

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Letak Sungsang

2.1.1 Definisi Letak sungsang :

1. Letak Sungsang adalah letak memanjang dengan bokong sebagai bagian yang terendah (Rukiyah, 2010).
2. Letak sungsang merupakan letak longitudinal dengan bokong jann di kutub bawah uterus. Denominatornya sacrum dan diameter presentasi bitrokanter (10cm) (Boyle, 2008)
3. Letak sungsang adalah letak membujur dimana kepala terletak di fundus uteri sedangkan bokong di atas simpisis (Manuaba, 2004).

2.1.2 Jenis - jenis pada letak sungsang :

1. Presentase bokong murni (Frank breech, 50-70%). Pada presentase bokong akibat ekstensi kedua sendi lutut, kedua kaki terangkat keatas sehingga ujungnya terdapat setinggi bahu atau kepala janin. Dengan demikian pada pemeriksaan dalam hanya dapat di raba bokong.
2. Presenttasi bokong kaki sempurna (complete breech, 5-10%). Pada presentasi bokong kaki sempurna di samping bokong dapat di raba kaki.
3. Presentasi bokong kaki tidak sempurna dan presentasi kaki (incomplete or footling, 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 (Marmi, 2012).

2.1.3 Etiologi pada letak sungsang

a) Multiparitas

Ibu telah melahirkan banyak anak sehingga rahimnya sudah sangat elastis dan membuat janin berpeluang besar untuk berputar hingga minggu ke-37 dan seterusnya dan juga jika ibu memiliki riwayat persalinan sungsang akan kemungkinan mengalami persalinan sungsang kembali (grandemulti gravida).

b) Berat lahir rendah pada kelahiran preterm dan menyebabkan pertumbuhan terhambat (Cunningham, 2006). Sehingga muncul rasa khawatir jika terjadi masalah dalam kehamilannya bahwa ada kemungkinan bayinya tidak normal seperti pada letak sungsang (Indrayani, 2013).

c) Gemelli

Adanya lebih dari satu janin dalam rahim menyebabkan terjadinya perebutan tempat. Setiap janin berusaha mencari tempat yang lebih nyaman, sehingga ada kemungkinan bagian tubuh yang lebih besar yakni bokong janin berada di bagian bawah rahim. Pada kasus bayi kembar, kemungkinan sungsang menjadi lebih besar sebab janin yang kepalanya berputar ke arah bawah lebih dulu akan membuat rongga panggul ibu susah dilalui janin kembarannya. Maka pada bayi kembar, posisi salah satu janinnya sungsang.

d) Hidramnion

Jumlah air ketuban yang melebihi normal menyebabkan janin lebih leluasa bergerak walau sudah memasuki trimester ketiga.

e) Hidrosefalus

Besarnya ukuran kepala akibat kelebihan cairan (hidrosefalus) membuat janin mencari tempat yang lebih luas yakni di bagian atas rahim (fundus uteri).

f) Plasenta

- 1) Adanya plasenta previa yang menutupi jalan lahir dapat mengurangi luas ruangan dalam rahim. Akibatnya, janin berusaha mencari tempat yang lebih luas yakni di bagian atas rahim
- 2) Adanya lilitan tali pusat dan tali pusat yang pendek akibatnya bayi tidak bisa memutar .

g) Panggul sempit

Sempitnya ruang panggul mendorong janin mengubah posisinya menjadi sungsang. Kepala di fundus dan bokong di bagian terendah janin.

h) Kelainan panggul

Terdapat berbagai tumor dalam ruang panggul sehingga menyebabkan janin letak sungsang.

(Rohani, 2011)

2.1.4 Diagnosis

- a) Anamnesis : pergerakan anak teraba oleh ibu di bagian perut bawah, ibu sering merasa ada benda keras (kepala) yang mendesak tulang iga dan rasa nyeri pada daerah tulang iga karena kepala janin (Rukiyah, 2010)

- b) Pemeriksaan palpasi leopard

Leopold I : Fundus teraba kepala, bulat keras dan melenting.

Leopold II : Bagian kanan atau kiri teraba punggung atau bagian kecil janin.

Leopold III: Teraba bokong agak bulat, lunak, tidak melenting.

c) Pemeriksaan auskultasi

Pada pemeriksaan ini punctum maksimum/letak DJJ yang paling jelas terdengar di atas pusat.

d) Pemeriksaan rontgen

Kesan terlihat bayangan kepala pada fundus

e) Pelvimetri CT Scan dapat di gunakan untuk memberkan informasi tentang tipe prosentase bokong, ada tidaknya fleksi kepala bayi, dan pengukuran panggul secara akurat (William, 2006)

f) Pemeriksaan dalam (vaginal toucher)

Teraba sacrum, anus, tuber ischiadicum, kadang-kadang kaki atau lutut.

Perlu diedakan beberapa perbedaannya dalam hasilnya sebagai berikut :

1. Apabila menemukan lubang kecil tanpa tulang, tidak ada hisapan, terdapat mekonium. Kesimpulannya adalah anus.
2. Apabila menekan lubang, menghisap, lidah, prosesua zigomatikus. Maka kesimpulannya adalah mulut.
3. Apabila menemukan tumit, sudut 90% dengan jari-jari rata maka kesimpulannya adalah kaki.
4. Apabila menemukan jari-jari panjang tidak rata dan terdapat sudut maka dapat di simpulkan hal tersebut adalah tangan.

5. Apabila teraba pattela dan poplitea, maka kesimpulannya adalah lutut.

(Indrayani, 2013)

2.1.5 Patofisiologi

Faktor yang dapat meningkatkan insiden letak sungsang meliputi prematuritas atau restriksi pertumbuhan intra uterus. Sebelum usia gestasi 34 minggu, janin memiliki ruang yang luas untuk melakukan manuver in utero yang dapat mengakibatkan kelahiran bayi menjadi BBLR. Malformasi congenital seperti hidrosefalus juga menjadi predisposisi letak sungsang, kepala janin diperkirakan lebih baik di tampung di fundus uteri. Janin juga memiliki ruang yang luas untuk bergerak saat uterus distensi, seperti pada polihidramnion yang berpengaruh terhadap peningkatan resiko prolaps tali pusat saat ketuban pecah. Sebaliknya oligohidramnion dapat menjadi predisposisi pada letak sungsang di karenakan cairan amnion sedikit menyebabkan gerakan janin terhambat dan janin “terperangkap” dalam presentasi yang di ambil pada trimester kedua. Kehamilan multiple, abnormalitas uterus misal berseptum atau septum parsial, neoplasma uterus seperti leiomyomata, adanya fibroid uterus dan implantasi plasenta baik pada regio kornu fundus maupun pada segmen bawah uterus (Plasenta Previa). Walaupun klasifikasi panggul controversial, teks obstetric sering merujuk peningkatan resiko letak sungsang dengan beberapa bentuk panggul meliputi bentuk panggul platipeloid (datar anterioposterior) dan android (berbentuk jantung) dimana kondisi masuknya kepala ke panggul lebih sulit (Boyle, 2008).

2.1.6 Prognosis

1. Bagi janin

Dapat menimbulkan asfiksia karena adanya gangguan peredaran darah plasenta setelah bokong dan perut lahir dimana tali pusat terjepit antara kepala dan panggul dan dapat terjadi persalinan premature karena bentuk rahim relative kurang lonjong.

2. Bagi ibu

Risiko terkena infeksi karena robekan perineum yang lebih besar dan karena tindakan yang dilakukan, jika ketuban pecah dini (KPD) dapat terjadi partus lama dan infeksi.

(Rukiyah, 2010)

2.1.7 Komplikasi Kelahiran Sungsang pervaginam

a) Bagi ibu dengan faktor predisposisi, seperti diabetes fetopelvik, bayi makrosomia sebelumnya atau kecurigaan bayi besar dan kemajuan persalinan yang buruk maka di anjurkan untuk diet karbohidrat (Chapman, 2008).

b) Peningkatan resiko Ketuban Pecah Dini (Medforth, 2012).

c) Peningkatan prolaps tali pusat dan kompresi tali pusat

Prolaps tali pusat yang mengakibatkan asfiksia janin dapat terjadi jika ketuban pecah baik pecah spontan atau maupun sengaja di pecah. Insiden prolaps tali pusat meningkat pada persalinan preterm (penyebab presentase sungsang) yang menyebabkan bagian presentase kecil dan beragam, bergantung pada tipe sungsang (Woorwad, 2012).

d) Terkadang wanita mengalami desakan prematur untuk mengejan (Medforth, 2012).

e) Asfiksia dan Hipoksia

Janin memiliki peningkatan kemampuan membawa oksigen karena memiliki hemoglobin yang tinggi dan curah jantung yang relatif tinggi.

Akan tetapi, suplai oksigen dapat berkurang akibat perubahan pada:

- 1) Oksigenasi maternal dan aliran darah maternal (penyakit jantung atau pernapasan atau hipotensi maternal akibat posisi supine, epidural, hemorragi atau syok, bahkan pada kelainan letak sungsang).
- 2) Sirkulasi janin (kompresi tali pusat, abnormalitas fungsi jantung janin).

(Medforth, 2012)

Hipoksia teridentifikasi sebagai penyebab tersering kematian bayi sungsang. CESDI (2000) mengatakan bahwa tidak di ketahuinya dan tindakan terlalu cepat merupakan faktor utama (Chapman, 2008).

f) Pelepasan plasenta secara prematur

Jika tubuh bayi telah lahir, mungkin terdapat pelepasan plasenta akibat kontraksi dan retraksi uterus yang menyebabkan hipoksia pada bayi (Woodward, 2012)

g) Hemorragi intrakranial : dekompresi cepat kepala yang keluar (after coming). Karena kepala janin berjalan cepat melewati panggul ibu, tidak ada waktu untuk molase bertahap tulang tengkorak yang biasanya

terjadi pada presentase verteks. Tengkorak janin harus lahir perlahan dan pasti untuk menghindari dekompresi cepat tengkorak janin yang dapat mengakibatkan robekan dura mater yang melapisi otak serta pembuluh darah besar, yang menyebabkan perdarahan intraserebral (Woodward, 2012).

h) Fraktur, kerusakan saraf/otot, ruptur organ internal.

Kerusakan pada bayi akibat penanganan yang tidak tepat dan berlebihan selama kelahiran dapat terjadi dan mencakup paralisis saraf brakialis dan fraktur klavikula, femur, humerus, dan bahkan spina servikal. Hati, ginjal, dan kelenjar adrenal janin dapat rusak jika area abdomen tertekan. Untuk menghindari trauma pada organ interna, bayi harus di genggam dan di pegang pada gelang panggul bukan pada batang tubuh. Rahang bayi dapat dislokasi jika pemimpin persalinan menggunakan mulut bayi bukan tulang pipi bayi, untuk menciptakan traksi pada saat kelahiran menggunakan metode mauriceau (Woodward, 2012)

i) Edema/ memar pada kaki dan genitalia janin

a) Peningkatan resiko kelahiran per-operatif.

b) Peningkatan resiko morbiditas dan mortalitas perinatal

(Medforh,2013)

2.1.8 Penatalaksanaan Medis Pada Kehamilan dengan Letak Sungsang.

1. Pastikan presentasi dengan ultrasonografi. Ini akan menggambarkan tipe presentasi bokong. Pelahiran pervaginam dapat diterima hanya untuk presentasi frank atau yang sempurna.
2. Lakukan biometri ultrasonografi untuk mendapatkan perkiraan berat badan janin. Singkirkan adanya hiperekstensi kepala janin (Liu, 2008).
3. Pendapat lain menyatakan salah satu jalan untuk dapat melakukan versi luar alami adalah melakukan knee chest untuk letak sungsang atau lintang yang di lakukan 3 kali selama 10-15 menit, mulai usia kehamilan 28 – 32 minggu dengan harapan air ketuban relative banyak dan ruang uterus lebih longgar. Bila tidak berhasil maka konsultasi ke dokter terutama primigravida sehingga tindakan yang akan di ambil adalah melakukan seksio sesaria (Manuaba, 2012).

2.1.9 Penatalaksanaan Medis Pada Persalinan dengan Letak Sungsang.

- 1) Posisi ibu untuk kelahiran sungsang.
 - a) Posisi semi-rekumber, adaptasi litotomi
 - b) Posisi menungging
 - c) Posisi berdiri atau jongkok
- 2) Persalinan presentase bokong pervaginam

Ada tiga cara persalinan sungsang lewat vagina :

1. Spontan, yaitu persalinan yang terjadi sepenuhnya secara spontan dengan tenaga ibu dan kontraksi uterus tanpa di lakukan tarikan atau manipulasi sedikitpun selain memegang janin yang dilahirkan. Jenis ini disebut persalinan Bracht.

2. Ekstraksi parsial, yaitu persalinan yang terjadi secara spontan sampai umbilicus tetapi selanjutnya dilakukan ekstraksi. Jadi janin lahir dengan kekuatan ibu, his, dan tenaga penolong. Misalnya dengan cara klasik, muller dan mauriceau.
3. Ekstraksi total, yaitu persalinan yang terjadi dengan cara seluruh tubuh janin di ekstraksi oleh tenaga penolong persalinan/ dokter. Misalnya pada ekstraksi kaki atau ekstraksi bokong.

Pada persalinan presentasi bokong terdapat 3 fase, yaitu :

a. Fase Lambat

Dilakukan sebelum bokong lahir dengan tetap melakukan pemantauan. Jangan melakukan kristelar/dorongan pada fundus karena dapat mengakibatkan tangan janin menjungkit ke atas (nuche arm).

b. Fase bertindak cepat

Setelah bayi lahir sampai pusat, janin harus dilahirkan dalam waktu maksimal 8 menit karena tali pusat terhimpit antara badan dan panggul. Bila tidak terjadi secara spontan, maka harus dilakukan manual aid dengan persalinan ekstraksi parsial dengan cara klasik, muller, lovset, mauriceau.

c. Fase Lambat

Pada saat mulut lahir, seluruh kepala kemudian di lahirkan pelan-pelan untuk menghindari resiko perdarahan intracranial akibat perbedaan tekanan di dalam uterus dan di dunia luar dimana tekanan luar lebih rendah.

Pertolongan persalinan pervaginam dilakukan pada ibu multi gravida dan telah disingkirkan kemungkinan kesempitan panggul maupun adanya tumor di jalan lahir. Episiotomi lakukan pada saat bokong membuka vulva dan perineum sudah tegang. Metode yang dapat digunakan pada persalinan bokong pervaginam yaitu :

a) Bracht

Pada persalinan presentase bokong yang terjadi secara spontan, persalinan spontan terjadi sepenuhnya merupakan hal secara spontan tanpa dilakukan tarikan atau manipulasi sedikitpun selain memegang janin ketika bokong sudah lahir.

a. Setiap ada his ibu disuruh meneran.

b. Bila bokong sudah lahir, penolong kemudian memegang bokong janin tanpa melakukan tarikan dengan cara kedua ibu jari penolong diletakan pada paha janin sedangkan keempat jari pada kedua tangan mencengkram bagian sacrum janin. Pada saat perut lahir, penolong mengendorkan tali pusat. Karena tali pusat terjepit antara kepala janin dan panggul maka janin harus lahir maksimal 8 menit.

c. Setelah angulus scapula inferior lahir , kemudian melakukan hiperlordosis yaitu bokong diarahkan ke perut ibu dengan ekstraksi parsial.

d. Untuk pertolongan bayi segera setelah lahir dengan presentasi bokong perlu di siapkan persiapan resusitasi sebelum persalinan untuk persiapan penanganan asfiksia.

b) Ekstraksi parsial (Cara Klasik)

Cara klasik bertujuan untuk melahirkan bahu belakang terlebih dahulu. Bahu belakang mempunyai daerah yang lebih luas dengan kurvatura sakral. Adapun prosedurnya sebagai berikut :

- a. Setelah bokong bayi lahir, pegang bokong hingga kaki lahir. Jangan lupa untuk mengendorkan tali pusat. Pegang bokong janin dengan menggunakan ibu jari yang berdampingan pada os sacrum.
- b. Selanjutnya bayi di tarik ke bawah sehingga scapula di bawah symphysis.
- c. Bila bahu belakang bayi bahu kiri, maka bayi dipegang dengan tangan kanan penolong pada pergelangan kaki, dengan cara jari telunjuk diselipkan pada kedua kaki janin kemudian bayi ditarik ke arah kanan atas ibu. Bahu dan lengan belakang kiri bayi di lahirkan dengan tangan kiri penolong. Caranya dua jari tangan kiri menelusuri punggung janin sampai dengan fossa cubiti. Bahu kanan bayi di lahirkan dengan gerakan seolah-olah tangan bayi mengusap muka.
- d. Langkah selanjutnya memegang kaki, kemudian bayi di tarik ke bawah samping berlawanan arah dengan tarikan pertama dengan gerakan yang sama seperti melahirkan bahu belakang, lahirkan bahu bayi sebelah depan.

c) Metode perasat Muller

Metode muller bertujuan untuk penanganan kelahiran bahu depan terlebih dahulu. Caranya sebagai berikut :

- a. Setelah janin lahir sampai perut, longgarkan tali pusat, pegang bokong janin dengan menggunakan ibu jari sejajar pada os sacrum dan keempat ibu jari di femur bagian depan.
- b. Selanjutnya janin di tarik ke bawah sehingga angulus scapula (sudut atau daerah segitiga scapula) di bawah symphysis.
- c. Kemudian melahirkan bahu depan terlebih dahulu dengan cara yang sama dengan klasik untuk melahirkan bahu depan, bayi di tarik ke bawah samping, kemudian dua jari menelusuri punggung sampai fosa cubiti (daerah pada anterior siku), lengan depan lahir dengan cara seperti gerakan tangan janin mengusap muka serta di tarik ke atas samping/kontra lateral untuk melahirkan bahu dengan lengan bawah.

d) Cara Lovset

- a. Mekanisme kerja metode ini, bahu belakang selalu berada pada letak yang lebih rendah di bandingkan dengan bahu depan sehingga dengan memutar bahu belakang menjadi bahu depan maka bahu akan lahir dengan mudah dibawah symphysis.
- b. Setelah bayi dalam posisi anteroposterior, pegang bokong bayi dengan kedua tangan penolong. Tarik ke bawah sampai scapula berada di bawah symphysis.

- c. Pegang bayi pada dada dan punggung kemudian bayi di putar 180° sampai bahu belakang berubah menjadi bahu depan dan lahir.
 - d. Dengan arah yang berlainan dengan putara pertama, bayi di ulang di putar 180° sampai kedua bahu lahir.
- e) Ekstraksi Kaki

Ekstraksi kaki lebih mudah dilakukan dibanding ekstraksi bokong.

Adapun caranya sebagai berikut :

- a. Tangan kanan penolong secara obtetrik dimasukan kedalam introitus vagina kemudian setelah menemukan bokong janin, menyusuri sampai paha hingga ke lutut. Lakukan gerakan abduksi (gerakan menjauhi sumbu media/tengah) dan fleksi pada janin. Tangan kiri melakukan tekanan ke arah bawah pada fundus. Tangan yang berada dalam vagina memegang pergelangan tungkai janin dan di tarik keluar dengan perlahan sampai lutut tampak di vulva
- b. Setelah kedua kaki lahir, maka kedua tangan penolong memegang betis bayi lalu dilakukan tarikan ke bawah hingga pangkal paha lahir kemudian tangan berpindah memegang pangkal paha dan di ulangi ditarik ke arah bawah hingga kedua trokhanter atau bokong lahir.
- c. Selanjutnya bayi dilahirkan dengan manual aid seperti ekstraksi parsial.

f) Ekstraksi bokong

Dilakukan pada presentase bokong murni dan bokong berada di dasar panggul. Jari telunjuk dimasukan kedalam introitus vagina menelusuri bokong hingga sampai pada lipas paha kemudian melakukan tarikan ke arah bawah hingga trochanter lahir. Agar tarikan lebih kuat, maka tangan kiri penolong memegang tangan kanan. Setelah kedua lipas paha dan melakukan tarikan ke bawah sampai bokong lahir. Selanjutnya bayi di lahirkan dengan manual aid seperti ekstraksi parsial.

Apabila traksi sedang tidak berhasil melahirkan bayi dengan presentase bokong, kelahiran pervaginam hanya dapat di lakukan melalui dekomposisi presentasi bokong. Tindakan ini mencakup manipulasi intrauterin untuk mengubah bokong murni menjadi presentasi kaki. Prosedur tsb lebih mudah untuk dikerjakan jika ketuban baru saja pecah dan menjadi sangat sulit dilakukan bila ketuban sudah pecah lama.

Dekomposisi bokong dilakukan dengan perasat pinard. Perasat pinard akan membantu menurunkan kaki janin sehingga berada dalam jangkauan penolong penolong, dua jari penolong menyusuri salah satu ekstermitas bawah hingga mencapai sendi lutut lalu mendorong bagian tersebut ke arah lateral. Biasanya tindakan ini akan di ikuti oleh fleksi spontan dan kaki bayi akan terasa menyentuh punggung tangan. Dengan demikian kaki bayi dapat di pegang dan di turunkan. Bahaya dari tindakan ekstraksi bokong

adalah dapat terjadi fraktur pada bokong dan partus macet serta dapat pula terjadi after coming head.

g) Cara melahirkan kepala bayi

a. Cara Mauriceau

Manuver ini tujuannya untuk melahirkan kepala janin. Janin di letakan di lengan kiri bawah penolong seperti menunggang kuda. Jari tengah dimasukan ke dalam mulut sedangkan jari telunjuk dan jari manis diletakan pada maksila untuk menjaga kepala janin dalam keadaan fleksi. Tangan kanan memegang kedua bahu janin dengan dua jari diletakan pada bahu kanan dan kiri. Pendamping persalinan di minta menekan supra pubik. Janin kemudian di tarik ke bawah searah sumbu panggul sampai semua kepala lahir.

b. Perasat Prague

Sangat jarang terjadi, punggung janin gagal berputar ke depan. Namun apabila hal ini terjadi, Rotasi punggung ke depan dapat dilakukan dengan melakukan tarikan kuat pada tungkai janin atau bagian tulang punggungnya. Jika punggung masih tetap menghadap ke belakang, ekstraksi dapat dilakukan dengan perasat mauriceau dan melahirkan janin dengan punggung menghadap ke bawah. Jika hal ini tidak dapat dilakukan , janin masih dapat dilahirkan dengan perasat prague termodifikasi. Perasat termodifikasi yang dipraktikan sekarang dilakukan

dengan dua jari untuk memegang bahu janin dari bawah, sementara tangan yang lain menarik ke atas ke arah abdomen ibu.

- c. Cunam piper digunakan kalau pengeluaran kepala bayi dengan bracht atau mauriceau gagal. Caranya :

Tangan dan badan bayi di bungkus kain steril, di angkat ke atas, cunam piper di pasang melintang terhadap panggul dan kepala kemudian di tarik.

(Indrayani, 2013)

3) Poin penting dalam kelahiran sungsang pervaginam

- a) Karena tubuh bayi dapat melewati serviks sebelum pembukaan lengkap, ibu dapat merasakan dorongan prematur untuk mengejan. Oleh sebab itu, selalu memeriksa pembukaan lengkap adalah penting sebelum mendorong ibu agar mengejan untuk menghindari kepala terperangkap di serviks yang berdilatasi sebagian. Hal ini dapat mengakibatkan asfiksia.
- b) Sejak kelahiran dengan diameter bitrokanter (pinggul bayi) hingga kelahiran tidak boleh dilakukan lebih dari 15 menit.
- c) Saat tubuh lahir, kendurkan tali pusat perlahan jika perlu untuk menghindari spasme dan konstriksi pembuluh darah. Tali pusat dapat di gunakan untuk merasakan jantung janin selain mengobservasi pergerakan dada. Denyut jantung janin kadang lambat akibat kemungkinan refleks otonom untuk memelihara oksigen pada sistem janin saat area permukaan uterus menyempit.

d) Jika janin masuk panggul pada posisi sakroposterior, persalinan macet dan kelahiran menjadi lebih sulit. Kepala masuk panggul pada posisi oksipitoposterior saat oksiput bergerak ke rongga sakrum menyebabkan kepala defleksi dan meningkatkan diameter tersebut.

4) Mekanisme Persalinan Sungsang

a) Bokong dan ekstermitas bawah

Letak bayi longitudinal, sikap bayi flexi sempurna, posisi bayi sakroanterior kiri. Bagian presentase adalah bokong anterior (kiri). Diameter bitrokanter (10cm) di mulai dari panggul pada diameter oblik pintu atas panggul dan sakrum menonjol ke penonjolan iliopektineal kiri. Penurunan terjadi dengan peningkatan kompaksi. Bokong anterior mencapai dasar panggul pertama kali dan rotasi ke depan sekitar seperdelapan lingkaran hingga terletak di bawah simphisis pubis. Diameter bitrokanter sekarang terletak di diameter anteroposterior pintu bawah panggul. Bokong anterior melewati bagian bawah simphisis pubis, bokong posterior menyapu perineum dan d lahirkan dengan fleksi lateral. Bokong anterior mengalami restitusi dengan sisi kanan ibu. Penurunan terus berlanjut, tungkai secara spontan keluar dari vulva.

b) Bahu dan lengan

Bahu masuk panggul pada diameter oblik kiri panggul. Bahu anterior memimpin, berotasi seperdelapan lingkaran ke depan pada dasar panggul, dan lengan serta bahu melewati bagian bawah simphisis pubis. Lengan posterior dan bahu kemudian lahir.

c) Kepala

Kepala turun ke dalam panggul dan menancap ketika bahu di pintu bawah panggul dengan sutura sagital pada diameter transversa pintu atas panggul. Oksiput terletak di kuadran anterior panggul. Oksiput mencapai dasar panggul pertama kali dan berotasi seperdelapan lingkaran ke depan. Sinsiput terletak di lengkung sakrum, dan regio suboksipitalis (tengkuk) menyentuh permukaan bawah symphysis pubis. Tubuh juga turun sehingga punggung berada di abdomen ibu. Daggu, wajah, dan sinsiput menyapu perineum dan kepala lahir dalam sikap fleksi

(Woodward, 2012)

5) Penatalaksanaan Obstetri pada kala Satu

- a) Kala satu sering kali berlangsung secara normal sebagaimana pada presentase sefalik, terutama jika bokong sudah mencakup di dalam panggul
- b) Terkadang bokong mungkin tidak masuk dengan baik ke serviks sehingga menghasilkan fase laten yang panjang.
- c) Augmentasi persalinan (dimana proses persalinan yang telah di mulai spontan, di akselerasi dengan pemberian Oksitoxin atau amniotomi) tidak di rekomendasikan. Jika kemajuan dalam kala satu terbatas maka seksio secarea mungkin di pertimbangkan untuk di lakukan.
- d) Jika bokong tidak mencakup, bokong mungkin berada dalam posisi flexi. Ini menimbulkan resiko Ketuban Pecah Dini dan Prolaps tali pusat.

- e) Pantau jantung janin secara kontinu dan pantau secara cermat kondisi maternal dan kemajuan persalinan. Dukung mobilitas maternal sebanyak mungkin.
- f) Anestesi epidural mungkin di rekomendasikan untuk meredakan nyeri tetapi mereka yang merawat wanita harus mempertimbangkan pilhan maternal. Bokong mungkin cenderung tergelincir ke serviks sebelum dilatasi lengkap. Hal itu mengakibatkan desakan prematur untuk mengejan sehingga diameter kepala janin yang lebih besar tidak dapat turun karena serviks baru terdilatasi sebagian. Itu dapat menyebabkan keterlambatan serius pada kala dua. Jika anestesia epidural diberikan, penurunan akan terjadi secara lebih mantap dan perlahan wanita tidak akan menggunakan naluri mengejanya secara prematur. Akan tetapi, epidural dapat membatasi mobilitas dan menghambat posisi untuk kenyamanan dan untuk memfasilitasi kelahiran bokong.
- g) Jika epidural tidak diberikan, wanita dapat di bantu dengan menggunakan analgesik inhalasi untuk menghindari mengejan secara prematur. Ibu mungkin berharap untuk mengadopsi posisi yang lain.
- h) Ranitidin dapat di resepkan selama persalinan karena terdapat kemungkinan pemberian anestesi umum.
- i) Pada prosentase bokong, bokong terasa lunak dan tidak teratur tanpa terpalpasi adanya sutura. Itu mungkin dapat di salah artikan dengan presentase wajah. Anus atau genetalia eksternal dapat di rasakan. Pada bokong fleksi, sebuah kaki dapat di rasakan. Janin dapat mengeluarkan mekonium.

- 6) Penatalaksanaan Obstetri Pada Kala Dua
 - a) Penting agar dilatasi lengkap dikonfirmasi sebelum mengizinkan ibu mengejan.
 - b) Informasikan dokter obstetri dan dokter anak tentang kelahiran yang akan terjadi.
 - c) Pada multigravida atau janin yang kecil, kelahiran mungkin spontan dengan intervensi minimal.
 - d) Posisi litotomi mungkin diterapkan pada area steril di persiapkan dengan duk.
 - e) Kateterisasi dapat dilakukan untuk mencegah keterlambatan dan memaksimalkan ruang panggul.
 - f) Persiapan dan perlengkapan untuk kelahiran dengan menggunakan vorsep harus sudah tersedia.
 - g) Masukkan anastesi lokal ketika bokong mendistensi perineum.
 - h) Episiotomi dilakukan dan bokong kemudian lahir.
 - i) Bayi kemudian turun sampai umbilikus tanpa intervensi, jika tungkai di fleksikan maka bayi akan dilahirkan dengan cukup mudah.
 - j) Jika tali pusat teregang, longgarkan lingkaran tali pusat untuk menghindari traksi yang tidak perlu.
 - k) Dengan kontraksi selanjutnya, bahu muncul jika lengan dalam keadaan fleksi maka lengan akan dilahirkan dengan mudah.
 - l) Bahu berotasi berotasi ke diameter antero-posterior pintu bawah panggul, tubuh dapat ditekan ke arah sakrum ibu untuk memfasilitasi kelahiran bahu anterior. Bahu posterior menyapu

perineum dan di bantu dengan mengangkat bokong ke arah abdomen ibu.

- m) Penting agar bayi di pegang hanya di sekitar gelang panggul dan di pegang sesedikit mungkin, untuk menghindari trauma pada struktur internal.
- n) Kepala memasuki panggul dalam diameter transversal sehingga punggung berada pada posisi lateral sampai restitusi dan rotasi internal terjadi.
- o) Ketika punggung telah berada di bagian paling atas, biarkan tubuh di gantung oleh berat badannya sendiri. Ini mendorong fleksi kepala dan rotasi ke diameter antero-posterior pintu bawah panggul, ketika kepala menemui tahanan dari dasar panggul.
- p) Ketika tengkuk leher terlihat, lahirkan kepala. Penting agar kepala dilahirkan dalam cara terkontrol. Banyak dokter obstetri menggunakan forsep, jika tidak maka teknik berikut dapat digunakan.

Asuhan Bayi Setelah Lahir.

Untuk menghindari syok suhu, siapkan handuk dan suhu lingkungan yang hangat tanpa menyebabkan lingkungan dingin pada kelahiran. Pertimbangkan menyediakan bantalan hangat tempat bayi berbaring saat di lakukan pemeriksaan atau resusitasi. Nyalakan penghangat ruangan dan pasang beberapa handuk pada radiator. Setelah kelahiran, suhu kulit ibu akan membantu jika tidak suhu kulit suami ibu dapat membantu. Kontak kulit dengan kulit juga memfasilitasi proses menyusui yang

dapat meningkatkan suhu bayi. Ingat bahwa bayi yang membutuhkan resusitasi atau yang kedinginan beresiko lebih tinggi terhadap hipoglikemia, dan menyusui bayi merupakan prioritas pada periode pascanatal awal (Woodward, 2012).

7) Penatalaksanaan Obstetri Pada Kala Tiga

Penyebab dari plasenta tertinggal atau tidak dapat dilahirkan setelah 30 menit adalah :

- a. Fisiologis kala tiga mungkin berlangsung lebih lama.
- b. Selama kala tiga aktif, kecuali plasenta di lahirkan dengan cepat menggunakan traksi tali pusat terkontrol. Syntometrin/ ergometrin dapat menyebabkan kontriksi otot segmen bawah dan os yang mencegah kelahiran hingga fungsinya menghilang.
- c. Plasenta dapat tetap menempel sebagian.
- d. Plasenta akreta adalah ketika plasenta menempel secara morbid ke dinding uteri.

Penatalaksanaan segera :

- a. Informasikan dokter obstetri jika terjadi kehilangan darah dalam jumlah besar. Plasenta yang menempel sebagian yang disertai dengan perdarahan adalah suatu kedaruratan obstetri.
- b. Kaji dengan palpasi abdomen, apakah uterus terasa berkontraksi atau tidak. Jika uterus terasa “menggembung”, tonus buruk saat di palpasi dan kontraksi tidak mudah distimulasi serta Syntometrin per IM telah di berikan. Informasikan dokter obstetri, jika tidak :
 - a) Perlu dilakukan pengambilan darah tali pusat.

- b) Jelaskan masalah kepada ibu. Ibu mungkin senang menyusui bayi, yang akan merangsang pelepasan oksitosin dan menstimulasi kontraksi uteri. Tindakan ini dapat mengeluarkan plasenta secara alamiah.
- c) Tanyakan ibu, apakah ia mampu duduk tegak di pispot dan menghembuskan dengan kuat kekepalan tangannya (menyebabkan gerakan diafragma ke arah secara mendadak) atau mendukung upaya mengejan maternal.
- d) Dapatkan izin dari ibu untuk memastikan kandung kemih kosong dengan memasukan sebuah kateter.
- e) Jika Syntometrine telah digunakan untuk kala tiga aktif, tunggu selama 30 menit dan upayakan untuk kembali melakukan traksi tali pusat terkontrol.
- f) Jika tindakan tersebut gagal atau tali pusat putus, pengeluaran secara manual di ruang bedah biasanya di indikasikan.

2.2 Konsep Manajemen Kebidanan

2.2.1 Konsep Asuhan Kebidanan

Menurut Helen Varney (1997), manajemen kebidanan merupakan proses pemecahan masalah yang di gunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan dengan urutan logis dan menguntungkan, menguraikan perilaku yang di harapkan dari pemberi asuhan yang berdasarkan teori ilmiah, penemuan, ketrampilan, dalam rangkaian/tahapan yang logis untuk pengambilan keputusan yang berfokus pada klien.

2.2.2 Konsep Management Kebidanan menurut Hellen Varney.

1. Tahap Pengumpulan Data Dasar

Mengumpulkan semua data dasar yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap dengan data subjektif, objektif dan data penunjang.

2. Interpretasi Data Dasar.

Mengidentifikasi diagnosa masalah dan kebutuhan klien secara tepat berdasarkan interpretasi data yang akurat sehingga ditemukan masalah diagnosa yang spesifik.

3. Mengantisipasi Diagnosa atau Masalah Potensial.

Mengidentifikasi berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosis yang sudah diidentifikasi sebelumnya. Langkah upaya antisipasi.

4. Mengidentifikasi Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera.

Mengidentifikasi tindakan segera oleh bidan maupun dokter dengan kondisi yang perlu di konsultasikan atau kolaborasi.

5. Merencanakan Asuhan yang Menyeluruh.

Merencanakan asuhan menyeluruh yang ditentukan menurut masalah yang teridentifikasi sebelumnya.

6. Melaksanakan Perencanaan.

Tahap pelaksanaan dari perencanaan dengan kolaborasi bersama dokter untuk menangani komplikasi secara efisien dan aman.

7. Evaluasi.

Mengevaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan. Ini mencakup evaluasi tentang pemenuhan kebutuhan. (Atik Purwandari, 2008).

2.3 Penerapan Asuhan Kebidanan

2.3.1 Kehamilan

1) Pengumpulan Data Dasar.

1. Data Subjektif

a. Keluhan Utama

Pergerakan anak teraba oleh ibu di bagian perut bawah, Ibu sering merasa ada benda keras (kepala) yang mendesak tulang iga dan rasa nyeri pada daerah tulang iga karena kepala janin (Rukiyah, 2010)

b. Riwayat kehamilan

Malformasi congenital seperti hidrosefalus juga menjadi predisposisi letak sungsang, polihidramnion, oligohidramnion dan kehamilan multiple (Boyle, 2008).

c. Pola Kesehatan Fungsional

Pola Nutrisi

Bagi ibu dengan faktor predisposisi, seperti diabetes fetopelvik, bayi makrosomia maka di anjurkan untuk diet karbohidrat (Chapman, 2008).

d. Riwayat penyakit sistemik

Terdapat berbagai tumor dalam ruang panggul sehingga menyebabkan janin letak sungsang (Rukiyah, 2010).

e. Riwayat Psiko-Sosio-Spiritual

Khawatir jika terjadi masalah dalam kehamilan dengan kemungkinan bayi tidak normal (Indrayani, 2013).

2. Data Objektif

a. Pemeriksaan Umum

- 1) Keadaan umum : baik
- 2) Kesadaran : composmentis
- 3) Tanda-tanda vital

Tekanan Darah : 90/60 – 120/90

Nadi : 80 – 100 x/menit

RR : 16 – 24 x/menit

Suhu : 36,5 – 37,5 °C (Norma, 2013).

- 4) Tafsiran persalinan dan usia kehamilan.

Dapat terjadi persalinan premature karena bentuk rahim relative kurang lonjong (Rukiyah, 2010).

b. Pemeriksaan Fisik

1. Abdomen

Leopold I : Fundus teraba kepala, bulat keras dan melenting.

Leopold II : Bagian kanan atau kiri teraba punggung atau bagian terkecil janin.

Leopold III : Teraba bokong agak bulat, lunak dan tidak melenting

DJJ : DJJ ditemukan paling jelas pada tempat yang lebih tinggi (sejajar atau lebih tinggi dari pusat)

(Indrayani, 2013).

2. Genetalia

Teraba sacrum, anus, tuber ischiadicum, kadang-kadang kaki atau lutut (Rukiyah, 2010).

c. Pemeriksaan laboratorium

1. Pemeriksaan Lab

pemeriksaan darah untuk mengetahui kadar HB (Manuaba, 2010).

2. Pelvimetri CT Scan dapat di gunakan untuk memberikan informasi tentang tipe prosentase bokong, ada tidaknya fleksi kepala bayi, dan pengukuran panggul secara akurat.

3. Pemeriksaan USG digunakan untuk memastikan perkiraan klinis presentasi sungsang dan bila mungkin untuk mengidentifikasi adanya anomaly janin (Cunningham, 2006).

2) Interpretasi data dasar.

Diagnosa : GPAPIAH, Usia kehamilan, Hidup, Tuggal, Let Bokong @ dengan letak sungsang.

Masalah : Cemas (Indrayani, 2013)

Kebutuhan : Berikan dukungan psikologis dari petugas kesehatan maupun dari keluarga.

3) Antisipasi Diagnosa dan masalah potensial.

Ibu : Ketuban Pecah Dini (Norma, 2013).

Janin : Hipoksia, prolaps tali pusat, pelepasan plasenta prematur (chapman, 2008).

4) Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera.

Biometri ultrasonografi untuk mendapatkan perkiraan berat badan janin dan tipe prosentasi sungsang (Cunningham, 2006).

5) Intervensi tujuan dan kriteria hasil.

a) Memberikan dukungan emosional dan psikologis terhadap ibu.

Rasional : Dalam kehamilan dengan letak sungsang sangat memungkinkan ibu mengalami cemas dan khawatir.

b) Diskusikan ibu untuk tidak ke dukun memperbaiki posisi bayi.

Rasional : Pelepasan plasenta secara prematur dan Fraktur, kerusakan saraf/otot, ruptur organ internal (Woodward, 2012)

c) Menganjurkan ibu untuk diet mengurangi porsi makan.

Rasional : Bagi ibu dengan faktor predisposisi seperti diabetes menyebabkan bayi makrosomia sebelumnya atau kecurigaan bayi besar untuk meminimalis komplikasi yang terjadi (Chapman, 2008).

d) Menjelaskan pada ibu jika janin dalam keadaan sungsang maka anjurkan untuk memilih persalinan secara SC.

Rasional : Persalinan seksio sesaria untuk mengurangi angka morbiditas dan mortalitas (Manuaba, 2012).

2.3.2 Persalinan

1) Pengumpulan Data Dasar.

1. Data Subjektif

Keluhan Utama (PQRST)

Ketuban pecah Dini (KPD) (Norma, 2013).

2. Data Objektif

1) Pemeriksaan umum

a. Keadaan umum : baik (Norma, 2013)

b. Kesadaran : composmentis (Norma, 2013)

c. Tanda-tanda vital

Tekanan Darah : 90/60 – 120/90 mmHg

Nadi : 80 – 100 x/menit

RR : 16 – 24 x/menit

Suhu : 36,5 – 37,5 ° C (Norma, 2013).

2) Pemeriksaan fisik

a. Abdomen

Leopold I : Fundus teraba kepala, bulat keras, dan melenting.

Leopold II : Bagian kanan atau kiri teraba punggung atau bagian terkecil janin.

Leopold III: Teraba bokong agak bulat, lunak dan tidak melenting.

DJJ : DJJ ditemukan paling jelas pada tempat yang lebih tinggi (sejajar atau lebih tinggi dari pusat)

(Indrayani, 2013).

b. Genetalia

Teraba sacrum, anus, tuber ischiadicum, kadang kaki atau lutut (Rukiyah, 2010).

c. Pemeriksaan dalam

- 1) Jika anus posisi terendah maka akan teraba lubang kecil, tidak ada tulang, tidak menghisap, keluar mekonium.
- 2) Jika prosentase kaki maka akan teraba tumit dengan sudut 90°, terasa jari-jari.
- 3) Jika prosentase lutut maka akan terasa patella dan poplitea (Rukiyah, 2010)

2) Interpretasi data dasar

Diagnosa : GPAPIAH, Usia kehamilan, Hidup, Tuggal, Let
Sungsang o dengan Inpartu kala I fase laten/aktif
dengan letak sungsang.

Masalah : Cemas (Indrayani, 2013)

Kebutuhan : Berikan Asuhan Sayang Ibu.

3) Antisipasi diagnosa masalah potensial.

Ibu : Partus lama, After coming head, meningkatkan persalinan secara SC (Rukiyah, 2010)

Janin : Asfixia, prolaps tali pusat, trauma kepala dan leher, pelepasan plasenta premature. (Chapman, 2008)

4) Identifikasai kebutuhan akan tindakan segera.

Kolaborasi dengan dokter SpOG untuk penatalaksanaan persalinan sungsang (rujukan) dan kolaborasi dengan petugas kesehatan untuk melakukan resusitasi bayi.

5) Intervensi tujuan dan kriteria hasil.

1. Kala 1.

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama 14 jam (fase laten 8 jam, fase aktif 6 jam) pada primigravida dan selama 7 jam (fase laten 4 jam, fase aktif 3 jam) pada multigravida diharapkan terjadi pembukaan lengkap (APN, 2008)

Kriteria hasil : Pembukaan lengkap, persalinan sungsang , DJJ dalam batas normal (120-160 x/menit), TTV dalam batas normal: TD : 100-120 mmHg dan diastole 60-90 mmHg, suhu 36,5 – 37,5 °C, nadi 80-100 x/menit, pernafasan 16-24 x/menit (prawirohardjo, 2010)

Intervensi :

1. Lakukan inform consent kepada keluarga pasien.

Rasional : Sebagai kekuatan hukum atas tindakan yang dilakukan oleh petugas kesehatan.

2. Beri Asuhan Sayang Ibu

a. Beri dukungan emosional

b. Atur posisi ibu.

c. Berikan nutrisi dan cairan yang cukup

d. Anjurkan ibu mengosongkan kandung kemih

Rasional : SOP APN yang sangat diperlukan oleh ibu.

3. Persiapan rujukan

Rasional : meminimalkan resiko yang terjadi pada letak
sungsang.

2. Kala II

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan dalam waktu
maksimal 8 menit sejak lahir sebatas pusat (rukayah,
2010)

Kriteria hasil : Menangis kuat, bayi tidak asfiksia dan sianosis.

Intervensi

1. Persiapan resusitasi pada neonatus
2. Pemantauan DJJ janin teratur harus dilakukan dan di dokumentasikan.
3. Ketika bokong mencapai perineum perlu melakukan episiotomi pada perineum (Indrayani, 2013)
4. Lakukan kelahiran sungsang dengan menggunakan metode sebagai berikut:
Bracht, Klasik, Muller, Lovset, Ekstraksi kaki, Ekstraksi bokong, Melahirkan kepala dengan Mauriceau dan cunam piper.

3. Kala III

Tujuan : Setelah dilakukan selama 30 menit di harapkan plasenta lahir spontan.

Kriteria hasil : Plasenta lahir lengkap, Tidak terjadi perdarahan,

Kontraksi uterus keras

Intervensi : Langkah Pertolongan Persalinan 28 - 40

4. Kala IV

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama 2 jam diharapkan keadaan umum ibu baik.

Kriteria hasil : KU ibu baik, Tidak terjadi perdarahan dan komplikasi, UC keras, Kandung kemih kosong, Laserasi perineum bagus

Intervensi : Langkah Pertolongan Persalinan 41 – 58

2.3.3 Nifas

1) Pengumpulan Data Dasar

1. Data Subyektif.

a. Keluhan Utama (PQRST) :

Nyeri pada robekan jalan lahir (perineum) lebih besar akibat episiotomi atau intact (Rukiyah, 2010).

2. Data Obyektif.

a. Pemeriksaan Umum.

1) Tanda-tanda vital.

Tekanan darah : dibawah 120/90 mmHg.

Nadi : 80-100 kali/menit

Pernafasan : 16-24 kali/menit.

Suhu : 36,5-37,5 °C.

b. Pemeriksaan Fisik.

- 1) Payudara : kebersihan cukup, ASI sudah keluar.
- 2) Abdomen : TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus keras.
- 3) Genetalia : terdapat lokia rubra (cruenta), keadaan jahitan, kebersihan perineum, hemoroid pada anus (Saleha, 2008).

3. Interpretasi Data Dasar

Diagnosa : PAPIAH 2 jam post partum.

Masalah : Nyeri pada luka jahitan di perineum.

Kebutuhan : HE mobilisasi, nutrisi, aktivitas, personal hygiene.

4. Identifikasi Diagnosa Masalah atau Masalah Potensial

Infeksi luka perineum akibat episiotomi.

5. Identifikasi Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera

Berikan konseling tentang perawatan luka jahitan agar berkurang rasa nyeri dan jahitan cepat mengering.

6. Intervensi tujuan dan kriteria hasil

A. 6-8 Jam Post Partum.

- a) Cegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
- b) Deteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk bila perdarahan berlanjut.
- c) Deteksi tanda bahaya BBL dan pemberian ASI awal.

B. 6 Hari Post Partum dan 2 Minggu Post Partum

- a) Pastikan involusi berjalan normal.
- b) Nilai adanya tanda-tanda bahaya nifas dan BBL.

- c) Pastikan nutrisi ibu terpenuhi dan ibu menyusui.
- d) KIE perawatan bayi.

C. 6 Minggu Post Partum

- a) Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang dialami oleh bayinya
- b) Memberikan konseling untuk KB secara dini.

2.1 Kerangka Konsep.

