

Tinjauan Pustaka

Tatalaksana Penggunaan Forceps pada Posisi Oksiput Posterior Persisten

Ratu Astuti Dwi Putri^{1*}, Nicko Pisceski Kusika Saputra²

ABSTRACT

Maternal health is the health of women during pregnancy, childbirth and the postnatal period. *World Health Organization* (WHO) record every day in 2017 about 810 women died from preventable causes related to pregnancy and childbirth. Between 2000-2017, the maternal mortality ratio dropped by about 38% worldwide, but 4% of all maternal deaths occur in low and lower middle-income countries. Persistent occiput posterior (OP) is associated with increased rates of maternal and newborn morbidity. Cesarean delivery is higher (3 times greater risk of death) maternal morbidity and mortality than vaginal delivery and also costs more than normal childbirth. Forceps extraction is one of the operative obstetric actions that aims to help childbirth through normal childbirth. This is done for all conditions that threaten the mother and fetus that have indications to undergo childbirth. the use of forceps techniques, will assure successful, safe, and steady performance of forced delivery. Therefore, obstetric forceps should be inherited of skills to the trainee at this time. Therefore, it is reasonable for the standards establishing the proper position for forceps delivery to vary between experienced and inexperienced operators. The first priority is safe and secure implementation of the procedure.

Keywords: *forceps, persalinan, posisi oksiput*

Data *World Health Organization* (WHO) tahun 2019 menunjukkan bahwa Angka Kematian Ibu (AKI) atau *Maternal Mortality Ratio* (MMR) pada tahun 2010 hingga 2017 menurun sekitar 38%. Kematian ibu terjadi sebanyak 94% terjadi di negara dengan pendapatan rendah hingga menengah.¹ Data depkes menyebutkan bahwa Indonesia merupakan negara kedua dengan AKI tertinggi di ASEAN.² Proses persalinan dipengaruhi oleh tiga faktor yang berperan yaitu kekuatan mendorong janin keluar (*power*), janin (*passanger*) dan jalan lahir (*passage*). Apabila salah satu ketiga faktor ini mengalami kelainan, maka persalinan tidak dapat berjalan normal sehingga perlu dilakukan bantuan persalinan misalnya dengan ekstraksi vacuum, forsep atau persalinan perabdominal untuk menyelamatkan ibu maupun janin.³⁻⁹

Ekstraksi forceps merupakan salah satu tindakan obstetrik operatif yang bertujuan untuk menolong persalinan melalui jalan lahir atau pervaginam. Tindakan ini dilakukan untuk semua keadaan yang mengancam ibu dan janin yang memiliki indikasi untuk menjalani persalinan.¹⁰

DEFINISI

Posisi oksiput posterior atau frontoanterior merupakan presentasi belakang kepala dengan ubun-ubun kecil (UUK) berada dibelakang sacroiliac atau secara langsung berada diatas sacrum. Posisi oksiput posterior merupakan suatu ketidaknormalan posisi janin (malposisi).^{3,4,10} Posisi Oksiput Posterior Persisten (POPP) merupakan abnormalitas posisi atau malposisi janin saat terjadi kegagalan atau tidak terjadi rotasi UUK ke arah anterior simfisis (pada normoposisi) saat kepala janin sudah melebihi *hodge 3* atau dengan kata lain posisi oksiput kepala janin tetap berada di posisi posterior sacroiliac.^{3,4,10}

* Penulis Korespondensi : dwi.ratu@yahoo.com

¹ Program Studi Pendidikan Dokter Spesialis Obstetri Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Riau/ RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau, Pekanbaru, Riau, Indonesia

² KJF/ KSM Obstetri Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Riau/ RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau, Pekanbaru, Riau, Indonesia

EPIDEMIOLOGI DAN FAKTOR RISIKO

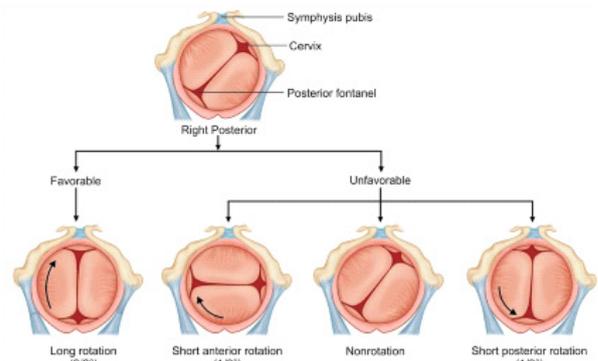
Dua hingga sepuluh persen (2-10%) kehamilan tunggal terjadi dengan posisi oksiput posterior.⁹⁻¹¹ Insidensi persalinan spontan pervaginam pada POPP sekitar 46% dan hanya 9% dilanjutkan dengan persalinan perabdominal. Predisposisi malposisi oksiput posterior disebabkan oleh beberapa hal seperti analgesia epidural, nullipara, berat badan janin besar, riwayat persalinan dengan posisi oksiput posterior sebelumnya, dan bentuk panggul ibu terutama jenis antropoid.^{3-6,10}

ETIOPATOGENESIS

Penyebab terbanyak terjadinya malposisi oksiput posterior belum banyak diketahui. Beberapa kemungkinan penyebabnya seperti kelainan bentuk panggul ibu, faktor janin atau faktor uterus, yang diuraikan seperti berikut :^{3-6,8-14}

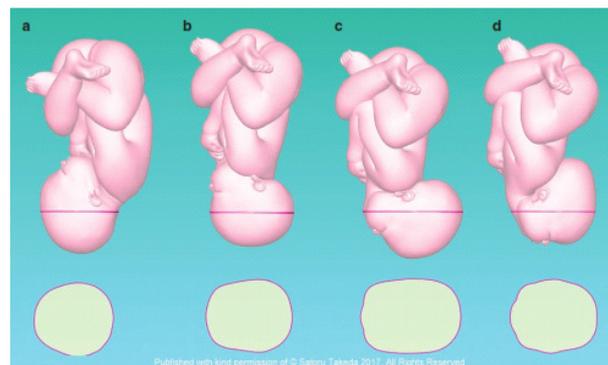
- Bentuk panggul ibu : sekitar 50% terjadi pada panggul tipe anthropoid atau android
- Factor janin : kondisi defleksi kepala janin ke arah posterior yang diakibatkan oleh inklinasi pada panggul atas, implantasi plasenta pada dinding anterior uterus, atau brachycephalic primer.

Diameter kepala janin yang terpenting meliputi diameter suboksipitobregmatika, anteroposterior dan mentooksipital. Diameter kepala janin memasuki panggul melalui diameter transversalnya yaitu biparietal (9,5cm) dan diameter anteroposteriornya yaitu suboccipitofrontal (10 cm) atau occipitofrontal (11,5 cm).¹⁰⁻¹³ Keadaan tertentu, oksiput dapat gagal berputar. Penyebabnya adalah defleksi kepala berlebihan, kontraksi rahim yang lemah, bentuk panggul dengan sacrum yang datar, spina ischiadica yang menonjol atau dinding samping panggul konvergen, dan otot dasar panggul yang lemah. Posisi ini disebut sebagai posisi occipitosacral, atau Posisi Occipitoposterior Persisten (POP) dari presentasi belakang kepala (vertex). Occipitoposterior persisten merupakan mekanisme abnormal dari posisi occipitoposterior di mana ada malrotasi oksiput ke posterior terhadap ruang sacrum (posisi occipitosacral).^{3,10-12,15}

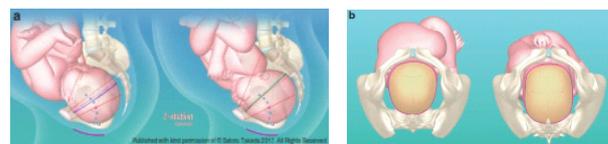


Gambar 1. Rotasi yang tepat dan tidak tepat pada posisi oksipitoposterior⁴

Diameter anteroposterior pada posisi FA lebih besar daripada suboksipitobregmatic pada posisi OA (Gambar 6b). Kagagalan rotasi ini menyebabkan posisi frontoanterior (FA).^{3,10-12,15}



Gambar 2. Sikap janin dan diameter terbesar janin
a. Suboksipitobregmatika (presentasi oksipital, fleksi), b. frontooksipital (presentasi bregmatika, *slight defleksi*), c. mentooksipital (presentasi dahi, ekstensi) d. submentobregmatika (presentasi wajah, *extreme extension*)¹⁰

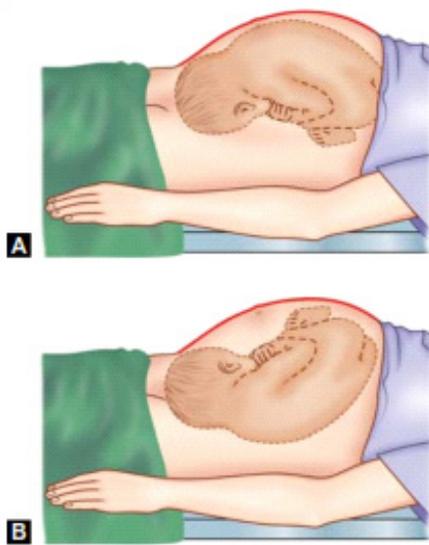


Gambar 3. Posisi oksipitoanterior dan oksipitoposterior/OP (frontoanterior)
a. Posisi diameter terbesar kepala janin pada OA dan OP (tampak samping), b. Posisi diameter terbesar kepala janin pada OA dan OP (tampak depan)¹⁰

The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) tidak membedakan antara posisi frontoanterior (FA) dan occipitoposterior (OP), pada kenyataannya, terdapat perbedaan diantara kedua hal ini. Hal pertama adalah kelainan rotasi dimana sinciput berputar secara anterior, sementara kepala janin dalam posisi sedikit defleksi. Hal kedua adalah kepala janin dalam fleksi maksimal dengan oksiput berputar ke posterior.^{10-12,15}

DIAGNOSIS

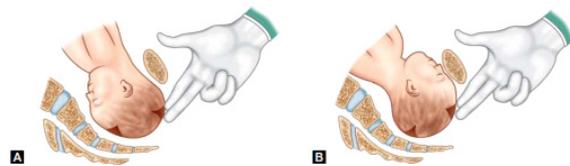
Penegakan diagnosis posisi oksiput posterior persisten dapat melalui pemeriksaan fisik maupun pemeriksaan penunjang. Pada pemeriksaan fisik dapat ditemukan abdomen tampak lebih datar di daerah bawah umbilicus, ekstremitas janin akan lebih mudah dipalpasi dibagian tengah atau anterior, punggung janin akan teraba menjauhi bagian posterior atau sulit diraba, detak jantung janin (DJJ) akan lebih terdengar pada area pinggul (samping) dan sulit dilokalisasi.^{3-5,8-10,13}



Gambar 4. Inspeksi abdomen pada a. OA dan b. OP⁴

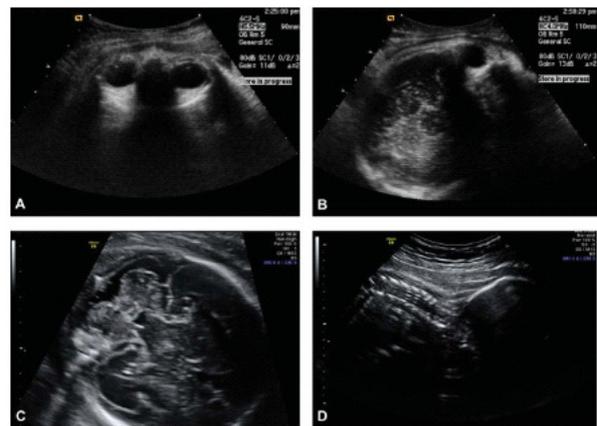
Pemeriksaan genitalia akan didapatkan sutura sagitalis berada pada diameter oblik panggul ibu. Fontanella kecil terdapat pada sisi posterior, baik di kanan (ROP) atau kiri (LOP). Fontanel anterior dan bregma berada di kuadran yang berlawanan dengan panggul ibu. Karena kegagalan fleksi interna terjadi bersamaan dengan posisi oksipitoposterior

persisten, fontanela biasanya berada pada ketinggian yang sama di panggul. Pada posisi oksipitoposterior, pembentukan *molding* verteks menyebabkan pemendekan diameter oksipito-frontal dan pemanjangan diameter mentobregmatika seiring dengan pemanjangan verteks. Diagnosis posisi pada pemeriksaan *vaginal toucher* dapat dipersulit dengan adanya pembentukan *molding* dan kaput yang menutupi permukaan tulang kepala janin.^{3-5,8-10,13}



Gambar 5. Pemeriksaan dalam pada a. posisi oksipitoanterior, kepala fleksi dengan petunjuk fontanel posterior dan b. oksipitoposterior, kepala defleksi dengan petunjuk fontanel anterior⁴

Beberapa cara dapat dilakukan untuk menghindari persalianan dengan POPP, yaitu pertama dengan pemeriksaan pencitraan atau ultrasonograafi untuk mengidentifikasi posisi kepala janin dan digunakan untuk meningkatkan akurasi dalam identifikasi posisi janin.^{3-5,8-10,13}



Gambar 6. Transabdominal ultrasound (USG)¹⁰

TATALAKSANA

Studi kasus menunjukkan beberapa pilihan tatalaksana dalam kasus posisi oksipitoposterior yaitu sebelum persalinan, selama fase aktif sebelum

pembukaan lengkap, awal kala II, dan saat persalinan ketika tidak terjadinya penurunan kepala janin (*arrest of descent*) atau *non reassuring fetal status* pada kala II. Tiga pilihan persalinan yang pertama diindikasikan bagi kasus posisi oksiput posterior, sedangkan pilihan yang terakhir diindikasikan untuk kasus posisi oksipitoposterior persisten, yang akan difokuskan dalam penatalaksanaan penggunaan forceps pada makalah ini.¹⁰

Forceps

Persalinan pervaginam dengan bantuan alat seperti forceps atau vakum dapat digunakan dalam kondisi POPP. Pada presentasi oksipitoanterior, bagian tersulit yang harus dilewati janin adalah diameter suboksipitobregmatika. Lain halnya pada posisi frontooksipital, posisi frontoanterior memiliki ukuran yang lebih lebar dibandingkan dengan presentasi oksipitoanterior. Jika berfokus pada ukuran kepala janin, posisi frontoanterior akan lebih sulit dalam melahirkan kepala janin, sehingga sering disertai dengan persalinan yang manjangang dan membutuhkan bantuan forceps, karena memiliki kemungkinan yang besar untuk terjadi *non-reassuring fetal status*.^{3,4,16-8}

Secara simultan proses pemegangan, memasukan, menyatukan dan mengeluarkan forceps pada janin dengan posisi frontoanterior sama halnya yang dilakukan pada posisi oksipitoanterior, yaitu dapat menggunakan UTokyo Naegel forceps yang direkomendasikan. Walaupun, arah tarikan kepala berbeda dengan posisi oksipitoanterior.^{3,4,8}



Gambar 7. UTokyo Naegel forceps⁸

Prosedur penggunaan forceps dalam membantu persalinan oksipitoposterior.^{8,19}

1. Simulasi cara memegang forceps : sebelum memulai tindakan, pastikan bagaimana daun forceps dapat terpasang dengan benar dan pastikan arah tarikan dengan cara penolong membayangkan bagaimana forceps akan dipasang pada kepala janin. Secara umum, forceps kiri dipegang oleh tangan kiri penolong dan forceps kanan dipegang tangan kanan penolong (gambar 2.25)

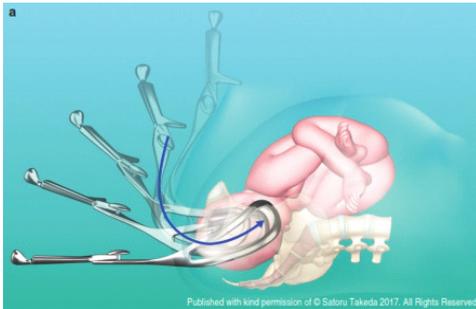


Gambar 8. Cara memegang forceps¹⁰

2. Pemasangan forceps pada kepala janin :
 - Sendok forceps yang akan dipasang terlebih dahulu adalah sendok forceps kiri dengan cara seperti memegang pensil dengan tangan kiri dan tangkai forceps sejajar dengan lipatan paha kanan ibu (gambar 9a)
 - Masukan empat jari tangan kanan penolong dimasukan ke dalam jalan lahir, berada diantara dinding kiri vagina dan kepala janin.
 - Tekan dinding kiri jalan lahir dengan keempat jari penolong, pastikan tidak ada bagian yang terjepit (ruang kepala janin dengan dinding jalan lahir). Dorong bagian bawah daun forceps ke dalam dengan tuntunan ibu jari kanan mengikuti sumbu cephalic (gambar 9b,c)
 - Disaat bersamaan, pegang tangkai dengan tangan kiri dengan tangkai forceps sejajar lipatan paha kanan ibu, sehingga daun forceps berada setinggi puncak kepala. Jangan mendorong tangkai secara paksa

dengan tangan kiri, tetapi dorong dengan ibu jari kanan sebagai penunjuk.

- Setelah daun forceps kiri terpasang dengan tepat, minta asisten untuk memegang tangkai forceps kiri. Jika tidak ada asisten, pegang tangkai forceps kiri dengan jari kelingking tangan kiri atau lepaskan tangkai. Kemudian masukkan daun forceps kanan dengan langkah yang sama seperti memasukkan daun forceps kiri. Tetapi perlu diingat bahwa saat daun forceps kiri sudah terpasang maka ruang antara kepala janin dengan dinding vagina menjadi lebih sempit, sehingga pemasangan daun forceps kanan sering menjadi lebih sulit daripada pemasangan daun forceps kiri.



Gambar 9. Pemasangan forceps pada kepala janin¹⁰

3. Mengunci sendok forceps :

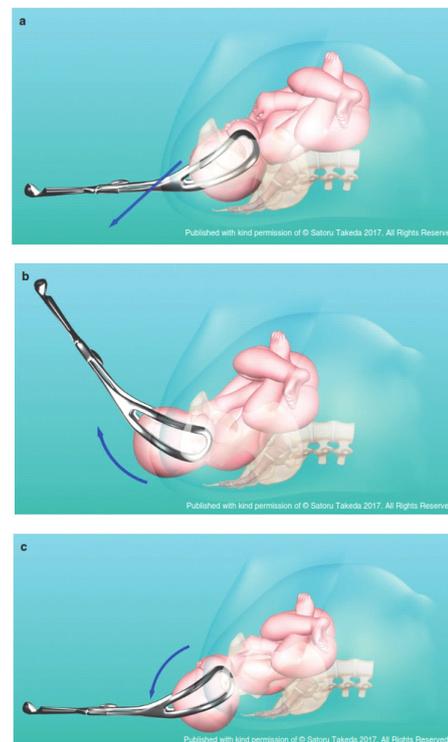
- Setelah sendok forceps terpasang dengan benar, pastikan kedua forceps terkunci (gambar 10)
- Dalam beberapa kondisi, terkadang terdapat sedikit perbedaan ketepatan pemasangan antara daun forceps kanan dan kiri sehingga membuat kesulitan dalam penguncian forceps. Hal seperti ini harus ditangani sebagai berikut :
 - Pertama, mungkin bisa saja menyatukan kedua daun forceps saat tangkai forceps didorong ke arah bawah (perineum). Jika gagal, putar daun forceps menggunakan jari untuk menyatukannya. Jika tidak juga berhasil, masukan forceps sedikit lebih dalam atau jauh pada panggul, tetapi jangan melakukan manuver ini dengan terlalu kuat. Jika manuver ini gagal untuk menyatukan kedua tangkai forceps, maka lepaskan forceps dan lakukan pemasangan ulang.
- Secara umum, tangkai forceps harus dipegang dengan dicengkram oleh tangan kanan dengan jari telunjuk dan tengah dikaitkan diatas jari telunjuk dan tengah lainnya. Sering juga, jari telunjuk atau jari telunjuk dan tengah tangan kiri dimasukkan dari bagian bawah tangkai forceps secara menyilang dari daun forceps, dan pengunci dan jari petunjuk memegang dengan keempat atau tiga jari lainnya. Jari telunjuk tangan kiri yang masuk berperan dalam mencegah penekanan kepala janin selama traksi. Manuver ini dapat dilakukan dengan membolak-balikan kiri dan kanan.
- Cara memegang yang lain yaitu tangkai forceps dipegang oleh tangan kanan dari arah bawah dengan jari-jari terhubung pada jari penunjuk. Pada dasarnya sama dengan yang dijelaskan diatas dan tangan kiri dapat diletakkan diatas pengunci forceps.



Gambar 10. Mengunci sendok forceps¹⁰

4. Menilai hasil pemasangan forceps : kedua sendok forceps dikaitkan dan dikunci, kemudian lakukan pemeriksaan dalam ulang untuk mengetahui apakah daun forceps telah terpasang dengan benar dan adakah bagian jalan lahir yang terjepit oleh daun forceps. Kemudian lakukan traksi percobaan
5. Ekstraksi forceps percobaan : lakukan traksi percobaan dengan tangan kiri dan kanan penolong memegang forceps, sedangkan jari telunjuk dan jari tengah tangan kanan penolong harus menyentuh kepala janin. Bila kedua jari terlepas dan kepala janin tidak ikut tertarik, maka berarti daun forceps belum terpasang dengan benar, jika traksi percobaan ternyata berhasil, maka dilanjutkan dengan traksi definitif.
6. Ekstraksi forceps definitif :
 - Ekstraksi forceps definitif dilakukan dengan cara mencengkram tangkai forceps oleh tangan kiri penolong, dan tangan kanan berada diatas tangan kiri sambil jari tengah berada diantara kedua tangkai forceps. Traksi dilakukan seiring dengan kontraksi ibu. Tarik janin secara perlahan dan berkesinambungan dengan gaya yang konstan ke arah yang benar (konsisten)
 - Pada prinsipnya, terdapat tiga posisi yaitu :
 - Posisi 1 adalah menarik keluar dan curam ke bawah (*pulling out-downward* atau *horizontal-inferior direction*)
 - Posisi 2 adalah menarik hampir sejajar lantai (*outward or horizontal direction*)

- Posisi 3 adalah menarik keluar keluar dan ke atas (*pulling out-upward* atau *horizontal-superior direction*)
- Pertama, janin harus ditarik curam ke arah bawah (*downward*) dengan kuat pada posisi 1 (gambar 2.27a). Ketika fontanel anterior terlihat pada perineum, dan area glabella janin terlihat pada arkus pubis, selanjutnya janin harus ditarik ke arah atas seperti pada posisi 3 (*slightly upward*) (gambar 2.27b), dimana arah tarikan lebih tinggi daripada posisi 2, hingga fontanel posterior dan area oksipital janin akan terlihat secara berturut-turut. Tidak seperti pada tarikan pada posisi 1 (*downward again*) pada posisi oksipito anterior, janin tidak boleh bergerak kecuali ditarik ke arah bawah seperti posisi 1. Jika penolong gagal melakukan penarikan kepala dengan cara melakukan traksi di posisi frontoanterior, hal ini disebabkan oleh kepala janin yang tidak tertarik dengan benar dalam posisi 1 (*downward*) kepala.



Gambar 11. Persalinan menggunakan forceps pada posisi frontoanterior.
 a. *pulling downward*, dengan tenaga yang kuat, b. *pulling outward and slightly upward*, c. *pulling downward again*¹⁰

- Setelah penunjuk (*protuberance*) oksipital eksternal lahir, tarikan lain dilakukan seperti pada posisi 1 (*pulling downward again*) untuk melahirkan dahi, wajah dan dagu janin (gambar 2.27c). Dalam hal ini direkomendasikan untuk menarik janin seperti membayangkan bentuk gelombang.
- Episiotomy dapat dipertimbangkan untuk dilakukan saat kepala mulai *crowning*

7. Membuka dan melepaskan sendok forceps

- Pada umumnya forceps harus dilepaskan segera setelah kepala janin berhasil dilahirkan (saat penunjuk (*protuberance*) oksipital eksternal lahir) atau ketika dahi lahir, untuk

menghindari trauma oleh sendok forceps terhadap jalan lahir khususnya perineum

- Pelepasan forceps sebaiknya berlawanan dengan arah saat pemasangan yaitu daun forceps kanan terlebih dahulu kemudian daun forceps kiri searah dengan sumbu pelvis dan sumbul kepala. Jika memungkinkan, lindungi perineal saat pelepasan forceps dilakukan.

8. Lakukan evaluasi pemeriksaan jalan lahir dan janin untuk memastikan ada tidaknya komplikasi yang terjadi

Ketika persalinan dengan forceps gagal dilakukan, terminasi perabdominal menjadi pilihan. Ringkasan perubahan persalinan dengan forceps menjadi persalinan perabdominal dirangkum pada tabel 1.^{10,3,4,8-10,16-23}

Tabel 1. Ringkasan perubahan persalinan dengan forceps menjadi persalinan perabdominal¹⁰

1	Kondisi <i>Non Reassuring Fetal Status</i> , melakukan perubahan postur dan elevasi kepala janin dan pemberian tokolitik
2	Jika ibu dalam pemberian oksitosin, cairan harus diganti dengan cairan elektrolit atau koloid. Lakukan persalinan perabdominal cito dengan merelaksasikan kontraksi uterus melalui pemberian ritodrine hydrochloride atau nitroglicerine jika diperlukan
3	Pastikan untuk membawa forceps di ruang operasi dikarenakan kemungkinan kepala janin sudah melakukan <i>decent</i> , untuk membantu saat traksi kepala

Pada beberapa kondisi dapat terjadi beberapa penyulit, diantaranya :¹⁰

- Gagal forceps
- Kesulitan pemasangan forceps
- Kesulitan dalam penarikan dan pemasangan forceps

Komplikasi Tindakan Forceps

a. Risiko maternal

Risiko maternal persalinan forceps diketahui sejak awal. Cedera ibu termasuk lacerasi perineum atau luka bekas episiotomi, kerusakan sfingter perineal dan anal, cedera kandung kemih atau uretra, robekan serviks, ruptur uterus, dan atau gangguan uretra. Penyebab utama komplikasi paling serius adalah pemasangan dan ekstraksi “forsep tinggi”, yang telah dilakukan selama bertahun-tahun. Jika dibandingkan dengan

persalinan spontan pervaginam, persalinan dengan bantuan forceps memiliki insidensi yang lebih tinggi terjadinya laserasi jalan lahir yang berat. Terlebih jika dilakukan pada forceps tinggi atau partus tak maju, makrosomia, atau abnormalitas rotasi. Kejadian makin meningkat dan kehilangan darah banyak tidak dapat dihindari. Hematoma dapat terlihat pada dinding vagina atau vulva. Saat pelepasan forceps terhambat, laserasi pada dinding vagina posterior dapat terjadi. Tarikan yang terlalu kuat atau mendadak menyebabkan ekspulsi spontan kepala bayi mendadak atau tarikan pada forceps tinggi dapat menyebabkan laserasi perineum grade IV.^{3,4,12,17,24}

b. Risiko janin

Risiko janin saat persalinan oleh forsep hanya dapat diterima dalam konteks bahaya ibu yang lebih

besar dari alternatif manapun. Sangat jelas bahwa risiko janin, dapat berupa memar atau trauma wajah dan luka goresan, sefalhematoma, kelumpuhan saraf wajah,aktur tengkorak, robekan intrakranial dan perdarahan terjadi terutama dalam operasi forsep rendah dengan rotasi dan dalam operasi midforsep. Beberapa konsensus yang menjelaskan bahwa persalinan forsep tidak menimbulkan resiko pada bayi. Manfaat tindakan forsep profilaksis rutin yang awalnya muncul di masa lalu mungkin tidak lagi relevan di era moderen.^{3,4,10,15,21-25}

Status Persalinan Forceps saat ini

Ekstraksi forceps memiliki sejarah yang panjang. Mesir Kuno menuliskan gambar yang mengacu pada forceps. Hal ini diduga bahwa ini instrumen digunakan untuk ekstraksi janin yang mati. Mereka telah mengetahui bahwa retensi janin mati intrauterin dapat menginduksi situasi kritis ibu. Setelah ketujuh belas abad, beberapa prekursor instrumen modern yang digunakan secara langsung pada janin telah dikembangkan. Pada tahun 1845 Profesor James Simpson merancang forceps yang dihitung berdasarkan kesesuaian kepala janin dan sumbu panggul maternal. Dee Lee kemudian memodifikasi forceps setelah beberapa tahun penggunaannya, yang kemudian saat ini digunakan secara umum pada praktek kebidanan di kehidupan modern. Walaupun dahulu persalinan pervaginam merupakan hal yang harus dipilih daripada persalinan perabdominal, saat ini situasone berubah secara drastis dengan meningkatnya teknik persalinan perabdominal. Manajemen yang aman menjadikannya menjadi alternatif yang lebih baik daripada operatif persalinan pervaginam terutama forceps.

Selama beberapa dekade berikutnya, ekstraksi vakum mengalami sejumlah modifikasi dan dapat bersaing dengan forceps dalam beberapa indikasi dan situasi. Selain itu, forceps saat ini mempersempit indikasi dan diadopsi dalam praktek kebidanan, prinsip-prinsip yang diteruskan dari konsulen kepada residen saat ini dirasa sulit diperoleh. Dikarenakan persalinan perabdominal (SC) dapat menghindari beberapa komplikasi yang dapat timbul pada persalinan operatif pervaginam. Persalinan dengan ekstraksi forceps dikenal memiliki risiko tinggi timbulnya komplikasi pada

janin, membuat ekstraksi forceps banyak ditinggalkan ditambah dengan meningkatnya kepercayaan akan malpraktek, sehingga banyak masyarakat yang menganggap bahwa forceps merupakan malpraktek bila timbul komplikasi yang tidak diharapkan. Akibatnya, penggunaan forceps telah menurun secara signifikan pada tahun 1980.

Disisi lain, Sebaliknya, tidak peduli seberapa banyak manajemen perioperatif operasi caesar telah membaik, persalinan perabdominal meningkatkan angka morbiditas dan mortalitas ibu yang jauh lebih tinggi daripada persalinan pervaginam. Persalinaan operatif pervaginam juga memiliki beberapa keuntungan terutama dari segi aspek ekonomi. Sehingga, tenaga kesehatan harus memiliki keterampilan yang baik dalam penggunaan forceps. ebagai metode “trial-and-error” untuk keterampilan dalam kebiasaan dan lama telah usang, sistem pendidikan baru diperlukan untuk menetapkan keterampilan teknik forceps.^{3,8-10,17-8}

PENUTUP

Posisi oksiput posterior atau frontoanterior merupakan presentasi belakang kepala dengan ubun-ubun kecil (UUK) berada dibelakang sacroiliac atau secara langsung diatas sacrum. Posisi Oksiput Posterior Persisten (POPP) merupakan abnormalitas posisi atau malposisi janin saat terjadi kegagalan atau tidak terjadi rotasi UUK ke arah anterior simfisis (pada normoposisi) atau dengan kata lain posisi oksiput kepala janin tetap berada di posisi posterior sacroiliac. Proses persalinan dipengaruhi oleh tiga faktor yang berperan yaitu kekuatan mendorong janin keluar (power), janin (passanger) dan jalan lahir (passage). Apabila salah satu ketiga faktor ini mengalami kelainan, maka persalinan tidak dapat berjalan normal sehingga perlu dilakukan persalinan dengan tindakan. Permasalahan yang masih dihadapi dalam pembangunan kesehatan saat ini adalah belum optimalnya akses pelayanan kesehatan. Ekstraksi forceps merupakan salah satu dari dua instrumen tindakan obstetrik operatif yang bertujuan untuk menolong persalinan melalui jalan lahir atau pervaginam.

Penolong persalinan diharapkan memiliki pengalaman dan pengetahuan meliputi cara

penggunaan forceps yang tepat akan menjamin kinerja yang sukses, aman, dan stabil dalam persalinan, sehingga dapat menurunkan angka kematian ibu dan bayi, meminimalisir risiko dan komplikasi dari tindakan forceps, serta untuk menurunkan angka persalinan perabdominal terutama pada fasilitas kesehatan yang tidak memiliki sarana ruang operasi.

DAFTAR PUSTAKA

1. World Health Organization. Maternal mortality. c2020. [cited 2021 Feb 29]. Available from : <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
2. Kemenkes Indonesia. Kemenkes dorong pembangunan SFM era 4.0. Jakarta : Departement Kesehatan Republik Indonesia. c2020 [cited 2021 Feb 29]. Available from : <https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/umum/20190312/4529704/kemenkes-dorong-pembangunan-sdm-era-4-0/>
3. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, et al. Obstetri Williams. Ed 25th. USA : McGraw-Hill Companies. 2019. p729-60.
4. Dutta, D. & Konar, H. DC Dutta's Textbook of Gynecology. DC Dutta's Textbook of Gynecology (2016). doi:10.5005/jp/books/12997.
5. Prawirohardjo S. Malpresentasi dan malposisi dalam Ilmu kebidanan. Edisi 5. Jakarta : PT Bina Pustaka. 2016
6. World Health Organization. Maintaining essential health service. c2020 [cited 2021 Feb 29]. Available from : https://www.who.int/docs/default-source/searo/indonesia/covid19/maintaining-essential-health-services---ind.pdf?sfvrsn=d8bbc480_2
7. Bappenas Indonesia. Transisi demografi dan epidemiologi. Jakarta: Kementrian PPN/Bappenas [cited 2020 Jan 29]. Available from : https://www.bappenas.go.id/files/8515/9339/1872/FA_Preview_HSR_Book01.pdf
8. Goyena, R. & Steven G, G. Obstetrics : normal and problem pregnancies. Journal of Chemical Information and Modeling vol. 53 (2019).
9. Mochtar R. Sinopsis obstetri fisiologi, obstetric patologi. jilid 1. Ed 3. EGC.2011
10. Takeda S. New Assessment of fetal descent and forceps delivery. Springer Science. 2018. (https://doi.org/10.1007/978-981-10-4735-0_1)
11. Barth WH Jr: Persistent occiput posterior. *Obstet Gynecol* 125(3):695, 2015
12. Cheng YW, Hubbard A, Caughey AB, et al. The association between persistent fetal occiput posterior position and perinatal outcomes: an example of propensity score and covariate distance matching. *American Journal of Epidemiology*. Oxford University. 2010
13. Aiken AR, Aiken CE, Alberry MS, et al: Management of fetal malposition in the second stage of labor: a propensity score analysis. *Am J Obstet Gynecol* 212(3):355.e1, 2015
14. Bradley MS, Kaminski RJ, Streitman DC, et al: Effect of rotation on perineal lacerations in forceps-assisted vaginal deliveries. *Obstet Gynecol* 122(1):132, 2013
15. Malvasi A, Tinelli A, Barbera A, et al: Occiput posterior position diagnosis: vaginal examination or intrapartum-sonography? A clinical review. *J Matern Fetal Neonatal Med* 27(5):520, 2014
16. Yagel O, Cohen SM, Lipschutz M, et al. Higher rates of operative delivery and maternal and neonatal complications in persistent occiput posterior position with a large head circumference: a retrospective cohort study. *Fetal Diagnosis and Therapy*. Karger. 2017
17. Contag SA, Clifton RG, Bloom SL, et al: Neonatal outcomes and operative vaginal delivery versus cesarean delivery. *Am J Perinatol* 27(6):493, 2010
18. Merriam AA, Ananth CV, Wright JD, et al: Trends in operative vaginal delivery, 2005–2013: a population-based study. *BJOG* 124(9):1365, 2017
19. Le Ray C, Deneux-Tharaux C, Khireddine I, et al: Manual rotation to decrease operative delivery in posterior or transverse positions. *Obstet Gynecol* 122(3):634, 2013
20. Hagadorn-Freathy AS, Yeomans ER, Hankins GD: Validation of the 1988 ACOG forceps classification system. *Obstet Gynecol* 77:356, 1991

21. Prawirohardjo S. Ekstraksi cunam dalam Ilmu bedah kebidanan. Edisi 5. Jakarta : PT Bina Pustaka. 2014
22. Solt I, Jackson S, Moore T, et al: Teaching forceps: the impact of proactive faculty. Am J Obstet Gynecol 204(5):448.e1, 2011
23. Ghi T, Youssef A, Martelli F, et al. A narrow subpubic arch angle is associated with a higher risk of persistent posterior occiput position at birth. Department of Obstetrics and Gynecology, Tor Vergata University, Rome, Italy. 2015
24. Decherney AH, Nathan L, Laufer N, Roman AS. Current diagnosis and treatment obstetric and gynecology. 11th ed. Lange. Mc Graw Hill. 2013
25. Cohen WR, Friedman EA. Labor and delivery care a practical guide. Wiley Blackwell. UK. 2011