

BAB 2

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Dasar Letak Lintang

2.1.1 Definisi Letak Lintang

Letak lintang adalah bila sumbu memanjang ibu membentuk sudut tegak lurus dengan sumbu memanjang janin, yaitu bayi dapat benar – benar melintang terhadap perut ibu atau miring dengan kepala atau bokong ada di fossa iliaca dan atau bokong lebih tinggi dari kepala (Oxorn, 2010).

Letak lintang ialah jika letak anak di dalam rahim sedemikian rupa hingga paksi tubuh anak melintang terhadap paksi rahim (Khumaira, 2012).

Letak lintang adalah bila sumbu memanjang janin menyilang sumbu memanjang ibu secara tegak lurus atau mendekati 90^0 (Rukiyah, 2010).

2.1.2 Klasifikasi Letak lintang

1. Kepala anak bisa terletak di sebelah kiri (Letak Lintang I)
2. Kepala anak bisa terletak di sebelah kanan (Letak Lintang II)

Harus dibedakan juga tentang letak punggung anak, diantaranya adalah :

1. Terletak disebelah depan disebut dorso – anterior
2. Terletak disebelah belakang disebut dorso – posterior
3. Terletak disebelah bawah disebut dorso – inferior (jarang sekali terjadi)
4. Terletak disebelah atas disebut dorso – superior (jarang sekali terjadi)

(Khumaira, 2012).

2.1.3 Patofisiologi

Letak janin dalam uterus bergantung pada proses adaptasi janin terhadap ruangan dalam uterus. Pada kehamilan kurang dari 32 minggu, jumlah air ketuban relative lebih banyak, sehingga memungkinkan janin bergerak bebas. Dengan demikian janin dapat menempatkan diri dalam letak lintang, presentasi kepala atau letak sungsang. Pada kehamilan trimester akhir janin tumbuh dengan cepat dan jumlah air ketuban relative berkurang. Dengan demikian dapat dimengerti mengapa pada kehamilan belum cukup bulan, frekuensi letak selain memanjang lebih tinggi, sedangkan pada kehamilan cukup bulan, janin sebagian besar ditemukan dalam posisi memanjang dengan presentasi kepala. Tetapi beberapa janin tidak dalam keadaan presentasi kepala, sebagian janin berada dalam posisi letak lintang (Cunningham dkk, 2005).

2.1.4 Etiologi

1. Sudut Ibu

1) Keadaan rahim

- a. Relaksasi berlebihan dinding abdomen akibat multiparitas yang tinggi
- b. Uterus arkuatus merupakan suatu kelainan pada struktur uterus
- c. Uterus subseptus yaitu kelainan rahim yang sebagian atau seluruh dindingnya terbelah (sekat) menjadi dua bagian

- d. Uterus bicornis merupakan suatu kelainan bentuk rahim seperti bentuk hati mempunyai dinding di bagian dalamnya dan terbagi dua bagian luarnya
 - e. Tumor/mioma merupakan tumor jinak miometrium yang berasal dari lapisan otot uterus dan jaringan ikat yang menumpangnya, sehingga dalam kepustakaan juga di kenal dengan istilah fibromioma, leiomioma ataupun fibroid.
- 2) Keadaan placenta
- a. Placenta previa adalah plasenta yang letaknya abnormal yaitu pada segmen bawah uterus sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh pembukaan jalan lahir dan biasanya ditemukan pada usia kehamilan trimester kedua dan tiga.
- 3) Keadaan jalan lahir
- a. Kesempitan panggul / CPD adalah ukuran pelvis yang tidak proposional dengan ukuran kepala bayi untuk dilalui bayi pada proses persalinan.
2. Sudut Janin
- 1) Anomali janin (hydrosepalus/anencepalus), hydrosefalus merupakan gangguan pada system ventrikel yang berdilatasi dan mengandung CSS dalam jumlah berlebihan, sedangkan anencephalus merupakan suatu kondisi dimana otak dan tengkorak kepala tidak berkembang dengan baik.

- 2) Kehamilan kembar adalah kehamilan dengan dua janin atau lebih yang biasa disebut dengan gemeli.
- 3) Hidramnion adalah meningkatnya air ketuban melebihi 2000cc, normalnya air ketuban akan makin meningkat jumlahnya sehingga mencapai antara 800-1000cc pada usia kehamilan 34-36 minggu, selanjutnya akan sedikit menurun dengan rata-rata 800-900cc pada bayi aterm.
- 4) Prematuritas adalah bayi lahir dengan usia kehamilan kurang dari 37 minggu dan dengan berat lahir kurang dari 2500 gram

(Oxorn, 2010)

2.1.5 Diagnosis

1. Inspeksi
 - 1) Perut membuncit ke samping
 - 2) Uterus tampak lebih melebar dan fundus uteri lebih rendah tidak sesuai dengan umur kehamilan.
2. Palpasi
 - 1) Fundus uteri lebih rendah dari seharusnya tua kehamilan
 - 2) Fundus uteri teraba kosong dan bagian bawah kosong, kecuali kalau bahu sudah masuk ke dalam pintu atas panggul
 - 3) Kepala (ballotement) teraba di kanan atau di kiri ibu
3. Auskultasi

Denyut jantung janin terdengar setinggi pusat kanan atau kiri

4. Pemeriksaan dalam

- 1) Apabila bahu sudah masuk ke dalam panggul teraba tulang iga, scapula, dan jika tangan menumbung akan teraba tangan. Untuk menentukan tangan kanan dan kiri lakukan dengan cara bersalaman
- 2) Teraba bahu dan ketiak yang bisa menutup ke kanan atau ke kiri. Bila kepala terletak di kiri, ketiak menutup ke kiri
- 3) Letak punggung di tentukan dengan adanya scapula, letak dada dengan klavikula
- 4) Pemeriksaan dalam sulit dilakukan bila pembukaan kecil dan ketuban intact, namun pada letak lintang biasanya ketuban cepat pecah (Newanda, 2009).

5. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan USG berguna untuk memastikan diagnosis dan untuk mengetahui adanya kelainan janin atau panggul ibu (Oxorn, 2010).

2.1.6 Prognosis

1. Bagi Ibu

- 1) Ketuban pecah dini adalah ketuban pecah sebelum ada tanda persalinan mulai dan di tunggu satu jam belum terjadi inpartu
- 2) Partus lama adalah suatu persalinan yang lamanya melebihi waktu yang ditentukan sehingga mengakibatkan keadaan yang merugikan ibu dan bayinya
- 3) Rupture uteri adalah robeknya dinding uterus pada kehamilan dan persalinan

- 4) Infeksi intrapartum adalah infeksi yang terjadi dalam masa kehamilan atau inpartu

2. Bagi Janin

- 1) Prolapsus funiculi adalah suatu keadaan dimana tali pusat teraba lebih rendah dibagian terdepan/terendah janin sedangkan ketuban sudah pecah
- 2) Trauma partus merupakan perlakuan pada bayi baru lahir yang terjadi dalam proses persalinan atau kelahiran
- 3) Hipoksia karena kontraksi uterus terus menerus (Newanda, 2009).

2.1.7 Komplikasi

Oleh karena bagian terendah tidak menutup PAP, ketuban cenderung pecah dini dan dapat disertai menumbungnya tangan janin atau tali pusat. Keduanya merupakan komplikasi yang gawat dan memerlukan tindakan segera (Oxorn, 2009).

2.1.8 Masalah Psikis Pada Ibu dengan Kehamilan Letak Lintang

Pada kehamilan letak lintang terdapat beberapa masalah yang terjadi pada ibu, antara lain:

1. Kekhawatiran. Bagi ibu yang kehamilannya mengalami letak lintang akan merasakan kekhawatiran pada janinnya, apalagi untuk seorang primigravida yang pertama kali beradaptasi dengan ruang bersalin, dukungan mental berdampak positif bagi keadaan psikis ibu. Sepanjang kandungan belum

memasuki 9 bulan maka masih dikategorikan sebagai sesuatu yang normal (Irmansyah, 2009).

2.1.9 Penatalaksanaan

2.1.9.1 Kehamilan

Jika sejak awal telah di ketahui bahwa seorang ibu mengandung bayi dengan letak lintang dapat dilakukan penatalaksanaan dengan cara, sebagai berikut :

1. melakukan gerakan anti lintang atau posisi knee-chest

Posisi knee-chest sering di ajarkan pada senam hamil. Posisi ini dilakukan pada umur kehamilan sebelum 28 minggu pada primigravida dan umur kehamilan kurang dari 32 minggu pada multigravida, dengan melakukan 3-4 kali sehari selama 15 menit. Situasi ruangan yang masih longgar diharapkan dapat memberikan peluang kepala, turun menuju pintu atas panggul. Dasar pertimbangan di karenakan kepala lebih berat dari bokong sehingga akan mengarah ke pintu atas panggul. Berikut ini adalah cara melakukan posisi knee-chest :

- 1) Ambil posisi merangkak kedua lengan sejajar bahu, kedua lutut sejajar panggul dan agak diregangkan.
- 2) Kepala diantara kedua tangan, tolehkan ke kiri atau ke kanan.
- 3) Letakkan siku di atas kasur, geser siku sejauh mungkin ke kiri dan ke kanan hingga dada menyentuh kasur (Manuaba, 2001).

2.1.9.2 Persalinan

1. Pervaginam

Dalam posisi letak lintang dapat juga dilahirkan dengan tenaga ibu sendiri akan tetapi ada beberapa hal yang perlu dipertimbangkan dalam persalinan normal letak lintang, diantaranya adalah bayi kecil (premature) atau pada bayi yang telah mati. Pada anak yang normal hal tersebut sama sekali tidak dapat diharapkan.

Beberapa cara atau mekanisme persalinan letak lintang di antaranya adalah sebagai berikut :

1. Evolutio Spontanea

1) Cara Douglas

Karena his dan tenaga mengejan maka bahu anak turun dan masuk kedalam rongga panggul, sedangkan kepala tertekan dan tinggal diatas. Pada suatu waktu bahu tersebut lahir dibawah symphysis dan selanjutnya dengan bahu tersebut sebagai hypomochlion, lahirlah berturut-turut bagian atas badan, yaitu samping dada di ikuti oleh perut, bokong kaki dan kepala (Khumaira, 2012).

2) Cara Denman

Disini bahu dan kepala anak tertekan dan tinggal di atas pintu atas panggul. Yang bertekuk keras ialah bagian punggung dan pinggang. Dengan demikian maka pada suatu ketika bokong sama tingginya dengan bahu dan selanjutnya lahir lebih dulu bokong dan

kaki kemudian setelah itu barulah bagian atas badan yaitu bahu dan kepala (Khumaira, 2012).

2. *Conduplicatio Corpore*

Cara ini hanya berlaku pada panggul luas dan anak yang kecil yaitu kepala anak tidak tertahan diatas, melainkan tertekan hingga kepala dan perut bersama-sama turun dalam rongga panggul dengan berlipat dan terus dilahirkan (Khumaira, 2012).

Kedua cara diatas (*evolusio spontanea* dan *conduplicatio corpora*) hanya mungkin terjadi apabila panggul luas, janin kecil, atau mati (Fadlun, 2012). Adapun beberapa cara letak lintang kembali dalam posisi normal secara spontan pada waktu persalinan diantaranya adalah :

1. *Versio spontanea*

Pada letak lintang dimana bokong terletak lebih rendah dari kepala pada waktu persalinan. Oleh karena adanya his, maka bokong terletak di fossa iliaka lalu menggelincir masuk kedalam panggul dan terjadilah perubahan presentasi, dari presentasi bahu menjadi presentasi bokong (Fadlun, 2012).

2. *Rektifikasio spontanea*

Pada letak dimana kepala terletak lebih rendah dari bokong pada waktu persalinan dimana ada his, maka kepala yang terletak di fossa iliaka akan menggelincir lalu masuk ke rongga panggul dan terjadilah perubahan presentasi, dari presentasi bahu menjadi presentasi kepala (Fadlun, 2012).

2. Perabdominan

Seksio cesarean merupakan suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram (Wiknjosastro dkk, 2010).

Indikasi :

- 1) CPD
- 2) Tumor jalan lahir yang menimbulkan obstruksi
- 3) Stenosis servik
- 4) Plasenta previa
- 5) Rupture uteri membakan
- 6) Kelainan letak janin dan gawat janin

Dilakukan section secarea pada keadaan keadaan sebagai berikut :

1. Bila ada keadaan yang tidak memungkinkan persalinan pervaginam dengan selamat.
2. Pada semua primigravida
3. Pada multipara dengan riwayat obstetric jelek seperti persalinan yang sukar, trauma pada bayi atau lahir mati
4. Pada multipara dengan servik yang tebal dan masih tertutup
5. Pada pasien dengan riwayat sterilitas (Oxorn, 2010).

2.1.9.3 Nifas

1. Perawatan Pasca Operasi section cesarea

1) Perawatan selanjutnya

a) Tanda vital

Evaluasi tekanan darah, nadi dan pernafasan dilakukan setiap 15 – 30 menit sampai pasien stabil kemudian dilanjutkan setiap 4 – 6 jam (G-Mundy dkk, 2005).

b) Pengganti cairan

Pemberian cairan secara oral atau intravena dibutuhkan. Untuk penentuan cara pemberian cairan pasien dibutuhkan, selalu ambil berdasarkan faktor-faktor jumlah seperti kehilangan cairan intraoperatif dan output urin, waktu pembedahan, penggantian cairan intraoperatif dan jumlah cairan yang diterima pada waktu pemulihan. Meskipun setiap pasien dan jenis operasi berbeda, rata-rata pada pasien muda yang sehat mendapatkan penggantian cairan intraoperatif sebanyak 2400ml sampai 3 liter cairan kristaloid dan glukosa, seperti dektrose 5% dalam setengah larutan garam normal sebanyak 24 jam pertama. Laju hidrasi intravena harus dilakukan secara individu, seperti banyak pasien lainnya yang memerlukan volume yang kurang dan menyebabkan cairan overload pada laju cairan yang lebih cepat. Pada pasien dengan fungsi ginjal normal, penggantian cairan adekuat dapat

dinilai pada output urin paling tidak sebesar 30 ml/jam (G-Mundy dkk, 2005).

c) Diit

Tujuan utama pemberian makan setelah operasi adalah untuk meningkatkan fungsi imun dan mempercepat penyembuhan luka yang meminimalisir ketidakseimbangan metabolik. Dari penelitian random didapatkan bahwa pemberian makanan harus sesuai dan bermanfaat. Untuk pembedahan minor, pemberian makanan dibutuhkan dan ditoleransi, ketika pasien sadar secara penuh. Berikan cairan encer (minum) sedikit demi sedikit pada hari pertama pasca operasi jika telah terdengar bunyi usus sampai udara usus keluar. Kemudian ganti makanan secara teratur. Waktu yang dibutuhkan untuk pengembangan diit secara lengkap bergantung pada prosedur pembedahannya, durasi anestesi dan variasi tiap pasien. Pada dua penelitian random didapatkan bahwa pasien tertentu dapat diberikan makan sesegera mungkin 1 hari setelah operasi pembedahan ginekologi intraabdomen. Kurangnya asupan protein-kalori yang besar pada pasien yang mengalami pembedahan dapat menyebabkan gangguan pada penyembuhan luka, penurunan fungsi jantung dan paru, perkembangan bakteri yang berlebih dalam traktus gastrointestinal dan komplikasi lainnya. Makan segera setelah operasi telah menunjukkan peningkatan penyembuhan luka,

merangsang motilitas usus, menurunkan stasis usus, meningkatkan aliran darah usus dan merangsang reflex sekresi hormone gastrointestinal yang dapat mempermudah kerja usus setelah operasi (Anderson dkk, 2003). Keputusan inisiasi “makan sesegera mungkin” dengan cairan atau makanan lunak telah diteliti secara prospektif (Jeffery, 1996). Pada pasien yang diberikan makanan lunak sebagai makanan pertama setelah operasi.

d) System urinaria

Retensi urine merupakan masalah yang sering muncul setelah pembedahan ginekologi, dengan insidensi 7-80% bergantung pada prosedur pembedahan yang dilakukan (Stanton dkk, 1986). Overdistensi dapat menyebabkan kesulitan miksi jangka panjang dan kerusakan detrusor secara permanen (Mayo, 1973). Keita dkk (2005) secara prospektif mengevaluasi factor resiko potensial dari retensi urin pasca operasi. Tiga factor utama yang bersifat independen dan berhubungan dengan peningkatan resiko seperti umur yang lebih dari 50 tahun, pemakaian cairan intraoperatif yang lebih dari 750 ml, dan volume urin bladder yang lebih dari 270 ml yang diukur sewaktu memasuki ruang pemulihan. Tanda klinis dari retensi urin berupa nyeri, urgensi dan pembesaran bladder yang didapatkan dengan palpasi atau perkusi. Tanda klinis ini ditemukan bersamaan dengan evaluasi

volume urin disamping penggunaan sonography bladder (Bodker, 2003). Saat retensi teridentifikasi, kateterisasi dan drainase bladder harus dilakukan. Lau dan Lam (2004) memperlihatkan bahwa kateterisasi merupakan cara terbaik dalam perawatan retensi urin pasca operasi. Dibanding dengan dekompresi bladder sepanjang malam dengan kateter indwelling, episode kateterisasi in dan out sama-sama efektif. Lebih jauh, morbiditas infeksi antara keduanya tidak berbeda secara signifikan.

e) Gastrointestinal

Fungsi gastrointestinal yang normal memerlukan motilitas yang sama disepanjang system, mukosa untuk transportasi bahan makanan dan reflex pengosongan (Nuley, 2004). Meskipun demikian, setelah pembedahan abdominal, disfungsi dari aktifitas saraf usus secara khas mengacaukan tenaga normal. Aktifitas pertama terjadi pada usus yang tercatat biasanya dalam 24 jam. Aktifitas kontraksi usus halus terhambat dalam 24 jam setelah pembedahan, tetapi fungsi normalnya terlambat dalam 3 – 4 hari (Condon, 1986; Dauchel, 1976). Motilitas kolon yang ritmik dimulai paling akhir, kira-kira 4 hari setelah pembedahan intra abdomen (Huge, 2000). Pengeluaran flatus merupakan tanda khas dari kembalinya fungsi ini dan tinja biasanya telah dapat dikeluarkan dalam 1-2 hari.

f) Ambulasi

Sesudah penderita sadar, pada pasca operasi ia dapat menggerakkan lengan dan kakinya, dan tidur miring. Tidak ada ketentuan yang pasti kapan diperbolehkan untuk duduk, keluar dari tempat tidur dan berjalan. Hal itu tergantung dari jenis operasi, kondisi badanya dan komplikasi yang mungkin timbul (G-Mundy dkk, 2005). 6-10 jam dapat dilakukan mobilisasi dengan miring ke kanan dan ke kiri. Sedangkan latihan nafas dalam dilakukan sedini mungkin (Prawirohardjo, 2009). Pada hari ke 3-5 penderita dianjurkan untuk belajar berjalan dan kemudian berjalan sendiri. Menurut Michael Saleh dan vija K Soderia menyatakan bahwa; penyembuhan luka operasi di daerah perut memerlukan waktu 7-10 hari setelah tindakan (Jitowiyono, 2009).

g) Perawatan luka

Fokus penanganan luka adalah mempercepat penyembuhan luka dan meminimalkan komplikasi. Fokus utama dalam penanganan luka adalah dengan evakuasi semua hematoma dan seroma dan mengobati infeksi yang menjadi penyebabnya. Perhatikan perdarahan yang terlalu banyak (inspeksi lapisan dinding abdomen atau perineal). Luka abdomen harus diinspeksi setiap hari, umumnya luka jahitan pada kulit dilepaskan 3-5 hari

post operasi dan digantikan dengan steri-strip (post tofic) (G-Mundy dkk, 2005).

h) Laboratorium

Lakukan pemeriksaan hematokrit sehari setelah pembedahan mayor dan jika perdarahan berlanjut, di indikasikan untuk pemeriksaan ulang dan bila terdapat kehilangan darah atau bila terdapat oliguri atau keadaan lain yang menunjukkan hipovolemia (G-Mundy dkk, 2005).

i) Perawatan payudara

Pemberian ASI dapat dimulai pada hari post operasi jika ibu memutuskan tidak menyusui, pemasangan pembalut payudara yang mengencangkan payudara tanpa banyak menimbulkan kompresi, biasanya mengurangi rasa nyeri

j) Memulangkan pasien dari rumah sakit

Seorang pasien yang baru melahirkan mungkin lebih aman bila diperbolehkan pulang dari rumah sakit pada hari keempat dan kelima post operasi, aktivitas ibu seminggunya harus dibatasi hanya untuk perawatan bayinya dengan bantuan orang lain (Jitowiyono, 2009).

2) Nasihat Pascaoperasi

- a. Dianjurkan jangan hamil selama kurang lebih 1 tahun dngan cara memakai kontrasepsi

- b. Kehamilan berikutnya hendaknya diawasi dengan pemeriksaan antenatal yang baik
- c. Dianjurkan untuk bersalin di rumah sakit yang besar
- d. Apakah kelahiran selanjutnya harus ditolong dengan *Sectio Caesarea* bergantung pada indikasi *Sectio Caesarea* dan keadaan pada kehamilan berikutnya.

3) Komplikasi

a. Infeksi

Komplikasi ini bisa bersifat ringan seperti kenaikan suhu selama beberapa hari dalam masa nifas atau bisa bersifat berat seperti peritonitis, sepsis dan sebagainya. Infek post operatif terjadi bila sebelum pembedahan sudah ada gejala-gejala infeksi intrapartum atau ada factor-faktor yang merupakan predisposisi terhadap kelainan itu (partus lama khususnya setelah ketuban pecah, tindakan vaginal sebelumnya). Bahaya infeksi bisa diperkecil dengan pemberian terapi antibiotika, akan tetapi tidak dapat dihilangkan sama sekali, terutama seksio sesaria klasik dalam hal ini lebih bahaya dari pada seksio sesarea transperitonealis profunda (Hanifa, 2002).

b. Perdarahan

Perdarahan banyak bisa timbul pada waktu pembedahan jika cabang-cabang uterine ikut terbuka atau karena atonia uteri (Hanifa, 2002).

- c. Luka kandung kemih, emboli paru, dan sebagainya sangat jarang terjadi. Suatu komplikasi yang baru kemudian tampak, ialah kurang kuatnya perut pada dinding uterus, sehingga pada kehamilan berikutnya bisa terjadi rupture uteri. Kemungkinan peristiwa ini lebih banyak ditemukan sesudah seksio sesarea klasik (Hanifa, 2002).
- d. Komplikasi dari anastesi umum juga bisa terjadi. Efek progesteron pada saluran gastrointestinal memicu keterlambatan pengosongan lambung. Selama pemberian anastesi umum, regurgitasi laten dapat terjadi dan menyebabkan aspirasi kedalam paru serta menyebabkan pneumonitis kimiawi. Kondisi tersebut mengganggu pernapasan dan dapat serius yaitu menyebabkan kematian maternal (Oxford, 2010).

2.2 Konsep Dasar Manajemen Kebidanan Menurut Hellen Varneys

2.2.1 Definisi

Varney menjelaskan bahwa proses manajemen merupakan proses pemecahan masalah yang di temukan oleh bidan, perawat pada awal tahun 1970an. Proses ini memperkuat sebuah metode dengan mengorganisasikan dan menguntungkan baik bagi klien maupun bagi tenaga kesehatan. Proses ini menguraikan bagaimana perilaku yang di harapkan dari pemberian asuhan. Proses manajemen ini bukan hanya terdiri dari pemikiran dan tindakan saja melainkan juga perilaku pada setiap langkah agar pelayanan yang komprehensif dan akan tercapai. Dalam memberikan asuhan kebidanan

penulis menggunakan 7 langkah manajemen kebidanan menurut Helen varney, yaitu :

1. Pengumpulan Data Dasar

Pada langkah ini, dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang di peroleh untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap, yaitu :

- 1) Riwayat kesehatan
- 2) Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan
- 3) Meninjau catatan terbaru dan catatan sebelumnya
- 4) Meninjau data laboratorium dan membandingkan dengan hasil studi.

Pada langkah ini di kumpulkan semua informasi yang akurat dari segala yang berhubungan dengan kondisi pasien. Bidan mengumpulkan data dasar awal yang lengkap. Bila klien mengajukan komplikasi yang perlu di konsultasikan kepada dokter dalam manajemen kolaborasi bidan akan melakukan konsultasi (Asrina, 2010).

1. Data Subyektif

Data subyektif adalah data yang di peroleh melalui wawancara langsung dengan klien atau keluarganya.

2. Data Obyektif

Data obyektif merupakan data yang di peroleh dari hasil pengamatan maupun pengukuran yang di lakukan oleh bidan dan memiliki standart normal.

2. Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini, dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosis atau masalah, dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas dasar data – data yang telah diinterpretasikan sehingga di temukan masalah atau diagnosis yang spesifik. Diagnosis kebidanan yaitu diagnosis yang ditegakkan oleh profesi bidan dalam lingkup praktek kebidanan dan memenuhi standart nomenklatur (tata nama) diagnosis kebidanan. Standart nomenklatur diagnosis kebidanan tersebut adalah :

- 1) Diakui dan telah disahkan oleh profesi
- 2) Berhubungan langsung dengan praktek kebidanan
- 3) Didukung oleh clinical judgement dalam praktek kebidanan
- 4) Dapat diselesaikan dengan pendekatan manajemen kebidanan (Muslihatin, 2009).

3. Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

Pada langkah ini mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosis yang diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Sambil mengamati klien bidan diharapkan dapat bersiap – siap bila diagnosis atau masalah potensial ini benar- benar terjadi. Pada langkah ini penting sekali melakukan asuhan yang aman (Asrinah, 2010).

4. Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera

Bidan mengidentifikasi atas perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter untuk di konsultasikan atau di tangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Dalam kondisi tertentu, seorang bidan mungkin juga perlu melakukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter atau tim kesehatan lain seperti pekerja social, ahli gizi, atau seseorang ahli perawatan klinis bayi baru lahir. Dalam hal ini , bidan harus mampu mengevaluasi kondisi setiap klien untuk menentukan kepada siapa sebaiknya konsultasi dan kolaborasi dilakukan (Soepardan, 2008).

5. Merencanakan Asuhan yang Menyeluruh

Pada langkah ini dilakukan perencanaan yang menyeluruh, ditentukan langkah – langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi atau di antisipasi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi segala hal yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang terkait, tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi untuk klien tersebut. Pedoman antisipasi ini mencakup perkiraan tentang hal yang akan terjadi berikutnya, apakah di butuhkan penyuluhan, konseling, dan apakah bidan perlu merujuk klien bila ada sejumlah masalah terkait social, ekonomi, cultural dan psikologis (Soepardan, 2008).

6. Melaksanakan Perencanaan

Pada langkah ini, rencana asuhan yang menyeluruh dalam langkah kelima harus dilaksanakan segera secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan, atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Jika bidan tidak melakukan sendiri, ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya, memastikan langkah – langkah tersebut benar – benar terlaksana (Soepardan, 2008).

7. Evaluasi

Pada langkah ini, dilakukan evaluasi efektifitas dari asuhan yang sudah di berikan, meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan, apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi dalam masalah dan diagnosis. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar dan efektif dalam pelaksanaan (Asrinah, 2010).

2.3 Penerapan Asuhan Kebidanan Pada Ibu dengan Letak Lintang

2.3.1 Kehamilan

1. Pengumpulan Data Dasar

1. Riwayat Obstetri

Multiparitas (Oxorn, 2010).

2. Pemeriksaan fisik

1. Abdomen .

(1) Leopold1 : TFU Mc Donald (tidak sesuai dengan usia kehamilan), yang ada di fundus tidak teraba bulat, tidak keras atau tidak lunak (kosong) (Khumaira, 2012).

(2) Leopold2 : Teraba di bagian kanan/kiri bulat/kurang bulat, lunak/melenting, teraba bagian kecil janin (kaki) (Khumaira, 2012).

(3) Leopold3 : Yang ada di bagian terendah tidak teraba bagian terendah janin (Khumaira, 2012).

(4) Leopold4 : Pada bagian terendah janin belum masuk PAP (Khumaira, 2012).

DJJ : 120-160x/mnt, Bunyi jantung anak sering terdengar didaerah pusat ibu (setinggi pusat kanan atau kiri) (Khumaira, 2012).

(5) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan USG berguna untuk memastikan diagnosis dan untuk mengetahui adanya kelainan janin atau panggul ibu (Oxorn, 2010).

2. Interpretasi Data Dasar

1. Identifikasi diagnose, Masalah dan Kebutuhan

1) Diagnosa :GPAPIAH usia kehamilan, hidup, tunggal, intrauterine, letak (lintang), keadaan jalan lahir, keadaan ibu dan janin baik.

2) Masalah : Cemas (Irmansyah, 2009).

3) Kebutuhan : Berikan dukungan moril pada ibu.

3. Antisipasi Terhadap Diagnose/Masalah Potensial

Ibu : ketuban pecah dini, partus lama, rupture uteri, infeksi intrapartum

Janin : prolapsus funiculi, trauma partus, hipoksia

4. Identifikasi Kebutuhan akan Tindakan Segera

Kolaborasi dengan dr.obgyn dalam tindakan selanjutnya

5. Perencanaan/Intervensi

1. Jelaskan tentang hasil pemeriksaan yang telah dilakukan

Rasional : Letak lintang merupakan keadaan dimana posisi janin melintang dalam kandungan (Khumaira, 2012).

2. Anjurkan ibu untuk latihan menungging (knee-chest) pada kehamilan 7 – 7,5 bulan pada tiap 15 menit 3-4 kali sehari.

Rasional : Dasar pertimbangan di karenakan kepala lebih berat dari bokong sehingga kepala akan mengarah ke pintu atas panggul (Manuaba, 2001).

3. Jelaskan komplikasi yang akan terjadi pada kehamilan letak lintang

Rasional : Pada prognosis apabila persalinan terjadi secara spontan dapat dipastikan bahwa ibu akan mengalami kesulitan yang berat hingga mengakibatkan kematian (Khumaira, 2012).

4. Jelaskan tentang kebutuhan nutrisi

Rasional : Janin yang normal (kecil) merupakan indikasi dari persalinan spontan letak lintang (Fadlun, 2012).

5. Kolaborasi dengan dokter obgyn untuk dilakukan pemeriksaan USG

Rasional : Alat bantu diagnostic atau membantu mendiagnostik hal-hal yang terjadi dalam kehamilan (Oxorn, 2010).

2.3.2 Persalinan

1. Pengumpulan Data Dasar

1. Riwayat obstetric

Multiparitas (Oxorn, 2010).

2. Pemeriksaan fisik

1) Abdomen

(1) Leopold1 : TFU Mc Donald (tidak sesuai dengan usia kehamilan), yang ada di fundus tidak teraba bulat, tidak keras atau tidak lunak (kosong) (Khumaira, 2012).

(2) Leopold2 : Teraba di bagian kanan/kiri bulat/kurang bulat, lunak/melenting, teraba bagian kecil janin (kaki) (Khumaira, 2012).

(3) Leopold3 : Yang ada di bagian terendah tidak teraba bagian terendah janin (Khumaira, 2012).

(4) Leopold4 : Pada bagian terendah janin belum masuk PAP (Khumaira, 2012).

DJJ : 120-160x/mnt, Bunyi jantung anak sering terdengar didaerah pusat ibu (setinggi pusat kanan atau kiri) (Khumaira, 2012).

2) Pemeriksaan Dalam

Dapat teraba tulang-tulang iga, scapula (tulang belikat) tulang kelangka (clavikula) (Khumaira, 2012).

2. Interpretasi Data Dasar

1. Identifikasi diagnose, Masalah dan Kebutuhan

- 1) Diagnosa : GPAPIAH, usia kehamilan, hidup, tunggal, intrauterine, letak lintang, kesan jalan lahir, keadaan ibu, keadaan janin.
- 2) Masalah : Cemas (Irmansyah, 2009).
- 3) Kebutuhan : Berikan dukungan moril

3. Antisipasi Terhadap Masalah dan Diagnose Potensial

Ibu : ketuban pecah dini, partus lama, ruptur uteri, infeksi intrapartum

Janin : prolapsus funiculi, trauma partus, hipoksia

4. Identifikasi Kebutuhan Akan Tindakan Segera

Kolaborasi dengan dokter Obgyn dalam tindakan pre operasi

5. Perencanaan/Intervensi

1. jelaskan tentang hasil pemeriksaan yang telah dilakukan
Rasional : Letak lintang merupakan keadaan dimana posisi janin melintang dalam kandungan (Khumaira, 2012).
2. Lakukan inform consent dan inform choice pada ibu dan keluarga
Rasional : Dapat membuat rasa aman sekaligus dapat digunakan sebagai pembelaan diri (Tanggung jawab dan tanggung gugat) terhadap kemungkinan adanya tuntutan atau gugatan dari pasien atau keluarganya apabila timbul akibat yang tidak di inginkan (Chazawi, 2013)
3. Lakukan kolaborasi dengan dokter Obgyn untuk tindakan SC
Rasional : Keadaan yang tidak memungkinkan persalinan per vaginam dengan selamat sebagaimana dalam syarat dilakukan tindakan section secarea (Oxorn, 2010).

2.3.3 Nifas

1. Pengumpulan Data Dasar

1. Keluhan utama

Nyeri pada jahitan Operasi (Sofian, 2011).

2. Pemeriksaan umum

1) Tanda – tanda vital

Evaluasi tekanan darah, nadi dan pernafasan dilakukakn setiap 15 – 30 menit sampai pasien stabil kemudian dilanjutkan setiap 4 – 6 jam (G-Mundy dkk, 2005).

3. Pemeriksaan Laboratorium

Hematokrit (G-Mundy dkk, 2005).

2. Interpretasi Data Dasar

1. Identifikasi diagnose, Masalah dan Kebutuhan

1) Diagnosa : PAPIAH Post SC

2) Masalah : Nyeri luka jahitan

3) Kebutuhan : Tehnik relaksaksi dan mobilisasi

3. Antisipasi Diagnose dan Masalah Potensial

Perdarahan, infeksi, komplikasi anestesi umum, luka pada kandung kemih, rupture uteri spontan (Hanifa, 2002).

4. Identifikasi Kebutuhan akan Tindakan Segera

Kolaborasi dengan dokter Obgyn

5. Perencanaan/Intervensi

1. Jelaskan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga

Rasional : Masa nifas sangat penting dikarenakan pada periode ini merupakan masa kritis baik pada ibu maupun bayinya (Suherni, 2009).

2. Jelaskan tentang kebutuhan nutrisi

Rasional : Tujuan utama pemberian makan setelah operasi adalah untuk meningkatkan fungsi imun dan mempercepat penyembuhan luka yang meminimalisir ketidakseimbangan metabolik. Pemberian makanan dibutuhkan dan ditoleransi, ketika pasien sadar secara penuh. Berikan cairan encer (minum) sedikit demi sedikit pada hari pertama pasca operasi jika telah terdengar bunyi usus sampai udara usus keluar. Kemudian ganti makanan secara teratur.

3. Berikan HE mobilisasi

Rasional : Pada 6 – 10 jam setelah sadar mobilisasi dapat dilakukan dengan miring kiri dan kanan (Prawirohardjo, 2009).

4. Berikan HE ASI Eksklusif

Rasional : Pada hari pertama setelah pembedahan, pasien dengan bantuan perawat dapat bangun dari tempat tidur sebentar, sekurang – kurang 2 kali pada hari kedua pasien dapat berjalan dengan pertolongan (Cunningham, 2006).

5. Perawatan luka Operasi

Rasional : Luka abdomen harus diinspeksi setiap hari, umumnya luka jahitan pada kulit dilepaskan 3-5 hari post operasi dan digantikan dengan steri-strip (post tofic) (G-Mundy dkk, 2005).

6. Pasien pulang

Rasional : Seorang pasien yang baru melahirkan mungkin lebih aman bila diperbolehkan pulang dari rumah sakit pada hari keempat dan kelima post operasi, aktivitas ibu seminggunya harus dibatasi hanya untuk perawatan bayinya dengan bantuan orang lain (Jitowiyono, 2009).