoo.co.id

Palembang, 01 Februari 2012

Nomor : 070 / 066 / BAN.KBPM / 20112
Sifat : -
Lampiran : -
Perihal : Izin Pengambilan Data

Kepada Yth.
1. Kepala Dinas Kesehatan Kota Palembang
2. Pimpinan RS Muhammadiyah Palembang
di -
Palembang

Memperhatikan Surat Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang Nomor : 1210 / H-5 / FK – UMP / XII / 2011 Tanggal 20 Desember 2011 perihal tersebut diatas, dengan ini diberitahukan kepada saudara bahwa :

No.	Nama	NIM	Judul Penelitian
1.	Farah Dibah	70 2008 006	Hubungan multiparatis dengan angka kejadian presentasi bokong di bagian obtetric dan ginekologi rumah sakit muhammadiyah palembang periode 1 januari – 31 desember 2011

Untuk melakukan pengambilan data secara langsung.

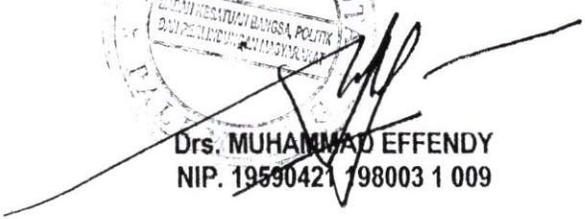
Lama Pengambilan Data : 01 Februari 2012 s.d 28 Februari 2012

Dengan Catatan :

1. Sebelum melakukan penelitian/survey/riset terlebih dahulu melapor kepada pemerintah setempat.
2. Penelitian tidak diizinkan menanyakan soal politik, dan melakukan penelitian/survey/riset yang sifatnya tidak ada hubungan dengan judul yang telah diprogramkan.
3. Dalam melakukan penelitian/survey/riset agar dapat mentaati peraturan perundang-undangan dan adat istiadat yang berlaku di daerah setempat.
4. Apabila izin penelitian/ survey/riset telah habis masa berlakunya, sedang tugas penelitian/survey/riset belum selesai maka harus ada perpanjangan izin.
5. Setelah selesai mengadakan penelitian/survey/riset diwajibkan memberikan laporan tertulis kepada Walikota Palembang melalui Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat Kota Palembang.

Demikian untuk dimaklumi dan untuk dibantu seperlunya.

a.n KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA,
POLITIK DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT
KOTA PALEMBANG
SEKRETARIS BADAN


Drs. MUHAMMAD EFFENDY
NIP. 19590421 198003 1 009

Tembusan :

1. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang
2. Mahasiswa Ybs.



RUMAH SAKIT MUHAMMADIYAH PALEMBANG (RSMP)

Jln. Jend. A. Yani 13 Ulu Telp. (0711) 511446 Fax. (0711) 519988
e-mail : rsmuh_plg@yahoo.co.id Palembang 30263

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

SURAT KETERANGAN

No: 271/KET/L-1/RSMP/II/2012

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : Farah Dibah
NIM : 20 2008 006
Program Studi : Ilmu Kedokteran
Perguruan Tinggi : Universitas Muhammadiyah Palembang

Telah melakukan Penelitian di RS. Muhammadiyah Palembang pada tanggal 3 s.d 7 Februari 2012 dengan judul skripsi "*Hubungan Multiparatis Dengan Angka Kejadian presentasi Bokong di Bagian Obstetric dan Ginekologi Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang periode 1 Januari s.d 31 Desember 2011*".

Demikianlah surat keterangan ini dibuat untuk digunakan sebagaimana mestinya

Palembang, 28 Rabiulawal 1433 H
20 Februari 2012 M

Direktur.

Dr. Yudi Fadilah, Sp.PD.FINASIM



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

KARTU AKTIVITAS BIMBINGAN

NAMA MAHASISWA : FARAH DIBAH

PEMBIMBING I : DR. KURNIAWAN, SP.06

NIM : 70 2008 006

PEMBIMBING II : DR. TANZILA

JUDUL PROPOSAL :

HUBUNGAN MULTIPARITAS DENGAN ANGKA KEJADIAN PRESENTASI BOKONG DI BAGIAN OBSTETRI DAN GINEKOLOGI RUMAH SAKIT MUHAMMADIYAH PALEMBANG PERIODE 1 JANUARI - 31 DESEMBER 2011

NO	TGL/BL/TH KONSULTASI	MATERI YANG DIBAHAS	PARAF PEMBIMBING		KETERANGAN
			I	II	
1.	19 Feb 2012	Pengajuan BAB IV, V, Abstrak			
2.	20 Feb 2012	Revisi			
3.	21 Feb 2012	acc			
4.	19 Feb 2012	Pengajuan BAB IV, V			
5.	20 Feb 2012	Pengajuan Keterbatasan & Abstrak			
6.	21 Feb 2012	acc			
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					

CATATAN :

Dikeluarkan di : Palembang
Pada tanggal : 21 / 02 / 2012

a.n. Dekan
Ketua UPK,

dr. Nia Ayu Saraswati

Lampiran 9

Daftar Tabulasi Data Hasil Penelitian

No	No RM	Usia Ibu	Paritas	Usia Kehamilan	Presentasi
1	042227	36	3	Aterm	Preskep
2	192668	21	3	Aterm	Preskep
3	738508	30	3	Aterm	Preskep
4	043482	37	2	Preterm	Presbo
5	043921	24	2	Preterm	Preskep
6	003793	28	4	Aterm	Preskep
7	040715	32	2	Aterm	Preskep
8	003618	35	3	Aterm	Preskep
9	044543	42	9	Aterm	Presbo
10	044717	34	0	Aterm	Presbo
11	044844	21	2	Aterm	Preskep
12	627600	26	0	Aterm	Preskep
13	045283	30	2	Aterm	Preskep
14	045589	25	1	Aterm	Preskep
15	045830	38	7	Aterm	Presbo
16	020026	33	3	Aterm	Preskep
17	046235	35	3	Aterm	Presbo
18	046562	32	4	Aterm	Preskep
19	001086	22	2	Aterm	Preskep
20	001434	27	2	Posterm	Preskep
21	207746	33	1	Posterm	Preskep
22	002047	22	0	Aterm	Preskep
23	002201	19	0	Aterm	Preskep
24	002465	29	0	Aterm	Preskep
25	002815	25	2	Postrem	Preskep
26	084678	30	2	Aterm	Preskep
27	001399	37	5	Aterm	Preskep
28	003472	23	0	Aterm	Preskep
29	003731	21	2	Aterm	Preskep
30	003857	20	0	Aterem	Preski
31	004014	39	2	Aterm	Preskep
32	004357	34	2	Aterm	Preskep
33	004597	26	0	Aterm	Preskep
34	004817	37	7	Aterm	Preskep
35	005211	19	1	Aterm	Preskep
36	005408	32	3	Aterm	Presbo
37	005755	33	4	Posterm	Presbo
38	152633	25	2	Aterm	Presbo
39	006534	26	3	Aterm	Preskep

Lampiran 9

Daftar Tabulasi Data Hasil Penelitian

40	006703	39	3	Aterm	Preskep
41	008941	32	0	Aterm	Preskep
42	007255	23	3	Aterm	Preskep
43	007651	29	3	Aterm	Preskep
44	027238	37	5	Preterm	Preskep
45	000142	38	4	Aterm	Preskep
46	008510	28	1	Posterm	Preskep
47	008314	31	2	Preterm	Preskep
48	005608	46	4	Aterm	Preskep
49	117090	38	4	Aterm	Preskep
50	009761	34	5	Aterm	Preskep
51	069990	36	2	Aterm	Preskep
52	010356	31	4	Aterm	Preskep
53	010634	29	4	Aterm	Preskep
54	010707	29	3	Aterm	Preskep
55	011185	18	0	Aterm	Preskep
56	011408	26	0	Aterm	Preskep
57	011683	31	4	Aterm	Presbo
58	010157	40	4	Aterm	Preskep
59	011986	39	4	Posterm	Preskep
60	192447	31	2	Posterm	Preskep
61	012550	27	3	Aterm	Preskep
62	012921	22	0	Aterm	Preskep
63	013114	19	0	Aterm	Presbo
64	013508	22	2	Posterm	Preskep
65	013832	29	2	Aterm	Preskep
66	015903	40	6	Aterm	Preskep
67	013502	26	0	Aterm	Preskep
68	015797	37	3	Aterm	Preskep
69	016815	27	2	Aterm	Preskep
70	017075	22	2	Aterm	Letli
71	017170	20	0	Aterm	Preskep
72	017437	24	2	Aterm	Presbo
73	016665	29	0	Aterm	Preskep
74	009802	27	1	Aterm	Preskep
75	018073	28	2	Posterm	Preskep
76	018290	23	0	Preterm	Preskep
77	018519	24	3	Posterm	Letli
78	018707	40	4	Aterm	Presbo
79	016893	41	3	Aterm	Presbo
80	019280	26	2	Aterm	Preskep

Lampiran 9

Daftar Tabulasi Data Hasil Penelitian

81	019525	19	2	Aterm	Preskep
82	178904	31	4	Aterm	Letli
83	019814	25	2	Aterm	Preski
84	017457	29	3	Aterm	Preskep
85	020428	31	0	Aterm	Preskep
86	218789	32	7	Aterm	Preskep
87	220966	35	9	Aterm	Preskep
88	139964	21	0	Aterm	Preskep
89	021454	35	2	Aterm	Presbo
90	020836	25	0	Aterm	Preskep
91	021973	24	0	Preterm	Preskep
92	022075	37	6	Aterm	Preskep
93	022081	26	2	Aterm	Preskep
94	022762	25	0	Preterm	Presbo
95	023029	21	1	Preterm	Preskep
96	023175	33	5	Posterm	Presbo
97	117988	40	4	Aterm	Preskep
98	023594	23	0	Posterm	Preskep
99	023254	24	2	Aterm	Preskep
100	022160	22	0	Aterm	Preskep
101	024439	36	4	Aterm	Preskep
102	024653	22	5	Posterm	Preskep
103	024871	31	3	Aterm	Preskep
104	025164	29	0	Aterm	Presbo
105	025334	39	4	Aterm	Preskep
106	024562	30	0	Aterm	Letli
107	026229	35	2	Aterm	Preskep
108	026466	22	1	Preterm	Preskep
109	026724	22	2	Aterm	Preskep
110	026871	26	0	Aterm	Preskep
111	026240	36	3	Aterm	Presbo
112	027318	29	4	Aterm	Preskep
113	027668	36	2	Preterm	Preskep
114	125519	36	4	Posterm	Preskep
115	025410	25	2	Aterm	Preskep
116	100447	24	2	Aterm	Presbo
117	027925	28	2	Aterm	Preskep
118	028132	41	5	Preterm	Preskep
119	028157	22	0	Posterm	Preskep
120	028424	28	2	Aterm	Presbo
121	028620	22	2	Aterm	Preskep

Lampiran 9

Daftar Tabulasi Data Hasil Penelitian

122	028826	30	2	Aterm	Preskep
123	029007	23	2	Posterm	Preskep
124	029143	25	2	Aterm	Preskep
125	029314	31	1	Aterm	Preskep
126	029445	22	1	Aterm	Preskep
127	029597	22	0	Aterm	Preskep
128	029731	32	3	Posterm	Preskep
129	029873	27	2	Aterm	Preskep
130	030056	32	0	Aterm	Preskep
131	030113	28	2	Aterm	Preskep
132	030215	22	0	Aterm	Preskep
133	030276	27	2	Aterm	Preskep
134	030621	30	4	Aterm	Preskep
135	030816	24	0	Posterm	Preskep
136	029195	28	3	Aterm	Preskep
137	031176	26	0	Aterm	Preskep
138	031417	24	2	Aterm	Preskep
139	031652	30	0	Aterm	Preskep
140	696626	34	5	Aterm	Preskep
141	018859	31	3	Aterm	Preski
142	032324	36	2	Aterm	Preskep
143	032712	28	0	Aterm	Preski
144	147621	35	3	Aterm	Presbo
145	033066	33	5	Posterm	Preskep
146	033241	33	2	Aterm	Preskep
147	033472	20	0	Aterm	Preskep
148	156388	36	3	Aterm	Preskep
149	034120	26	1	Aterm	Preskep
150	033332	28	3	Aterm	Preski
151	034537	23	0	Aterm	Preskep
152	034523	29	3	Aterm	Preskep
153	034794	24	2	Aterm	Presbo
154	207832	28	0	Aterm	Preskep
155	035196	34	2	Aterm	Preskep
156	035313	32	3	Aterm	Presbo
157	029868	25	0	Aterm	Preskep
158	035585	29	2	Aterm	Presbo
159	036046	33	1	Posterm	Preskep
160	036311	27	2	Aterm	Preskep
161	036494	21	2	Aterm	Preskep
162	036605	40	3	Aterm	Preskep

Lampiran 9

Daftar Tabulasi Data Hasil Penelitian

163	036596	43	2	Aterm	Preskep
164	036989	34	3	Aterm	Preskep
165	037174	32	5	Aterm	Letli
166	037328	23	2	Aterm	Preskep
167	037511	28	0	Aterm	Preskep
168	037712	23	2	Posterm	Preskep
169	194563	23	2	Aterm	Preskep
170	038144	24	2	Aterm	Preskep
171	038336	27	3	Aterm	Preskep
172	033623	31	2	Aterm	Preskep
173	037686	23	2	Preterm	Presbo
174	038862	33	5	Aterm	Preskep
175	039027	37	4	Aterm	Preskep
176	039232	21	1	Aterm	Preskep
177	039325	21	1	Aterm	Presbo
178	039153	32	2	Aterm	Preskep
179	725693	23	2	Posterm	Preskep
180	039843	26	0	Aterm	Preskep
181	040002	27	2	Aterm	Preskep
182	727687	28	2	Aterm	Preskep
183	040327	31	2	Aterm	Preskep
184	040522	22	0	Aterm	Presbo
185	040725	25	2	Aterm	Preskep
186	040907	30	2	Aterm	Preskep
187	040965	21	0	Aterm	Preskep
188	041216	26	1	Preterm	Preskep
189	041410	26	2	Aterm	Presbo
190	041557	25	0	Aterm	Preskep
191	081701	37	3	Preterm	Presbo
192	041896	30	3	Aterm	Letli
193	042205	25	0	Aterm	Preskep
194	042630	22	0	Aterm	Preskep
195	041771	37	4	Aterm	Presbo
196	041560	21	0	Aterm	Preskep
197	007180	28	0	Aterm	Preskep

Lampiran 10

Tabel Distribusi Frekuensi dan Persentase Hasil Penelitian

Statistics					
		Usia Ibu	Paritas dalam Kelompok	Usia Kehamilan	Presentasi dalam Kelompok
N	Valid	197	197	197	197
	Missing	0	0	0	0

Frequency Table

Usia Ibu					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<20 Tahun	5	2.5	2.5	2.5
	20-35 Tahun	159	80.7	80.7	83.2
	>35 Tahun	33	16.8	16.8	100.0
	Total	197	100.0	100.0	

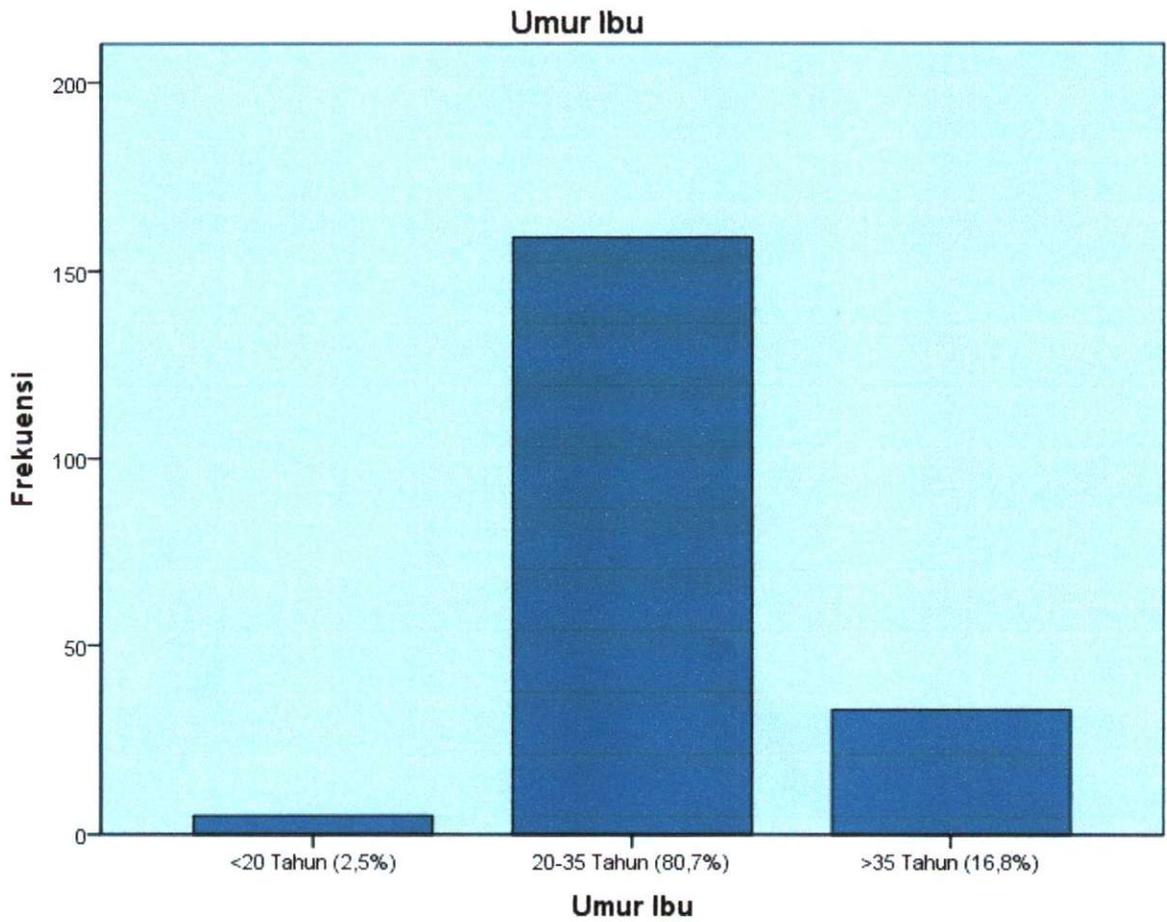
Paritas dalam Kelompok					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Multiparitas	60	30.5	30.5	30.5
	Tidak Multiparitas	137	69.5	69.5	100.0
	Total	197	100.0	100.0	

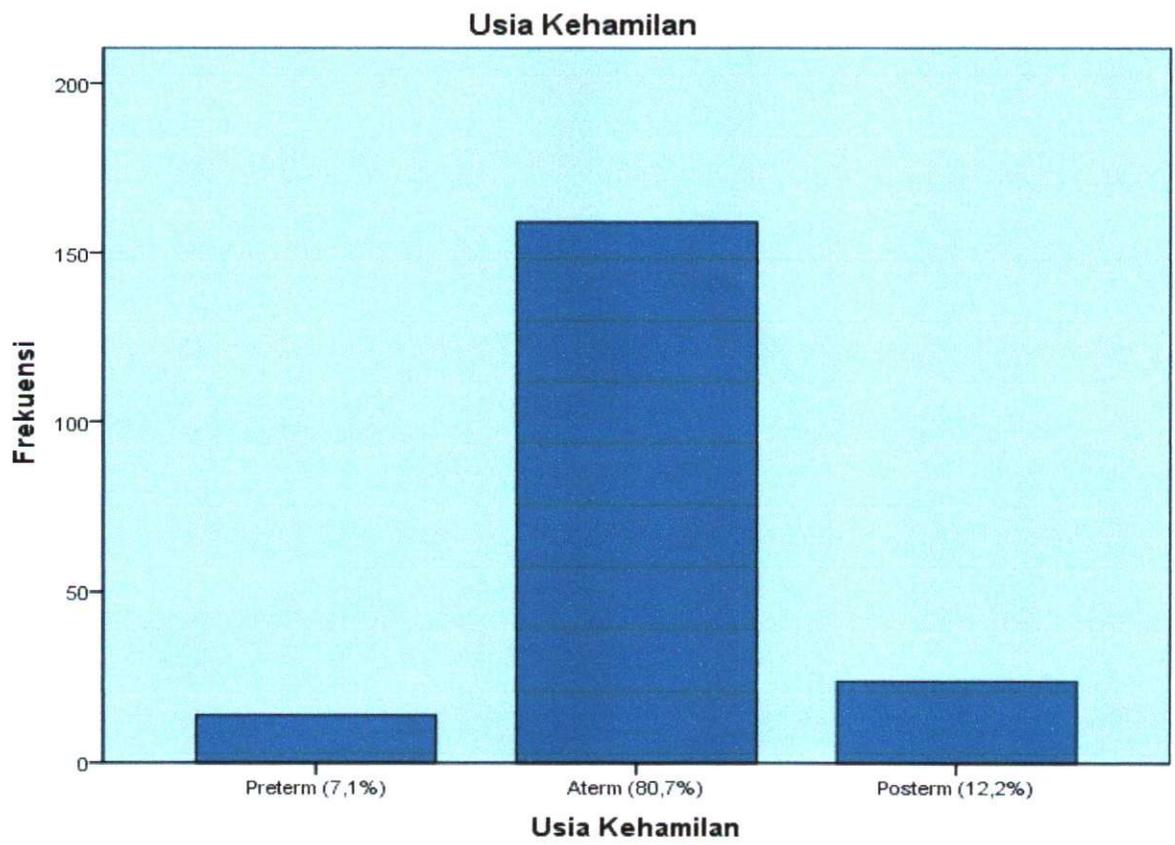
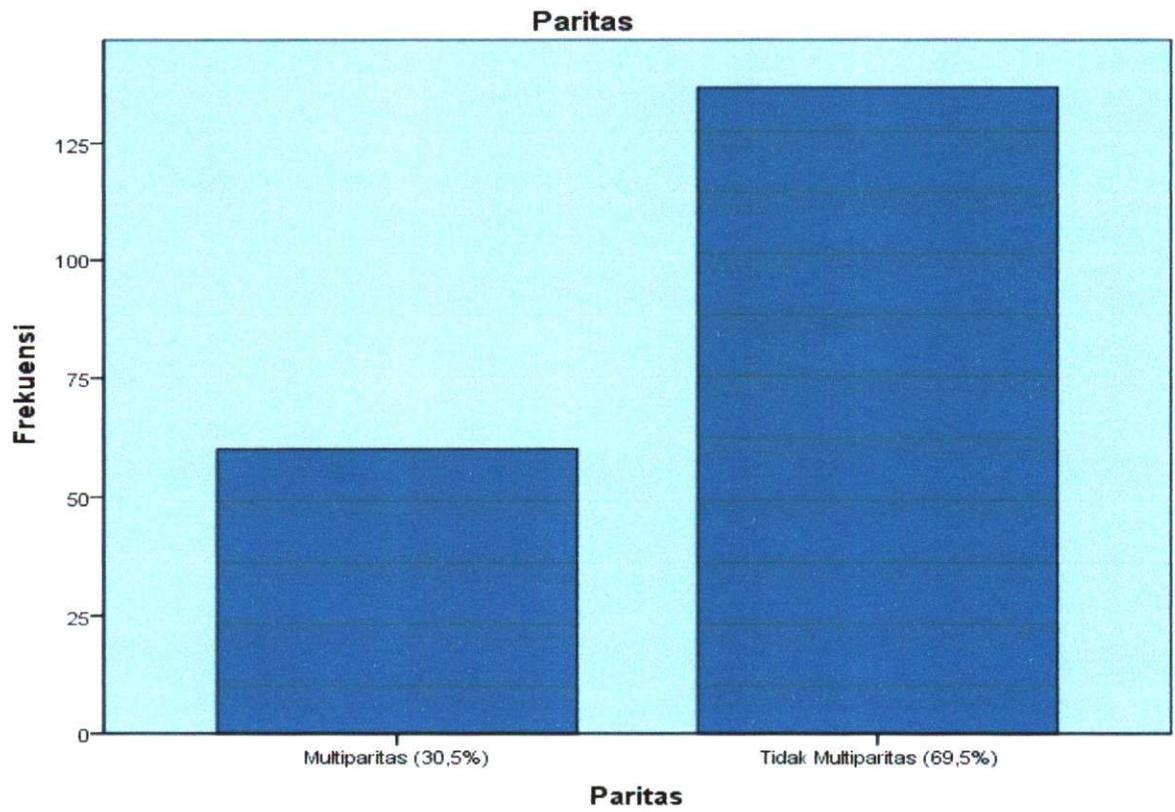
Usia Kehamilan					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Preterm	14	7.1	7.1	7.1
	Aterm	159	80.7	80.7	87.8
	Posterm	24	12.2	12.2	100.0
	Total	197	100.0	100.0	

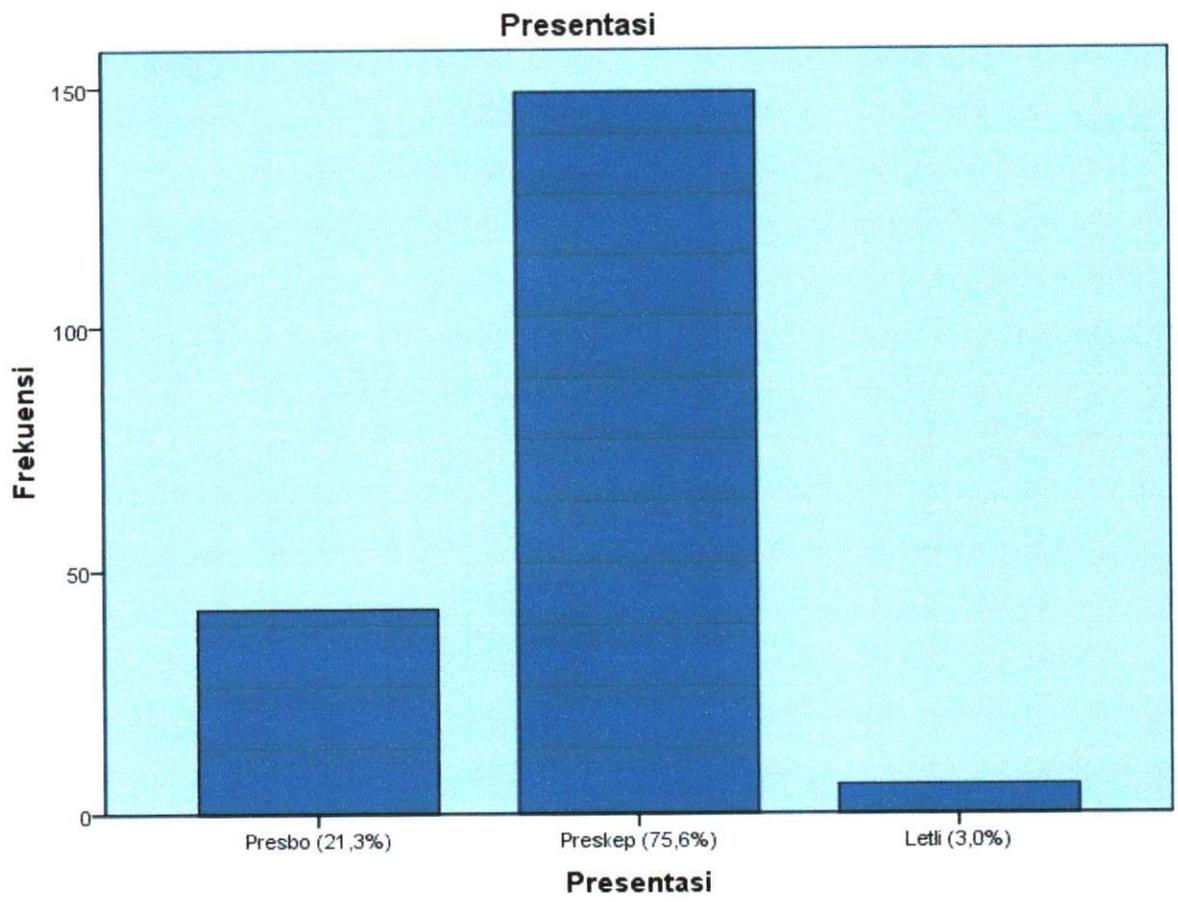
Presentasi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Presbo	42	21.3	21.3	21.3
	Preskep	149	75.6	75.6	97.0
	Letli	6	3.0	3.0	100.0
	Total	197	100.0	100.0	

Bar Chart







Lampiran 11

Tabel Hasil Uji Chi - Square

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Paritas dalam Kelompok *	197	100.0%	0	.0%	197	100.0%
Presentasi dalam Kelompok						

Paritas dalam Kelompok * Presentasi dalam Kelompok Crosstabulation

			Presentasi dalam Kelompok
			Presbo
Paritas dalam Kelompok	Multiparitas	Count	24
		% within Paritas dalam Kelompok	40.0%
	Tidak Multiparitas	Count	18
		% within Paritas dalam Kelompok	13.1%
Total		Count	42
		% within Paritas dalam Kelompok	21.3%

Paritas dalam Kelompok * Presentasi dalam Kelompok Crosstabulation

			Presentasi dalam Kelompok	Total
			Tidak Presbo	
Paritas dalam Kelompok	Multiparitas	Count	36	60
		% within Paritas dalam Kelompok	60.0%	100.0%
	Tidak Multiparitas	Count	119	137
		% within Paritas dalam Kelompok	86.9%	100.0%
Total		Count	155	197
		% within Paritas dalam Kelompok	78.7%	100.0%

RIWAYAT HIDUP

Nama : Farah Dibah
Tempat, Tanggal Lahir : Lahat, 15 Januari 1991
Alamat : Jalan Sukabangun 2 Komplek Griya Buana Indah II
No. 08 Blok C Soak-Simpur Palembang
Telp/HP : 085381575576
Email : verent.cherie@yahoo.co.id
Agama : Islam

Nama Orang Tua
Ayah : Ir. H. Sadrisman Roni
Ibu : Hj. Yofiana

Jumlah Saudara : 3 (tiga) orang
Anak ke : 2 (dua)
Riwayat Pendidikan : 1. TK Santo Yosef Lahat tahun 1994-1996
2. SD Santo Yosef Lahat tahun 1996-2002
3. SMP Santo Yosef Lahat tahun 2002-2005
4. SMA Santo Yosef Lahat tahun 2005-2008



Palembang, 7 Maret 2012

Farah Dibah