

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Dasar Kelainan Letak Sungsang**

##### **2.1.1 Definisi Kelainan Letak Sungsang**

Definisi presentasi bokong (kelainan letak sungsang) dari berbagai sumber antara lain: presentasi bokong (breech presentation) merupakan presentasi janin dalam uterus terutama bokong yang terdiri dari bokong nyata (frank breech), bokong penuh (complete breech), dan presentasi kaki (footling presentation) (Morgan, 2009). Letak bokong atau biasa disebut sungsang merupakan suatu kondisi janin dengan letak memanjang, kepala di fundus uteri, dan bokong di bagian bawah kavum uteri (Smeeth, 2009). Dan presentasi bokong adalah letak memanjang dengan kelainan dalam polaritas. Panggul janin merupakan kutub bawah, penunjuknya adalah sacrum (Oxorn, 2010).

Dari berbagai sumber tersebut dapat disimpulkan bahwa kelainan letak bokong (sungsang) merupakan suatu kondisi letak janin memanjang dengan bagian terbawah janin adalah bokong dengan penunjuk sacrum yang (belum atau sudah memasuki pintu atas panggul) dan bagian atas janin adalah kepala.

##### **2.1.2 Insiden**

Kejadian presentasi bokong merupakan malpresentasi yang sering ditemukan yaitu sebelum umur kehamilan 28 minggu dengan presentase antara 20-30% dan sebagian besar berubah menjadi presentase kepala. Setelah umur kehamilan 34 minggu dengan presentase 3- 4% dari

seluruh kehamilan tunggal pada umur kehamilan cukup bulan ( $\geq 37$  minggu) (Prawirohardjo, 2010). Insiden presentasi bokong meningkat pada kehamilan ganda yaitu sekitar 25% pada janin pertama dan 50% pada janin kedua) (Medfort dkk, 2012).

### **2.1.3 Etiologi**

Setiap keadaan yang mempengaruhi masuknya kepala janin ke dalam panggul mempunyai peranan dalam etiologi presentasi bokong. Banyak yang tidak diketahui penyebabnya. Dan setelah mengesampingkan kemungkinan - kemungkinan lain, maka sebab malposisi tersebut baru dinyatakan hanya karena kebetulan saja.

Faktor prediposisi atau sebab– sebab dari letak sungsang diantaranya:

1. Faktor ibu yaitu adanya presentasi bokong yang membakat dan bentuk panggul yang sedemikian rupa sehingga lebih cocok untuk presentasi bokong daripada presentasi kepala (Oxorn, 2010), hamil sulung atau hamil ulang yang sudah melahirkan banyak anak (multiparitas/ multigravida), kelainan bentuk uterus misalnya pada uterus bicornis (ruang rahim terbagi dua), uterus myomatosus, dan fibromioma (Khumaira, 2012).
2. Faktor janin: tidak ada tahanan (fixatie) kepala anak oleh pintu atas panggul (pada prematuritas), perbandingan antara besar kepala anak dan luasnya pintu atas panggul tidak seperti biasanya yaitu pada hydrocephalus, anchepalus. Ruangan dalam rahim membiarkan janin bergerak dengan lebih leluasa, misal pada kelainan hydramnion, multipara dengan dinding rahim yang sudah kendor (hingga ini tidak

berpengaruh lagi), hamil muda (trimester 1 dan 2), hamil kembar (satu atau kedua anak lebih sempurna letaknya dalam letak sungsang), dan jika pergerakan anak kurang atau tidak ada sama sekali, misalnya pada anak mati (Khumaira, 2012).

3. Faktor plasenta (lokasi plasenta): plasenta previa karena menghalangi turunnya kepala ke dalam pintu atas panggul (Marmi, 2012).

#### **2.1.4 Patofisiologi**

Letak janin bergantung pada adaptasi janin terhadap ruangan dalam uterus. Pada kehamilan kurang lebih 32 minggu, jumlah air ketuban relatif lebih banyak, sehingga memungkinkan janin bergerak dengan leluasa. Dengan demikian janin dapat menempatkan diri dalam presentasi kepala, letak sungsang, atau letak lintang. Pada umur kehamilan 32- 36 minggu, fetus bertambah besar sehingga pergerakannya terbatas. Sangat sulit bagi fetus untuk turn over, sehingga bagi janin dengan letak sungsang yang kesulitan untuk berputar menjadi kepala, maka posisi sungsang inilah yang terjadi saat persalinan (Oxorn, 1998).

#### **2.1.5 Klasifikasi Letak Sungsang**

Adapun klasifikasi dari kelainan letak sungsang adalah:

1. Sungsang complete, dikenal sebagai sungsang fleksi atau sungsang penuh (25-29%). Pada posisi ini lutut menekuk dan pergelangan kaki menyilang sehingga letak kaki berada didekat bokong (Medfort, 2012). Letak kaki disamping bokong masih terbagi dalam 2 macam, yaitu kedua kaki terdapat disamping bokong yang biasa disebut dengan letak bokong

kaki sempurna (letak sungsang lipat kajang) dan hanya satu kaki yang terdapat disamping bokong yaitu kaki yang lain naik keatas (letak bokong kaki tak sempurna atau setengah sungsang) (Khumaira, 2012). Posisi ini paling sering pada multigravida (Chapman, 2006).

2. Sungsang incomplete, dikenal sebagai sungsang ekstensi atau frank breech (70%). Pada posisi ini tungkai lurus dan kaki mungkin terletak di kedua sisi kepala yang berperan seperti sebuah bebat dan mempersulit manuver kepala (Medfort, 2012). Atau kedua tungkai kaki terangkat keatas dimuka perut anak sehinggatidak terdapat kaki disamping bokong (Khumaira, 2012). Posisi ini paling sering pada primigravida mendekati aterm akibat kekakuan uterus dan otot abdomen membatasi gerakan bayi (Chapman, 2006).
3. Sungsang kaki menumbung, jarang terjadi dan lebih umum pada persalinan prematur (Chapman, 2006). Pada posisi ini kaki sungsang fleksi satu kaki turun sehingga menjadi bagian presentasi dilubang servik. Kaki dapat tergelincir keluar saat servik terdilatasi pada persalinan (Medfort, 2012). Kondisi letak ini terjadi jika posisi letak tungkai tidak seperti biasa terlipat dimuka perut, tetapi jauh dari badan anak hingga melewati bokong dan terletak paling rendah. Hal ini juga ada 2 macam yaitu kedua kaki terletak dibawah letak kaki sempurna dan hanya satu kaki yang terletak dibawah: letak kaki tidak sempurna (Khumaira, 2012).
4. Presentasi lutut menumbung/ berlutut: sangat jarang dan paling tidak umum diantara lainnya (Chapman, 2006). Dari sungsang fleksi satu lutut

gagal turun ke atas lubang serviks. Jika tungkai bertekuk dilutut dan lutut tersebut terletak paling rendah. Ini juga ada 2 macam yaitu kedua lutut terletak paling rendah (letak lutut sempurna) dan hanya satu lutut yang terletak paling rendah (letak lutut tak sempurna) (Khumaira, 2012).

5. Lain – lain. Beberapa bayi mungkin mengalami kombinasi presentasi incomplete, misalnya satu tungkai fleksi, lainnya ekstensi (Chapman, 2006).

### **2.1.6 Diagnosa Letak Sungsang**

Pada kehamilan letak sungsang, ibu merasakan pergerakan anak diperut bawah, dibawah pusat dan ibu sering merasa benda keras (kepala) mendesak tulang iga sehingga sering kali merasa bahwa kehamilannya terasa lain daripada kehamilan yang terdahulu (Fadlun, 2012). Pada pemeriksaan kehamilan dengan letak sungsang dapat didiagnose melalui beberapapemeriksaan, baik melalui pemeriksaan perabdominal, pemeriksaan dalam serta pemeriksaan penunjang.

1. Pemeriksaan perabdominal
  - a. Inspeksi. Adanya linea nigra pada abdomen, tampak pembesaran payudara dan hiperpigmentasi pada areola.
  - b. Palpasi. Saat dipalpasi abdomen tampak membesar sesuai usia kehamilan, terkadang lebih tinggi jika bagian terendah belum masuk PAP (Sofian, 2012). Saat palpasi leopold ditemukan:
    - a. Leopold I: pada bagian fundus uteri teraba kepala janin yang keras, bulat, dan ballotement (Fadlun, 2012).

- b. Leopold II: punggung sudah berada pada satu sisi abdomen dan bagian-bagian kecil berada pada sisi yang lain (Fadlun, 2012).
- c. Leopold III: teraba bokong yang tidak begitu bundar dan keras, tidak menunjukkan tanda ballotemen (Khumaira, 2012).
- d. Leopold IV: masuk PAP 1-5/5 bagian, H1-4. Bila terjadi engagement posisi bokong yang mapan dibawah simpisis (Fadlun, 2012).

DJJ 120-160 x/menit (JNPK-KR, 2008).His teraba minimal 2x dalam 10 menit, lama kontraksi 40 detik atau lebih (JNPK-KR, 2008).TBJ (Johnson - Tausak) = (jarak simpisis fundus – 12) x 155 (Sofian, 2012).

Ukuran panggul pada distancia spinarum 24 - 26 cm, distancia cristarum 28- 30 cm, conjugata eksterna 18- 20 cm, lingkaran panggul 80- 90 cm, distancia tuberum 10,5- 11 cm (Sofian, 2012).

c. Auskultasi

Bunyi jantung terdengar pada punggung anak setinggi pusat. Suara jantung janin biasanya terdengar paling keras didaerah sedikit diatas umbilicus, sedangkan bila terjadi engagement kepala janin suara jantung terdengar paling keras dibawah umbilicus (Fadlun, 2012).

Secara umum TTV ibu pada letak sungsang adalah normal, terkecuali pada pernafasan ibu terkadang lebih cepat dari normal. Hal ini berkaitan dengan keluhan terasa penuh di bagian atas. Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, tekanan darah 100/60 – 120/90 (Prawiroharjo, 2006), nadi : 60-80 kali per menit, suhu :  $\pm 6^{\circ}\text{C}$  dari  $37^{\circ}\text{C}$  (Tambunan dkk, 2011), berat badan: perkiraan peningkatan berat

badan 4 kg dalam kehamilan 20 minggu, 8,5 kg dalam 20 minggu kedua (0,4 kg/minggu dalam trimester akhir), total: 12,5 kg (Salmah, 2006), lingkar lengan:  $\geq 23,5$  cm, HPL (Naegel) = haid terakhir +7, bulan-3, tahun +1.

## 2. Pemeriksaan dalam

Dengan periksa dalam biasanya keadaan letak sungsang menjadi lebih jelas, meskipun terkadang sulit jika bokong belum turun kedalam rongga panggul. Untuk mengetahui bokong, harus dapat meraba suatu benda yang keras yaitu tulang kelangkang (os sacrum), bentuknya segitiga dan ditengah – tengahnya terasa benjolan dari crista sacralis media dan kedua benjolan tuber os ischii. Jika yang teraba bagian depan sacrum dan anus, maka teraba alat kelamin luar anak yaitu labia majora (anak perempuan) dan scrotum (anak laki-laki). Akan tetapi bagian cendandum sering kali berubah sehingga tidak jelas diraba dan sulit membedakan dengan muka anak. Berikut perbedaan yang dapat dirasakan pada saat melakukan pemeriksaan dalam:

- a. Anus, teraba lubang kecil yang tidak dapat dimasuki ujung jari kedalamnya dan pada jari terkadang terbawa meconium.
- b. Mulut, dapat dimasuki ujung jari, terasa pinggir rahang atas dan bawah, terkadang teraba lidah anak atau terasa anak menghisap ujung jari tersebut. Jari yang masuk kedalam mulut kelihatan bersih.
- c. Kaki, akan teraba tumit sebagai bagian yang runcing, kaki bersudut kurang lebih  $90^\circ$  dengan tungkai bawah, jari-jari kaki letaknya sejajar dan lebih pendek dari jari tangan.

- d. Tangan, teraba jari-jari tangan lebih panjang dari jari-jari kaki.
- e. Apabila ada dugaan dengan lutut haruslah dibedakan dengan siku. Pada tulang lutut teraba bundar dan dapat digerakkan yakni tulang tempurung (patella), sedangkan pada siku dapat diraba ujung tulang hasta (ulna) yang runcing dan tidak dapat digerakkan (Khumaira, 2012).

### 3. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan USG, foto rontgent dan foto Sinar X terlihat bayangan kepala di fundus (Marmi, 2012). USG idealnya digunakan untuk memastikan perkiraan klinis presentasi bokong bila mungkin untuk mengidentifikasi adanya anomaly janin. Kegunaan dari pemeriksaan penunjang ini umumnya yakni berguna baik untuk menegakkan diagnosis maupun untuk memperkirakan ukuran dan konfigurasi panggul ibu (Fadlun, 2010).

Pemeriksaan lainnya yaitu penyakit TORCH, ini sifatnya menular. Untuk mendeteksinya diadakan uji laboratorium untuk mengetahui IgG dan IgM nya terjangkit atau tidaknya penyakit TORCH. Infeksi pada kehamilan trimester I dapat menyebabkan kelainan bawaan yang erat pada bayi. Kelainan bawaan yang terjadi dapat berupa hidrocefalus, microsefalus, pengapuran otak, gangguan syaraf seperti kejang – kejang, gangguan refleks, reterdasi mental dan gangguan penglihatan yang dapat menyebabkan kebutaan dan radang hati. Gejala yang sering terjadi adalah flek pada wanita yang sedang hamil. Flek ini bisa terjadi terus - menerus sepanjang kehamilan, janin di dalam rahim tidak berkembang,

hamil anggur, janin meninggal pada usia kehamilan 7- 8 bulan, bahkan yang seringkali terjadi adalah keguguran (Bared, 2009).

### **2.1.7 Prognosa**

Pada letak sungsang yang persisten, dapat menimbulkan peningkatan morbiditas dan mortalitas perinatal selama proses dan persalinan, berikut prognosa/dampak yang dapat terjadi:

1. Pada ibu. Bila terjadi persalinan spontan prognosis ibu adalah baik, laserasi traktus genitalis dan perdarahan dapat disebabkan oleh persalinan yang terlalu cepat dan dipaksakan melalui panggul yang terlampau kecil atau melalui bagian-bagian lunak yang belum cukup terbuka (Oxorn, 2010).
2. Janin
  - a. Risiko presentasi bokong harus dibedakan dengan bahaya persalinan bokongnya sendiri. Risiko untuk janin pada persalinan bokong lebih besar dibanding yang lahir dengan kepala lebih dahulu. Mortalitas janin untuk bayi cukup bulan (2500 gr atau lebih) adalah sebesar 1-2% ditangan ahli kebidanan yang trampil. Ditangan penolong yang belum berpengalaman maka risikonya lebih tinggi (Oxorn, 2010).
  - b. Setelah pusat lahir, kepala anak mulai masuk kedalam pintu atas panggul sehingga tali pusat tertekan antara kepala dan rongga panggul. Diduga bahwa kepala harus lahir dalam 8 menit sesudah pusat lahir supaya anak lahir dengan selamat (Nurasiah dkk, 2012). Pada letak sungsang dapat terjadi perdarahan di otak karena kepala dilahirkan dengan cepat. Dapat terjadi kerusakan tulang belakang

karena tarikan badan anak dan sering terjadi tali pusat menumbung karena bagian depan anak kurang baik menutup bagian bawah rahim.

### **2.1.8 Komplikasi**

Pada letak sungsang yang persisten, dapat menimbulkan komplikasi sebagai berikut:

1. Pada ibu: perdarahan akibat trauma jalan lahir, simpfiolisis, atonia uteri, sisa plasenta, dan infeksi melalui trauma (assendens) (Bagus, 2012).
2. Pada bayi:
  - a. Asphyxia. Kompresi tali pusat antara panggul dan kepala yang terlalu lama, tali pusat menumbung, aspirasi air ketuban, dan isi vagina oleh karena pernapasan aktif sebelum kepala lahir dan persalinan yang lama dan sukar.
  - b. Trauma pada tulang kepala dan otak. Kepala yang datang kemudian melalui panggul dengan cepat dan tidak terjadi moulage secara bertahap dalam waktu beberapa jam tetapi kompresi dan dekompresi yang cepat dan kadang-kadang berlebihan hanya berlangsung dalam waktu beberapa menit. Ligamenta pada otak terkena peregangan yang hebat dan mendadak, dengan kemungkinan terjadinya laserasi dan perdarahan intracranial. Trauma pada otak dapat terjadi pada persalinan dengan pembukaan yang belum lengkap atau melalui panggul yang salah dinilai kapasitasnya, perdarahan – perdarahan kecil, fraktura tulang tengkorak.
  - c. Kerusakan akibat pertolongan yang kasar pada persalinan: fractura leher, humerus, clavicula, dan femur, paralysis plexus cervikalis dan

brachialis, robekan hepar oleh karena terlalu kencang memegang bayi disekeliling abdomen pada waktu menarik keluar, kerusakan pada glandula adrenalis janin yang relative besar, trauma pada medulla spinalis, trauma pada pharynx oleh karena penolong meletakkan jarinya dalam mulut bayi untuk membantu persalinan dan kerusakan organ-organ dalam perut. Bayi harus dipegang pada pinggul bukan pada batang tubuh.

- d. Ukuran bayi: bayi-bayi yang besar, lebih dari 4 kilogram mungkin terlalu besar untuk panggul dan bayi-bayi prematur mempunyai tubuh yang kecil dibanding dengan kepalanya. Bokong yang kecil bukan pembuka yang baik dan tidak membuka jalan untuk kepala.
- e. Kelainan congenital. Insiden kelainan congenital seperti hydrosepalus pada presentasi bokong mendekati 8%, menyebabkan prognosinya kurang menyenangkan. Hydramnion 3x lebih sering dibanding dengan pada presentasi normal.
- f. Pecahnya ketuban telah diperlihatkan bahwa kematian janin jauh lebih tinggi bila interval antara pecahnya ketuban dengan lahirnya bayi lebih lama. Kematian perinatal bayi cukup bulan naik tiga kali lipat bila jarak waktu antara pecahnya ketuban dengan permulaan persalinan lebih dari 12 jam, kematian janin naik tiga kali untuk primigravida dan lima kali untuk multipara. Angka-angka ini tidak berlaku untuk bayi-bayi premature (Oxorn, 2010).

### **2.1.9 Masalah yang terjadi pada kehamilan letak sungsang**

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

1. Kekhawatiran. Bagi ibu yang kehamilannya mengalami letak sungsang akan merasakan kekhawatiran pada janinnya. Sepanjang kandungan belum memasuki 9 bulan maka masih dikategorikan sebagai sesuatu yang normal (Irmansyah, 2009).
2. Sesak. Setelah usia kehamilan 7-8 bulan ibu akan merasakan gerakan janin lebih banyak di atas pusar. Ciri lain: bagian yang keras (kepala janin) mendesak tulang iga ibu hingga menimbulkan rahim sesak atau tertekan (Dwiana, 2008),

### **2.1.10 Penatalaksanaan**

#### **1. Antenatal**

Upaya untuk merubah posisi janin dari letak bokong ke letak kepala, antara lain:

##### **a. Knee Chest.**

Penatalaksanaan untuk kehamilan dengan letak sungsang menurut Mufdillah (2009) adalah posisi knee chest. Langkah-langkah knee chest yaitu ibu dengan posisi menungging (seperti sujud), posisi lutut dan dada menempel pada lantai dan sejajar dengan dada. Lakukan 3-4 x/hari selama 10-15 menit, lakukan pada saat sebelum tidur, sesudah bangun tidur, dan sebelum mandi. Secara tidak langsung posisi knee chest dilakukan pada waktu melaksanakan sholat. Syarat- syarat knee chest antara lain, dapat

dilakukan pada usia kehamilan 7- 7, 5 bulan, 3-4 x /hari selama 10-15 menit, usia kehamilan maksimal 35-36 minggu. Hal ini diharapkan dapat memberikan peluang kepala turun menuju pintu atas panggul dengan dasar pertimbangan kepala lebih berat daripada bokong, sehingga dengan adanya hukum alam mengarah ke pintu atas panggul.

## **2. Intranatal**

Pada proses persalinan presentasi bokong dibandingkan pada presentasi belakang kepala, resiko ibu dan anak jauh lebih besar. Untuk itu dibutuhkan persiapan yang baik sebelum dimulainya persalinan.

### **a. Persiapan persalinan letak sungsang**

Pada saat masuk kamar bersalin perlu dilakukan penilaian secara cepat dan cermat mengenai keadaan selaput ketuban, fase persalinan, kondisi janin serta keadaan umum. Dilakukan pengamatan cermat pada DJJ, kualitas his dan kemajuan persalinan. Selain itu tentukan jenis presentasi bokong, pastikan dilatasi serviks telah lengkap, kosongkan kandung kemih ibu, kaji efektifitas upaya mengedan ibu. Persiapan oleh tenaga penolong persalinan diantaranya asisten penolong persalinan, dokter anak dan ahli anastesi. Staf harus waspada mengenai kemungkinan untuk meresusitasi bayi baru lahir berskala penuh, dan posisikan pasien dalam posisi litotomi untuk memberikan ruang yang adekuat dibawah panggul ibu yang dibutuhkan untuk persalinan (Duttondkk, 2012).

Terapi yang diperlukan pada persalinan letak sungsang antara lain:

- 1) Bimbingan persalinan. Proses persalinan harus berlangsung secara spontan di dalam vulva hingga ujung skapula nampak di atas vulva. Jika

kepala telah memasuki pelvis minor (di vulva), persalinan harus segera berlangsung dalam waktu 5 menit.

- 2) Kemungkinan teknik. Pada saat persalinan selalu dilakukan episiotomi untuk memudahkan dan memperlebar jalan lahir. Dapat pula dilakukan bantuan manual yang berupa metode satu tahap menurut bracht, metode dua tahap dengan melahirkan gelang bahu, kemudian kepala, dan kesukaran melahirkan kepala dengan forsep (Khumaira, 2012).

#### **b. Mekanisme persalinan letak sungsang**

Pada ibu primi waktu akhir hamil bokong anak sudah masuk di pintu atas panggul, sedangkan pada ibu multi hal ini berlaku jika persalinan sudah mulai dengan datangnya his. Bokong turun melalui pintu atas panggul dengan garis pangkal paha pada ukuran melintang atau miring, kadang-kadang juga dalam ukuran memanjang (ukuran muka –belakang). Jika bokong anak sudah sampai atau hampir sampai didasar panggul, maka atas pengaruh dasar panggul ini disertai oleh pengaruh paksi-panggul bokong anak jadi berputar hingga garis pangkal paha terletak dalam ukuran muka - belakang. Jika bokong sebelah depan sudah terlihat dibelakang symphysis, selanjutnya diikuti oleh bagian trochanter. Pada daerah trochanter ini, symphysis bagian bawah sebagai hypomochlion, hingga dengan demikian lahirlah seluruh pantat anak melewati perineum.

Mulai dari dasar panggul sampai lahirnya pantat dan seterusnya, yang jelas terlihat adalah tulang belakang pinggang dari anak membengkok kearah luar (laterofleksi). Hal ini dapat terjadi karena:

- 1) Garis pangkal paha ialah ukuran yang paling panjang dan harus keluar dari pintu bawah panggul dalam ukuran muka belakang (sebab pada pintu bawah panggul ukuran inilah yang paling panjang).
- 2) Pergerakan tulang belakang didaerah pinggang anak yang paling mudah hanya kesamping (lateral).
- 3) Pada letak sungsang dengan kaki keatas gerakan ke belakang dihalangi oleh kaki, sehingga kemungkinan hanya gerakan laterofleksi. Setelah seluruh pantat lahir, terjadi gerakan laterofleksi, punggung anak berputar ke atas, hingga badan tersebut menjadi mengedik (artinya terjadi lordose). Terlebih lagi jika kaki sudah lahir, lebih banyak gerakan itu menjadi lebih bebas dan tulang belakang anak lebih suka mengadakan lordose.

Selain itu, faktor yang menyebabkan punggung anak berputar kemuka ialah bahu anak masuk pintu atas panggul dalam ukuran melintang. Bahu melewati pintu bawah panggul sehingga punggung anak berputar hingga bahu depan lahir dibawah symphysis. Setelah itu diikuti bahu belakang melewati perineum. Lahirnya lengan anak bersamaan dengan dada dan bahu. Sementara itu kepala anak turun kedalam rongga panggul dengan sutura sagitalis dengan ukuran melintang. Sesampainya dalam rongga panggul, kepala anak (subocciput) lahir dibawah symphysis (sebagai hypomoclon) dan lahirlah berturut-turut dagu, muka dan kening melewati perineum (Khumaira, 2012).

**c. Jenis persalinan letak sungsang**

Pada letak sungsang dapat di upayakan persalinan pervaginam, namun jika terdapat penyulit ataupun kontraindikasi lain dalam persalinan perlu dilakukan tindakan persalinan perabdominal.

1) Persalinan Pervaginam

Berdasarkan tenaga yang dipakai dalam melahirkan janin pervaginam, maka pada persalinan sungsang dibagi tiga yaitu:

a) Persalinan Spontan (Spontaneous Breech)

Pada letak sungsang, ini merupakan tahap pertama dimana persalinan yang dilahirkan dengan kekuatan dan tenaga ibu sendiri, yang biasa disebut bracht. Pada umumnya persalinan dalam letak sungsang berlangsung lebih lama, karena his sering kali tidak begitu kuat. Ini disebabkan bokong atau pantat, tidak begitu keras seperti kepala, sehingga tekanannya pada bagian bawah rahim pun menjadi kurang. Setelah ketuban pecah pembukaan canalis servikalis oleh pantat tidak begitu cepat seperti pada letak kepala. Pada letak sungsang biasanya ketuban pecah lebih dahulu karena penutupan bagian bawah raim dan tekanan oleh pantat dari atas tidak begitu sempurna seperti kepala. Keluar mekonium dalam letak sungsang tidak begitu penting seperti pada letak kepala, karena keluarnya meconium tersebut disebabkan tekanan pada perut (pada letak kepala keluar meconium itu berarti anak dalam tanda bahaya).

Yang dapat menimbulkan bahaya terhadap anak dalam persalinan letak sungsang adalah setelah pantat lahir, maka ruangan didalam rahim mengecil dan hal tersebut dapat menimbulkan gangguan dalam peredaran darah uri. Akan tetapi bahaya yang lebih besar ialah jika anak sudah lahir sampai perut, tali pusat menjadi tertekan antara kepala anak (yang sudah turun dirongga panggul) dan tulang panggul sehingga dengan demikian peredaran darah dalam tali pusat tersebut tertahan (Khumaira, 2012).

Mekanisme persalinan:

(1) Tahap pertama (fase lambat) yaitu mulai lahirnya bokong sampai pusat (skapula depan).

Disebut fase lambat karena fase ini hanya untuk melahirkan bokong yang tidak berbahaya. Tahapan lahirnya bokong yaitu garis pangkal paha (diameter bitrokanteriksa) masuk miring/melintang ke dalam pintu atas panggul. Setelah bokong mendapat tahanan dari otot-otot dasar panggul, terjadi laterofleksi dan badan janin menyesuaikan diri dengan lengkung panggul. Saat bokong depan tampak divulva, trokanter mayor depan sebagai hipomoklion. Lalu terjadi laterofleksi badan janin dan disusul lahirnya bokong belakang melalui perineum dan lahir bokong depan.

(2) Tahap kedua (fase cepat) yaitu mulai dari lahirnya pusar sampai mulut.

Disebut fase cepat karena pada fase ini kepala janin mulai masuk pintu atas panggul dan kemungkinan tali pusat terjepit, sehingga fase

ini harus segera diselesaikan dan tali pusat segera dilonggarkan. Bila mulut sudah lahir, janin dapat bernafas lewat mulut. Tahapan lahirnya bahu yaitu setelah bokong lahir terjadi putar paksi luar maka punggung sedikit kedepan, sehingga bahu dapat masuk dengan ukuran miring/melintang dipintu bawah panggul. Setelah bahu turun terjadilah putar paksi bahu sampai ukuran muka belakang dipintu bawah panggul, punggung berputar lagi ke samping, maka lahirlah bahu.

- (3) Tahap ketiga (fase lambat) yaitu mulai lahirnya mulut sampai seluruh kepala lahir.

Disebut fase lambat karena kepala keluar dari ruangan yang bertekanan tinggi (uterus) ke dunia luar yang tekanannya lebih rendah, sehingga kepala harus dilahirkan secara perlahan-lahan untuk menghindari terjadinya perdarahan intra kranial (adanya rupture tentorium serebelli). Tahapan lahirnya kepala yaitu pada saat bahu lahir kepala berada pada keadaan fleksi dengan ukuran miring/melintang pintu atas panggul. Kepala putar paksi sedemikian rupa sehingga kuduk/ leher bagian belakang dibawah symphysis dan dagu disebelah belakang. Dengan suboksiput sebagai hipomoklion maka lahirlah berturut-turut melalui perineum dagu, mulut, hidung, dahi, dan belakang kepala.

(Irmawati, dkk, 2010).

Persalinan plasenta dilakukan secara biasa, dengan memperhatikan tanda plasenta telah lepas, melakukan tes plasenta telah lepas dan persalinan

plasenta secara Crede. Pertolongan persalinan secara Bracht dinyatakan gagal apabila dalam dua kali periode his dan mengejan, janin belum lahir dan terjadi asfiksia janin. Selanjutnya pertolongan persalinan dapat dilanjutkan dengan ekstraksi parsial (manual aid) untuk melahirkan bahu atau kepala (Manuaba, 2012).

b) Manual Aid (Partial Reech Extrraction; Assisted Breech Delivery)

Cara ini merupakan tahap kedua, dimana untuk melahirkan bahu dan lengan janin dengan tenaga dan kekuatan ibu, sebagian lagi tenaga penolong. Ada beberapa cara dalam manual aid, diantaranya:

(1) Cara Klasik/ Deventer

Pada prinsipnya melahirkan lengan belakang lebih dahulu, karena lengan belakang berada di ruangan yang lebih besar (sacrum) kemudian melahirkan lengan depan di bawah simpisis. Tetapi jika sulit dilahirkan maka lengan depan diputar menjadi lengan belakang, yaitu dengan memutar gelang bahu kearah belakang kemudian lengan belakang dilahirkan. Tangan kanan atau kiri memegang kedua pergelangan kaki janin, mendekatkan perut janin ke perut ibu. Sisi tangan yang tidak memegang pergelangan kaki dimasukkan ke jalan lahir dan menelusuri bahu janin menuju ke persendian siku, kemudian mengait lengan janin seperti mengusap badannya sampai lengan bawah lahir. Setelah lengan belakang janin lahir pegangan kaki dipindahkan sehingga punggung janin didekatkan ke punggung ibu, sama halnya dengan lengan depan. Penyulit yang dapat dialami

yaitu kedudukan kedua tangan masih tinggi, dapat terjadi tangan dibelakang kepala dan dapat terjadi infeksi (Manuaba, 2012).

(2) Muller

Pada prinsipnya yaitu melahirkan bahu dan lengan depan lebih dahulu dengan ekstraksi kemudian melahirkan bahu dan lengan belakang. Bokong janin dipegang secara femuro - pelviks dengan kedua ibu jari penolong diletakkan sejajar spina sacralis media, jari telunjuk pada crista illiaca dan jari-jari lain mencengkeram paha bagian depan. Badan janin ditarik curam ke bawah sampai bahu depan tampak dibawah simpisis dan lengan depan dilahirkan dengan mengait lengan dibawahnya. Setelah bahu dan lengan depan lahir, maka badan janin yang masih dipegang secara femuro-pelviks ditarik ke atas sampai bahu belakang lahir. Bila bahu belakang tak lahir dengan sendirinya, maka lengan belakang diahirikan dengan mengait lengan bawah dengan kedua jari penolong. Keuntungannya yaitu tangan penolong tidak masuk jauh ke dalam jalan lahir sehingga bahaya infeksi minimal (Manuaba, 2012).

(3) Cara Bickenbach's

Pada prinsipnya persalinan secara Bickenbach's merupakan kombinasi antara Mueller dengan klasik. Namun tekniknya hampir sama dengan cara Klasik. Teknk ini dapat disebut dengan melahirkan lengan menunjuk. Yang dimaksud lengan menunjuk ialah bila salah satu lengan janin melingkar di belakang leher dan menunjuk ke suatu arah. Posisi lengan semacam ini tidak mungkin dilahirkan karena

tersangkut di belakang leher, maka lengan tersebut harus dapat diubah sehingga terletak didepan dada. Bila lengan belakang yang menunjuk, maka badan atas janin dicengkam dengan kedua tangan penolong, sehingga jari-jari lain mencengkam dada. Badan anak diputar searah dengan arah lengan menunjuk ke arah belakang, sehingga lengan tersebut terletak didepan dada dan menjadi lengan belakang. Kemudian lengan ini dilahirkan dengan klasik. Bila lengan depan yang menunjuk, maka lakukan teknik seperti diatas. Namun memegang badan atas dibalik yaitu ibu jari diletakkan di dada dan jari lain mencengkam punggung.

#### (4) Lovset

Pada prinsipnya yaitu memutar badan janin dalam setengah lingkaran bolak-balik sambil dilakukan traksi awam ke bawah sehingga bahu yang sebelumnya berada di belakang akhirnya lahir di bawah simpisis. Badan janin dipegang secara femuro - pelviks lalu traksi curam ke bawah dan badan janin diputar setengah lingkaran sehingga bahu belakang menjadi bahu depan. Kemudian sambil dilakukan traksi, badan janin diputar lagi kearah yang berlawanan setengah lingkaran. Demikian seterusnya bolak - balik sehingga bahu belakang tampak dibawah simpisis dan lengan dapat dilahirkan (Manuaba, 2012). Keuntungan dengan persalinan ini yaitu teknik sederhana, hampir selalu dapat dikerjakan tanpa melihat posisi lengan janin, dan kemungkinan infeksi intrauterine minimal (Irmawati, dkk, 2010), teknik ini jarang gagal dan dapat dilakukan

pada semua letak sungsang. Kerugian yang dapat terjadi yaitu pemutaran badan janin dapat menimbulkan fraktur atau dislokasi tulang belakang dan persendian leher dan dapat terjadi trauma alat vital intra abdomen (Manuaba, 2012).

Beberapa kesulitan pertolongan persalinan bahu diantaranya:

- a) Lengan menunjuk (nuchal arm) yaitu posisi lengan berada dibelakang leher secara paksa, badan janin dipegang secara femuro-pelvis, janin sedikit didorong keatas sehingga lebih bebas dan badan anak diputar seolah-olah mencium sikunya sampai lengan berada didepan. Persalinan lengan dilakukan dengan jalan menelusuri bahu menuju persendian siku sesuai dengan teknik Deventer (klasik) atau Mueller.
- b) Lengan menjungkit yaitu lengan lurus disamping kepala. Dilakukan pemutaran badan janin sehingga lengan hanya menjungkit berada dibagian depan (dada). Persalinan lengan dapat dilakukan dengan metode Deventer atau Mueller.

Kerugian pertolongan persalinan dengan posisi lengan menjungkit atau menunjuk dilakukan manipulasi intravagina atau intrauteri sehingga kemungkinan terjadinya komplikasi pada ibu dan janin semakin meningkat (Manuaba, 2012).

- c) Teknik lahirnya kepala

Ini merupakan tahap ketiga, kepala dapat dilahirkan dengan cara:

- (1) Mauriceau (Veit-Smellie).

Pada prinsipnya mempertahankan fleksi kepala, suboksiput sebagai hipomoklion, janin menunggangi tangan kiri dan seorang melakukan tekanan pada fundus uteri secara Kristeller. Setelah kedua bahu dan lengan lahir janin ditunggangkan pada tangan kiri. Jari tengah dimasukkan ke mulut dan dua jari lainnya (jarike-2 dan 4) berada pada tulang pipi (maksilaris) mempertahankan fleksi kepala. Tangan kanan mencengkeram leher janin diantara jari tengah dan jari telunjuk. Dilakukan tarikan cunam kebawah sampai suboksiput berada dibawah simpisis (sebagai hipomoklion).Kemudian tarikan ke atas sehingga berturut-turut lahir dagu hingga seluruh kepala.

Kerugiannya dapat gagal dan diikuti dengan forsep, menimbulkan trauma langsung pada mulut, kulit muka, tulang leher, kerusakan pusat vital di medulla oblongata dan menyebabkan asfiksi sedang sampai kematian (Manuaba, 2012).

## (2) Naujoks

Pada prinsipnya dilakukan saat kepala masih tinggi. Tekniknya kedua tangan penolong mencengkeram leher janin antara jari tengah dan jari telunjuk. Sementara seorang asisten menekan dan mendorong fundus uteri saat timbul his dan mengejan. Penolong melakukan tarikan cunam ke bawah dan mendekati simpisis (suboksiput dibawah simpisis). Setelah suboksiput dibawah simpisis tarikan terhadap kepala janin diarahkan ke atas sehingga berturut-turut lahir dagu hingga seluruh kepala. Kerugiannya menimbulkan

mordibitas dan mortalitas yang tinggi pada ibu dan bayi, dagu dapat tersangkut pada simpisis (Manuaba, 2012).

(3) Prague

Pada prinsipnya dagu didepan sehingga dapat tersangkut dibawah simpisis. Tekniknya yaitu tangan mencengkeram leher janin diantara jari tengah dan telunjuk. Leher janin berada ditelapak tangan, tangan lainnya memegang kedua pergelangan kaki janin diantara ibu jari, telunjuk, dan jari tengah. Janin dielevasi ke atas sehingga perut janin mendekat ke perut ibu. Seorang asisten menekan kepala janin dari bagian fundus uteri, persalinan berlangsung dengan os hioid sebagai hipomoklion. Kerugiannya yaitu trias komplikasi ibu dan bayi meningkat, robekan perineum yang luas karena dipaksa oleh persalinan belakang kepala (Manuaba, 2012).

(4) Cunam forsep piper atau kjelland

Pada prinsipnya dilakukan akibat kegagalan persalinan melalui teknik Mauriceau- Veit- Smellie, melindungi dari terjadinya trauma pada persendian leher dan pusat vital di medulla oblongata, mempercepat persalinan kepala.

Tekniknya seluruh badan janin dibungkus dengan kain steril, diangkat keatas sehingga terdapat tempat untuk memasang daun forsep. Forsep yang dipakai dapat forsep piper (hanya memberikan trauma kecil) dan forsep kjelland. Forsep dipasang mulai dengan daun forsep kiri lalu kiri kemudian dikunci. Badan anak kembali ditunggangkan pada forsep. Dilakukan tarikan cunam kebawah

sehingga suboksipu berada dibawah simpisis (sebagai hipomoklion).  
Diikuti tarikan keatas sehingga berturut-turut lahir dagu hingga seluruh kepala. Kerugiannya yaitu forsep piper tidak dimiliki semua rumah sakit, diperlukan teknik dan keterampilan khusus, trias komplikasi ibu dan janin meningkat (Manuaba, 2012).

d) Ekstraksi Sungsang (Total Breech Extraction), merupakan seluruh proses persalinan letak sungsang yang mengandalkan kekuatan dari luar.

(1) Ekstraksi kaki.

Pada prinsipnya kaki dalam vagina dituntun keluar dengan menjepitnya diantara jari tengah dan telunjuk sampai betis tampak.

Tekniknya yaitu dua ibu jari diletakkan pada betis dan jari lainnya dibagian tulang tibia. Janin ditarik cunam kebawah sehingga pangkal paha tampak. Pindahkan ibu jari pada paha bagian belakang dan jari lainnya dibagian depan. Lakukan tarikan curam kebawah sampai trocanter depan berada dibawah simpisis (hipomoklion). Pegangan/tarikan dipindahkan pada bokong dengan jari telunjuk mengait bokong pada spina isiadika anterior-superior danpergelangan tangan dipegang oleh tangan lainnya sehingga tarikan pada bokong stabil dan lebih kuat. Lakukan tarikan curam kebawah sampai trokanter depan lahir, jari telunjuk tangan lainnya mengait bokong pada spina anterior - superior sehingga bokong dapat ditarik lebih kuat sampai bahu depan tampak dibawah simpisis. Untuk melahirkan bahu dilakukasn dengan teknik Deventer/

Mueller/louvset. Setelah kedua bahu lahir, persalinan kepala dilakukan melalui teknik mauriceau veit smellie atau cunam/ forsep. Persalinan plasenta dilakukan kemudian melakukan eksplorasi unuk mencari trauma jalan lahir atau sisa plasenta (Manuaba, 2012).

## (2) Profilaksis pinard

Persalinan bokong murni atau bokong kaki diperkirakan sulit, sehingga perlu dilakukan penurunan kaki. Menurut profilaksis pinard dengan syarat sebagai berikut pembukaan minimal 7 cm, ketuban pecah atau dipecahkan, janin memungkinkan untuk dilahirkan pervaginam dan tidak terdapat disporposi sefalo-pelvis.

Pada prinsipnya kaki depan diturunkan untuk menghindari bokong tersangkut pada simpisis.

Teknik yang dilakukan yaitu tangan dimasukkan secara obstetric. Tangan menelusuri bokong, paha, dan menekan paha kearah bokong, hal ini diharapkan kaki jatuh pada punggung tangan. Setelah kaki dapat dicapai, kemudian kaki dituntun keluar sehingga kedudukannya menjadi lebih rendah. Selanjutnya adalah mengubah kedudukan bokong menjadi kedudukan kaki dan bila diperlukan dapat dilakukan ekstraksi kaki (Manuaba, 2012).

## (3) Ekstraksi bokong

Pada prinsipnya persalinan letak sungsang dengan ekstraksi bokong dimulai dengan trokanter depan. Teknik yang dilakukan yaitu untuk memperlancar persalinan dapat dilakukan episiotomy yang luas dan dorongan/ penekanan pada fundus uteri secara Kristeller. Jari

telunjuk mengait bokong pada spina isiadika anterior superior. Untuk menjaga agar tarikan stabil dan kuat, pergelangan tangan yang melakukan tarikan dipegang / digenggam dengan tangan lainnya.

Lakukan tarikan curam kebawah untuk melahirkan trokanter depan, mengait spina isiadika anterior superior bagian belakang sampai bokong lahir, tarikan dilanjutkan curam kebawah sehingga scapula tampak dan bahu depan berada di bawah simpisis. Untuk persalinan bahu dapat dilakukan secara Deventer/ Mueller/ lovset. Setelah kedua bahu lahir, bayi diletakkan diatas perut ibu, kemudian jalan napas, mulut dan hidung bayi dibersihkan dari lendir. Tali pusat dipotong setelah bayi menangis dan selanjutnya dirawat sebagaimana mestinya. Lakukan persalinan plasenta, setelah itu diikuti eksplorasi untuk melakukan evaluasi terhadap adanya trauma jalan lahir (Manuaba, 2012).

## 2) Persalinan Perabdominal (SC)

Persalinan letak sungsang transvaginal memerlukan evaluasi terhadap kemungkinan timbulnyakemacetan persalinan kepala akibat bayi yang terlalu besar, disporposi sefalopelvis, terdapat letak sungsang berulang, riwayat persalinan yang buruk, lahir mati, cacat karena truma. Persalinan *seksio cesarea* pada letak sungsang tidak banyak menimbulkan trauma karena insisi dapat diperluas saat ekstraksi bokong atau kaki (Manuaba, 2012).

Zatuchni dan Andros membuat suatu indeks prognosis untuk menilai lebih tepat apakah persalinan dapat dilahirkan pervaginam atau perabdominan, sebagai berikut:

Tabel 2.1 Indeks prognosis Zatuchni dan Andros

Indeks	0	1	2
Paritas	Primigravida	Multigravida	
Umur kehamilan	>39 mgg	38 mgg	< 37 mgg
Taksiran Berat Janin	>3630 gr	3629 gr – 3176 gr	< 3176 gr
Pernah letak sungsang	Tidak	1x	>2x
Pembukaan serviks	<2 cm	3 cm	>4 cm
Station	<-3	<-2	-1 atau lebih rendah

Sumber: (Manuaba, 2012).

**Arti nilai :**

$\leq 3$ : persalinan perabdomen (melalui *seksio cesarea*)

4 : evaluasi berat badan janin, bila nilainya tetap persalinan dapat pervaginam.

$\geq 5$ : persalinan pervaginam

Sebelum dilakukan operasi, perlu adanya tindakan pemeriksaan laboratorium, antara lain:

1. Hemoglobin atau hematokrit (Hb/ Ht) untuk mengkaji perubahan dan mengevaluasi efek kehilangan darah pada pembedahan.
2. Leukosit (WBC) untuk mengidentifikasi adanya infeksi
3. Tes golongan darah, lama perdarahan, waktu pembekuan darah

4. Urinalisis / kultur urine
5. Pemeriksaan elektrolit (Cunningham, 2011).

Kerugian seksio sesarea pada persalinan letak sungsang yaitu dapat menimbulkan kecacatan pada otot rahim yang merupakan lokus minoris resistensi, terjadi infeksi, dan perdarahan.Keuntungannya yaitu perdarahan dan trauma persalinan dapat dikendalikan, morbiditas, dan mortalitas bayi rendah (Manuaba, 2012).

### **2.1.11 Perawatan pasien post SC**

*Seksio cesarea* adalah pertolongan persalinan yang konservatif, sehingga diharapkan ibu dan bayinya selamat dengan jaminan kualitas sumber daya manusia yang optimal. Tindakan *seksio cesarea* tetap menghadapkan ibu pada trias komplikasi sehingga memerlukan observasi dengan tujuan agar dapat mendeteksi kejadiannya lebih dini (Manuaba, 2012).

1. Perawatan yang perlu dilakukan pada post SC antara lain:

- a. Penanganan awal.

Untuk pemulihan, letakkan pasien dalam posisi tidur miring dengan kepala agak ekstensi untuk membebaskan jalan napas. Letakkan lengan atas dimuka tubuh agar mudah melakukan pemeriksaan analisa darah. Tungkai bawah agak tertekuk, bagian atas lebih tertekuk daripada bagian bawah untuk menjaga keseimbangan (Prawiroharjo, 2009).

- b. Segera setelah selesai pembedahan periksa kondisi pasien.

Untuk mengukur dan memeriksa tanda-tanda vital seperti tekanan darah sistol 100/130 – 60/90 mmhg, denyut nadi 70 - 80 x/menit, suhu  $\pm 6^\circ$  dari  $37^\circ$  C, kontraksi uterus baik, keras, keluaran urine dan jumlah perdarahan dievaluasi setiap 4jam, flatus (Cunningham, 2009). Keseimbangan cairan melalui produksi urin dengan perhitungan produksi urin normal 500-600 cc, pernapasan 500-600 cc, penguapan badan 900-1000 cc. Pemberian cairan pengganti sekitar 2000-2500 cc dengan perhitungan 20 tetes/ menit (=1 cc/menit). Infus setelah operasi sekitar 2 x 24 jam. Pemeriksaan, meliputi paru (kebersihan jalan napas, ronki basal untuk mengetahui edema paru), bising usus menandakan berfungsinya usus dengan adanya flatus, perdarahan local pada luka operasi, kontraksi rahim untuk menutup pembuluh darah. Jika terjadi perdarahan pervaginam evaluasi perdarahan lokia, atonia uteri (Manuaba, 2012).

- c. Pastikan ibu dibawah pengawasan sampai sadar.

Yakinkan bahwa jalan napas bersih dan cukup ventilasi. Jika tanda vital tidak stabil dan hematokrit turun lakukan tranfusi, jika diperlukan. Segera kembalikan ke kamar bedah karena kemungkinan terjadi perdarahan pasca bedah (Prawiroharjo, 2009). Untuk penderita pada anestesi lumbal kesadaran penderita baik, oleh karenanya ibu dapat mengetahui hampir semua proses persalinan. Sedangkan pada anestesi umum pulihnya kesadaran

oleh ahli telah diatur, dengan memberikan O<sub>2</sub> menjelang akhir operasi (Manuaba, 2012).

d. Analgesia

Pemberian analgesia sesudah bedah sangat penting, sebaliknya pemberian sedasi yang berlebihan menghambat mobilitas yang diperlukan pascabedah. Analgesia yang diberikan suppositoria ketoprofen 2 kali/ 12jam atau tramadol tiap 6 jam atau parasetamol, injeksi petidin 50- 75 mg diberikan tiap 4 jam bila perlu (Prawiroharjo, 2009).

e. Mobilisasi

Konsep mobilisasi dini tetap merupakan landasan dasar, sehingga pulihnya fungsi alat vital dapat segera tercapai. Pada mobilisasi fisik, setelah pasien sadar boleh miring, duduk, bahkan jalan dengan infus (Manuaba, 2012). Pasien dapat menggerakkan kaki, tangan serta tubuhnya sedikit. Pasien dapat duduk pada 8-12 jam (bila tidak ada kontraindikasi dari anastesi dan dapat berjalan bila mampu pada 24 jam pascabedah, bahkan mandi sendiri pada hari kedua (Prawiroharjo, 2009). Infus dan kateter dibuka pada hari kedua atau ketiga. Sedangkan mobilisasi usus setelah hari pertama keadaan baik, penderita boleh minum, hari kedua / ketiga boleh pulang (Manuaba, 2012).

f. Organ gastrointestinal

Efek gastrointestinal pada pasien obstetric pada tindakan yang tidak terlalu berat kembali normal dalam 12 jam. Jika tindakan

bedah tidak berat, berikan pasien diet cair. Misalnya pada pasien 6-8 jam pascabedah dengan anastesi spinal, infus dan kateter dapat dilepas. Namun jika ada tanda infeksi, *seksio cesarea* karena partus macet, ruptur abdomen, tunggu sampai bising usus timbul. Jika peristaltik baik dan pasien bisa flatus mulai berikan makanan padat. Pemberian infus diteruskan sampai pasien bisa minum dengan baik dan produksi urin tidak < 30 ml/jam. Bila kurang, kemungkinan ada kehilangan darah yang tidak kelihatan atau efek antidiuretik dari oksitosin. Jika pemberian infus melebihi 48jam, berikan cairan elektrolit untuk balance (missal cairan kalium klorida 40mEq dalam 1/cairan infus). Sebelum keluar dari rumah sakit pasien sudah harus bisa makan makanan biasa (Prawiroharjo, 2009).

g. Perawatan luka

Pembalut luka berfungsi sebagai penghalang dan pelindung terhadap infeksi selama proses penyembuhan (reepitelisasi). Pertahankan penutup sejak pembedahan untuk mencegah infeksi selama proses reepitelisasi berlangsung (Prawiroharjo, 2009).

h. Perawatan fungsi kandung kemih

Pemakaian kateter dibutuhkan pada prosedur bedah. Semakin cepat melepas kateter dapat mencegah kemungkinan infeksi dan membuat perempuan lebih cepat mobilisasi. Kateter dapat dilepas 8 jam setelah bedah atau semalam jika urin tidak jernih terpasang sampai urin jernih. Kateter dipasang 48 jam pada kasus bedah

karena rupture uteri, partus lama atau partus macet, edema perineum yang luas, dan sepsis puerperalis/ pelvio peritoritis. Jika terjadi perlukaan pada kandung kemih, pasang kateter sampai urin jernih. Jika sudah tidak memakai antibiotika, berikan nitrofuransoin 100mg pervaginam sampai kateter dilepas (untuk mencegah sistitis) (Prawiroharjo, 2009).

i. Antibiotika

Infeksi selalu diperhitungkan dari adanya alat yang kurang steril, infeksi ascendens karena manipulasi vagina sehingga pemberian antibiotika sangat penting untuk menghindari terjadinya sepsis sampai kematian. Pertimbangan pemberian antibiotika yaitu bersifat profilaksis. Bersifat terapi bila telah terjadi infeksi yang berpedoman pada hasil tes sensitifitas, kualitas antibiotika yang diberikan dan pemberian antibiotika (Manuaba, 2012). Jika ada tanda infeksi atau pasien demam berikan antibiotika selama 48 jam (Prawiroharjo, 2009).

j. Laboratorium.

Secara rutin hematokrit diukur pada pagi setelah operasi. Hematokrit tersebut harus segera di cek kembali bila terdapat kehilangan darah yang tidak biasa atau keadaan yang menunjukkan hipovolemia.

k. Perawatan gabung dan menyusui dini.

Pasien post SC dapat dirawat gabung dan menyusui bayinya. Namun pada ibu yang mengalami bedah dengan pembiusan umum

tidak mungkin dapat segera menyusui bayinya karena ibu belum sadar akibat pengaruh obat biusnya. Jika ibu sudah sadar maka secepatnya bayi disusukan dengan bantuan tenaga medis dengan pembiusan. Ibu dengan pembiusan lokal, proses menyusui dapat sesegera mungkin dilakukan. Posisi menyusui yang dianjurkan adalah ibu dalam posisi berbaring miring dengan bahu dan kepala ditopang dengan bantal (Sulistiyowati, 2012) atau memberikan ASI dalam posisi setengah duduk (Prawiroharjo, 2009). Sementara bayi disusukan diatur sedemikian rupa sehingga areola mammae dapat semuanya masuk ke dalam mulut bayi. Apabila ibu sudah dapat duduk maka bayi dapat disusui dengan posisi memegang bola (Sulistiyowati, 2012).

1. Memulangkan pasien

Pasien diperbolehkan pulang bagi paskasecsio sesarea tanpa komplikasi. Waktu 3-4 hari cukup untuk pasien. Berikan instruksi mengenai perawatan luka (mengganti kasa) dan keterangan tertulis setelah 7 hari pasien pulang. Pasien diminta datang untuk kontrol setelah 7 hari pasien pulang dan perlu segera datang bila terdapat perdarahan, demam, dan nyeri perut berlebihan (Prawiroharjo, 2009).

- 2) Beri HE berkaitan dengan anjuran pasien pasca SC, meliputi:

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

- b. Kehamilan berikutnya hendaknya diawali dengan pemeriksaan antenatal yang baik.
- c. Dianjurkan untuk bersalin di rumah sakit yang besar, apakah kelahiran selanjutnya harus ditolong dengan *sectio cesarea* itu bergantung pada indikasi *sectio cesarea* dan keadaan kehamilan berikutnya (Cunningham, 2009). Hal ini sebagai edukasi bagi pasien post SC dan diperlukan perawatan serta pemantauan yang ketat untuk meminimalisir komplikasi yang akan terjadi.

### 3) Komplikasi post SC

Beberapa komplikasi yang dapat terjadi pada saat post SC antara lain:

- a. Infeksi. Komplikasi saat atau setelah dilakukan pembedahan *Sectio Cesarea* diantaranya adalah infeksi yang meliputi infeksi pada traktus genitalis, infeksi pada tempat insisi, traktus urinaria, paru-paru dan traktus respiratorius atas (Oxorn, 2010).
- b. Perdarahan. Perdarahan juga bisa terjadi pada proses atau setelah dilakukan *Sectio Cesarea* yang disebabkan oleh banyak pembuluh darah yang terputus dan terbuka, atonia uteri, perdarahan pada plasental bed (Sofian, 2011).
- c. Luka kandung kemih, emboli paru, keluhan kandung kemih bila respiratonialisasi terlalu tinggi, dan kemungkinan ruptur uteri spontan pada kehamilan mendatang (Sofian, 2011).
- d. Hemoragi dapat menyebabkan syok. Hal tersebut dapat termanifestasi selama pembedahan, segera setelah persalinan, atau

dapat terjadi akibat kehilangan darah lambat yang awalnya tidak terdeteksi karena perdarahan interna atau tetesan PV. Terkadang produk yang tertinggal didalam rahim dapat menyebabkan perdarahan.

- e. Terdapat risiko trombosis vena provunda yang dapat menyebabkan embolisme pulmonal, kerusakan atau memar selama pembedahan mungkin terjadi dan dapat mencakup kandung kemih dan ureter. Infeksi saluran kemih dapat terjadi atau trauma saluran kemih dapat menyebabkan fistula dan kebocoran urine, trauma pada kolon juga bisa terjadi.
- f. Terdapat risiko infeksi, endometriosis, atau rusaknya luka.
- g. 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).

#### **2.1.12 Sikap bidan dalam menghadapi letak sungsang**

Bidan yang menghadapi kehamilan dan persalinan letak sungsang sebaiknya melakukan rujukan ke puskesmas, dokter keluarga atau dokter ahli untuk mendapatkan petunjuk kepastian dalam lahir. Bila ada kesempatan, segera lakukan rujukan kerumah sakit untuk mendapatkan pertolongan persalinan yang optimal. Bila terpaksa melakukan pertolongan persalinan sungsang sebaiknya dirumah sakit. Klien harus diberikan *health*

*education* dan motivasi serta melakukan perjanjian tertulis dalam bentuk informed consent (Manuaba, 1998).

## **2.2 Konsep Asuhan Kebidanan**

Asuhan kebidanan adalah bantuan yang diberikan oleh bidan kepada individu pasien atau klien yang pelaksanaannya dilakukan dengan cara bertahap, sistematis dan melalui suatu proses yang disebut manajemen kebidanan.

### **2.2.1 Pengertian Manajemen Asuhan Kebidanan**

Manajemen asuhan kebidanan adalah suatu metode berpikir dan bertindak secara sistematis dan logis dalam memberi asuhan kebidanan. Proses manajemen terdiri atas tujuh langkah yang berurutan dan setiap langkah disempurnakan secara berkala. Proses dimulai dengan pengumpulan data dasar, berakhir dengan evaluasi, dan dapat diuraikan lagi menjadi langkah-langkah yang lebih detail yang dapat dirubah sesuai kebutuhan klien (Saminem, 2010).

### **2.2.2 Manajemen Asuhan Kebidanan Menurut Hellen Varney**

Berikut tahapan manajemen asuhan kebidanan menurut Hellen Varney:

#### **1. Langkah I: Tahap pengumpulan data dasar**

Langkah awal yang menentukan langkah berikutnya sehingga kelengkapan data sesuai dengan kasus yang menentukan proses interpretasi yang benar atau tidak dalam tahap selanjutnya. Sehingga dalam pendekatan ini harus komprehensif meliputi data subyektif,

obyektif dan hasil pemeriksaan sehingga dapat menggambarkan kondisi pasien yang sebenarnya dan valid (Soepardan, 2008).

2. Langkah II: Interpretasi data dasar.

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosis atau masalah berdasarkan interpretasi atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang telah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosis dan masalah yang spesifik (Soepardan, 2008).

3. Langkah III: Mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial dan mengantisipasi penanganannya.

Pada langkah ini bidan mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosis potensial berdasarkan diagnosis yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Bidan diharapkan dapat waspada dan bersiap-siap mencegah diagnosis ini menjadi benar-benar terjadi. Langkah ini penting sekali dalam melakukan asuhan yang aman.

4. Langkah IV: Mengidentifikasi kebutuhan akan tindakan segera.

Bidan mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai kondisi klien. Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan (Saminem, 2010).

5. Langkah V: Menyusun rencana asuhan yang menyeluruh (intervensi).

Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa-apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling, dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan social ekonomi-kultural atau masalah psikologis (Soepardan, 2008).

6. Langkah VI: Pelaksanaan langsung asuhan dengan efisien dan aman (implementasi).

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya (Saminem, 2010).

7. Langkah VII: Evaluasi.

Pada langkah ketujuh ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi dalam diagnose dan masalah (Saminem, 2010).

## 2.3 Penerapan Asuhan Kebidanan pada ibu hamil, bersalin dan nifas dengan letak sungsang

### 2.3.1 Kehamilan pada letak sungsang

#### 1. Pengumpulan Data Dasar

##### a. Data Subjektif

1) Keluhan utama: ibu merasakan pergerakan anak diperut bawah, dibawah pusat dan ibu sering merasa benda keras (kepala) mendesak tulang iga sehingga sering kali terasa berbeda daripada kehamilan yang terdahulu (Fadlun, 2012).

2) Riwayat Obstetric lalu

Suami Ke	Kehamilan			Persalinan				BBL				Nifas	
	Hamil Ke	UK	Peny	Jns	Pnlg	Tmpt	Peny	J K	BB/PB	hdp /mt	Usia	Kead	Lkts

a) Kehamilan lalu: riwayat prematuritas, kelainan hydramnion, hydrocephalus atau anchepalus, riwayat hamil kembar (Khumaira, 2012).

b) Persalinan lalu: Plasenta previa, prematuritas (Khumaira, 2012).

3) Riwayat kehamilan sekarang:

Hamil sulung atau hamil ulang, nulipara/multipara: usia kehamilan > 28 sampai >38 minggu (Khumaira, 2012), pergerakan anak dibagian perut bawah, dibawah pusat dan adanya benda keras (kepala) mendesak tulang iga, terasa penuh di bagian atas dan gerakan terasa lebih banyak di bagian bawah (Fadlun, 2012), khawatir tentang posisi anaknya pada kehamilan ini (Irmansyah, 2009), keluhan utama dapat disertai dengan adanya beberapa keluhan lainnya pada TM III : Leukore, sering kencing, napas sesak, sakit

punggung atas dan bawah (Asrinah, 2010), pemeriksaan USG, foto rontgen dan foto Sinar X : bayangan kepala di fundus (Marmi, 2012), Ibu sudah melakukan pemeriksaan dan pemantauan antenatal care sedikitnya 4 kali selama kehamilan.

- 4) Riwayat pemenuhan kebutuhan dasar
  - a) Pola nutrisi : makan tidak teratur akibat gangguan ketidaknyamanan pola makan ibu terhadap keadaan kehamilannya (Mochtar, 1992).
  - b) Pola eliminasi: jarang dijumpai sering kencing pada TM 3, karena bagian terendah lebih lunak (Wiknjastro, 1999).
  - c) Pola istirahat: kurang dari 10-11 jam dalam 1 hari, dianjurkan tidur/duduk dengan bantal lebih tinggi/ ½ duduk karena posisi setengah duduk membuat nafas lebih tenang sehingga gangguan ketidaknyamanan dengan sesak napas akibat peningkatan tekanan pada epigastrium dapat teratasi (Cristina, 1993).
  - d) Pola aktifitas: berjalan-jalan pagi, mengepel dengan berjongkok, dan menyapu. Ibu tidak diperbolehkan melakukan aktifitas yang berat, diupayakan melakukan kegiatan yang dapat mempengaruhi otot panggul. Namun senam hamil pada TM3 tidak diperkenankan karena dapat menyebabkan KPD (Cristina, 1993).
  - e) Pola seksual: berhubungan seks dengan memilih posisi menungging serta memakai kondom. Hal ini dianjurkan karena adanya rasa sesak maupun nyeri dan bahaya prolaps tali pusat bila ketuban pecah sebelum waktunya dan mengantisipasi infeksi intrauterine (Wiknjastro, 1999).

- f) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan: merokok, alkohol, narkoba, obat – obatan, jamu (Asrinah, 2010), menghindari kontak binatang peliharaan (Dewi, 2011).
- 5) Riwayat kesehatan lalu, Ibu memiliki riwayat penyakit: jantung, asma, diabetes (Asrinah, 2010), TBC tulang (Mochtar, 1992).

**b. Data Objektif**

- 1) Pemeriksaan Umum: secara umum TTV ibu pada letak sungsang adalah normal, terkecuali pada pernafasan ibu terkadang lebih cepat dari normal, hal ini berkaitan dengan keluhan sesak napas ibu pada tekanan epigastriumnya. K/U : baik, kesadaran : composmentis, tekanan darah : 100/60 –120/90 (Priharjo, 2006), nadi : 60-80 kali per menit (Tambunan dkk, 2011), suhu :  $\pm 6^{\circ}\text{C}$  dari  $37^{\circ}\text{C}$  (Tambunan dkk,2011), berat badan : perkiraan peningkatan berat badan: 4 kg dalam kehamilan 20 minggu, 8,5 kg dalam 20 minggu kedua (0,4 kg/minggu dalam trimester akhir), total: 12,5kg (Salmah, 2006),lingkar lengan: > 23,5 cm (Mochtar, 1992).
- 2) Pemeriksaan Fisik. Abdomen : tampak membesar sesuai usia kehamilan, terkadang lebih tinggi jika bagian terendah belum masuk PAP, adanya linea nigra, tampak pembesaran payudara dan hiperpigmentasi pada areola (Mochtar, 2012), Pada Leopold III: teraba bokong yang tidak begitu bundar dan keras, tidak menunjukkan tanda ballotemen (Khumaira, 2012). Bunyi jantung terdengar pada punggung anak setinggi pusat. Suara jantung janin biasanya terdengar paling keras didaerah sedikit diatas umbilicus, sedangkan bila terjado engagement kepala janin suara jantung terdengar paling keras dibawah umbilicus (Fadlun, 2012).

3) Pemeriksaan Panggul. Ukuran panggul pada *distancia spinarum* 24- 26 cm, *distancia cristarum* 28- 30 cm, *conjugata eksterna*: 18- 20 cm, lingkaran panggul: 80- 90 cm, *distancia tuberum*: 10,5- 11 cm (Sofian, 2012).

4) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan USG, foto rontgen dan foto Sinar X: bayangan kepala di fundus (Marmi, 2012).

Pemeriksaan lainnya yaitu penyakit TORCH, ini sifatnya menular. Untuk mendeteksinya diadakan uji laboratorium untuk mengetahui IgG dan IgM nya terjangkau atau tidak oleh penyakit TORCH (Bared, 2009).

## **2. Interpretasi data dasar**

a. Diagnosa : G...PAPIAH Usia Kehamilan 28 - >38 minggu, hidup, tunggal, presentasi bokong, intrauterine, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik (Prawirohardjo, 2010).

b. Masalah : Kekhawatiran pada kehamilannya (Irmansyah, 2009),

c. Kebutuhan: Dukungan emosional untuk mengatasi kekhawatiran ibu terhadap kehamilannya,

## **3. Mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial dan mengantisipasi penanganannya.**

Peningkatan morbiditas dan mortalitas perinatal selama proses dan persalinan.

a. Ibu : perdarahan, prolapsus tali pusat (Manuaba, 2012), plasenta previa, kelainan uterus dan tumor pelvis (Irmawati dkk, 2010)

b. Bayi: asfiksia, prolapsus tali pusat (Marmi, 2012).

#### **4. Mengidentifikasi kebutuhan akan tindakan segera.**

Kolaborasi dengandokter spesialis/dokter SPOG untuk dilakukan USG, untuk memantau posisi janin, evaluasi posisi plasenta serta lilitan talipusat.

#### **5. Menyusun rencana asuhan yang menyeluruh (Intervensi)**

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan dalam waktu  $\pm$  2 jam ibu mengerti tentang penjelasan yang diberikan oleh petugas.

Kriteria Hasil: Ibu tampak tenang dan dapat beradaptasi dengan kondisinya

##### **a. Intervensi**

- 1) Lakukan pendekatan terapeutik dengan klien dan keluarga.

Rasional: langkah awal untuk menjalin hubungan yang efektif.

- 2) Lakukan informed consent sebagai persetujuan tindakan.

Rasional: sebagai tanggung gugat profesi.

- 3) Beritahu hasil pemeriksaan terhadap ibu dan janin

Rasional: sebagai alih informasi

- 4) Jelaskan pada ibu tentang persiapan persalinan (SC) dan menjalankan advis dokter mengenai persiapan obat yang diperlukan.

Rasional: kebutuhan selama persalinan terpenuhi

- 5) Beri dukungan emosional dan spiritual kepada ibu

Rasional: dukungan emosional yang baik mempengaruhi kondisi psikologis ibu menjelang persalinan.

- 6) Observasi TTV, DJJ, HIS untuk tindakan pre operasi.

Rasional: memantau keadaan janin, pemberian terapi dalam tindakan lanjutan.

### 2.3.2 Persalinan pada Letak Sungsang

#### 1. Pengumpulan data dasar

- a. **Subyektif:** ibu sedikit cemas dan khawatir menghadapi persalinan (Irmansyah, 2009).
- b. **Obyektif:** Leopold III teraba bokong yang tidak begitu bundar dan keras, tidak menunjukkan tanda ballotemen. VT akan teraba benda yang keras yaitu tulang kelangkang (os sacrum) yang bentuknya segitiga dan ditengah – tengahnya terasa benjolan dari crista sacralis media dan kedua benjolan tuber os ischii. Jika telah teraba depan sacrum dan anus, maka teraba alat kelamin luar anak (Khumaira, 2012). Pada persalinan normal dilakukan pemeriksaan dalam dan menunggu pembukaan 1cm hingga lengkap (10cm), namun jika dilakukan *sectio cesarea* pemeriksaan dalam tidak perlu dilakukan.

#### 2. Interpretasi data dasar

**Diagnosa** : G...PAPIAH UK 36-38 minggu pre operasi SC dengan letak sungsang.

**Masalah** : Kekhawatiran pada persalinannya (Irmansyah, 2009).

**Kebutuhan:** Dukungan emosional untuk mengatasi kekhawatiran ibu menghadapi persalinan.

#### 3. Mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial dan mengantisipasi penanganannya.

Pada ibu: perdarahan, emboli paru, kemungkinan ruptur uteri spontan pada kehamilan mendatang, komplikasi dari anastesi umum (Sofian, 2011).

Bayi: asfiksia, IUFD, IUGR (Oxorn, 2011).

#### **4. Identifikasi Kebutuhan akan Tindakan Segera/ kolaborasi.**

Kolaborasi dengan pengawasan dokter spesialis/ dokter SPOG untuk dilakukan tindakan selanjutnya.

#### **5. Menyusun rencana asuhan yang menyeluruh (Intervensi)**

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama  $\pm$  18jam diharapkan masalah dapat diatasi.

Kriteria hasil: KU ibu baik, TTV dalam batas normal, kekhawatiran dapat diatasi

##### **a. Intervensi**

- 1) Lakukan informed consent mengenai tindakan yang akan dilakukan.

Rasional: sebagai bukti gugat profesi

- 2) Lakukan observasi TTV, DJJ, HIS, input, output,

Rasional: memantau kesejahteraan ibu dan janin

- 3) Lakukan persiapan persalinan spontan pervaginam pada letak sungsang (teknik brach), atau jika terjadi hambatan dapat dengan manual aid seperti cara klasik, muller, bickendback, lovset, ekstaksi dan cunam.

Rasional: tindakan penanganan awal letak sungsang

- 4) Jika persalinan pervaginam gagal, persiapkan persalinan perabdominal.

Rasional: mengantisipasi resiko dan sebagai tindakan menyelamatkan ibu dan bayi.

- 5) Persiapkan alat resusitasi setelah bayi lahir.

Rasional: antisipasi kemungkinan terjadinya gawat janin.

- 6) Beri dukungan emosional dan spiritual menjelang op

Rasional: kondisi psikologis yang baik berpengaruh pada persepsi ibu terhadap pola tingkah laku dan keadaan yang akan dialami. Semakin baik kita memberikan dukungan emosional membuat ibu semakin optimis dan nyaman terhadap tindakan yang akan dilakukan. Lakukan kolaborasi dengan dokter SpOG

Rasional: sesuai SOP

- 7) Lakukan tindakan pre-operasi (SC)

Rasional: SOP

- 8) Lakukan tindakan SC, oleh dokter SpOG

Rasional: tindakan segera untuk kehamilan letak sungsang.

### 2.3.3 Post SC pada letak sungsang

#### 1. Pengumpulan data dasar

a. **Subyektif:** nyeri luka jahitan operasi (Irmansyah, 2009).

b. **Obyektif:**

- 1) Pemeriksaan Umum meliputi:tekanan darah sistol 100/130 – 60/90 mmhg, denyut nadi 70-80 x/menit, suhu  $\pm 6^\circ$  dari  $37^\circ$  C, kontraksi uterus baik, keras, keluaran urine dan jumlah perdarahan dievaluasi setiap 4jam, flatus (Cunningham, 2009). Keseimbangan cairan melalui produksi urin dengan perhitungan: produksi urin normal 500-600cc. Pemberian cairan pengganti sekitar 2000-2500cc dengan perhitungan 20 tetes/menit (=1 cc/menit). Infus setelah operasi sekitar 2 x 24 jam (Manuaba, 2012), bising usus menandakan berfungsinya usus dengan adanya flatus, perdarahan

local pada luka operasi, kontraksi rahim untuk menutup pembuluh darah. Jika terjadi perdarahan pervaginam evaluasi perdarahan lokia, atonia uteri (Manuaba, 2012).

2) Pemeriksaan Laboratorium: Hematokrit (Prawiroharjo, 2009).

## 2. Interpretasi data dasar

**Diagnosa** : PAPIAH post SC letak sungsang (waktu)

**Masalah** : Kekhawatiran adanya nyeri luka post op (Irmansyah, 2009).

**Kebutuhan:** Dukungan emosional untuk mengatasi nyeri luka post op .

## 3. Antisipasi diagnose dan masalah potensial

Perdarahan, infeksi, trauma pada kolon, komplikasi anestesi umum (Sofian, 2011).

## 4. Kebutuhan akan tindakan segera/ kolaborasi:

Kolaborasi dengan dokter Obgyn mengenai keadaan pasien post operasi dan terapi lanjutan.

## 5. Menyusun rencana asuhan yang menyeluruh.

**Tujuan** : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama 15 menit diharapkan ibu dapat memahami penjelasan petugas.

**Kriteria hasil** : ibu tenang, mengerti tentang keadaan saat ini, ibu dapat mobilisasi.

### a. Intervensi

1) Jelaskan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga

Rasional: ibu dan keluarga lebih kooperatif dalam pemberian asuhan

2) Observasi tanda-tanda vital, input, output, fluxus, flatus, luka op.

Rasional: deteksi dini komplikasi masa nifas (Sujiyatini, 2010).

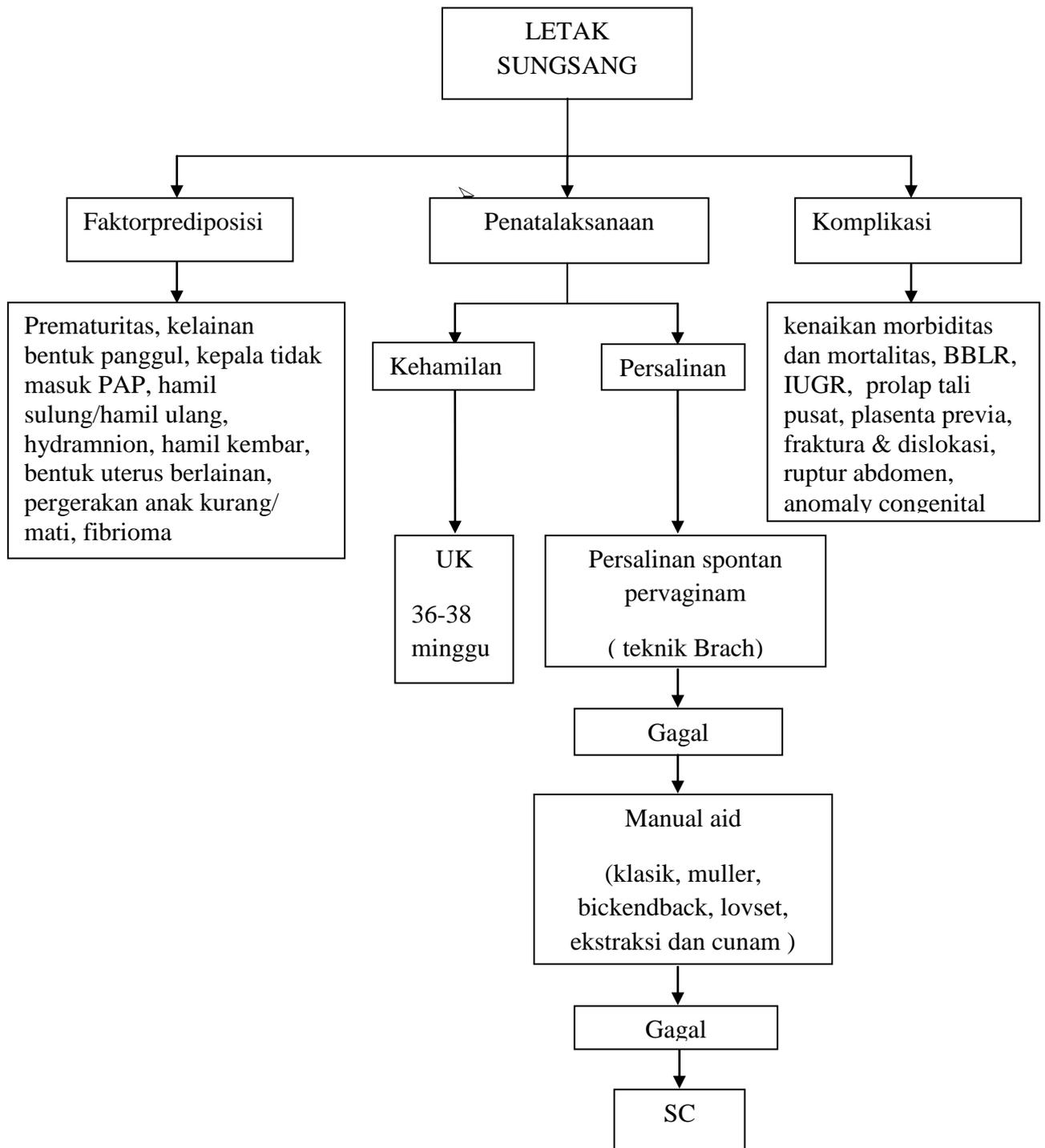
- 4) Berikan HE tentang: mobilisasi dini, penyebab nyeri, nutrisi, perawatan payudara, personal hygiene dan perawatan luka jahitan SC, ASI eksklusif (Prawiroharjo, 2009).

Rasional: menambah wawasan ibu post op.

- 5) Beri HE berkaitan dengan anjuran pasien pasca SC, meliputi:
- a. Dianjurkan jangan hamil selama kurang lebih 1 tahun dengan cara memakai kontrasepsi
  - b. Kehamilan berikutnya hendaknya diawali dengan pemeriksaan antenatal yang baik
  - c. Dianjurkan untuk bersalin dirumah sakit yang besar, apakah kelahiran selanjutnya harus ditolong dengan section cesarean itu bergantung pada indikasi section secarea dan keadaan khamilan berikutnya (Cunningham, 2009).

Rasional: bagi pasien post SC diperlukan perawatan dan pemantauan yang ketat untuk meminimalisir komplikasi yang akan terjadi.

## 2.4 Kerangka Konsep Penelitian



Sumber: (Manuaba, 2008)