

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Teori Medis

##### 1. Persalinan normal

###### a. Pengertian

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi berupa janin dan uri yang telah cukup bulan melalui jalan lahir atau jalan lain, dengan atau tanpa bantuan (Manuaba, 2010).

Persalinan adalah proses membuka menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir (Saifuddin, 2011)

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup ke dunia luar, dari rahim melalui jalan lahir atau jalan lain (Mochtar, 2013).

###### b. Faktor-faktor yang berperan dalam persalinan

Menurut Norwitz (2007) ada tiga faktor yang berperan dalam persalinan yaitu:

- 1) *Power* (kontraksi, mengejan) : kekuatan kontraksi uterus baik jika kontraksi 3-5 kali dalam 10 menit. Hal ini ditandai dengan kecepatan dilatasi uterus dan penurunan bagian presentasi janin.
- 2) *Passenger* (janin) : muatan yang akan melewati jalan lahir (janin dan plasenta). Letak janin, sikap janin, presentasi, dan posisi perlu

di perhatikan.

- 3) *Passage* (jalan lahir) : bentuk panggul yang telah diklasifikasikan normal yaitu bentuk panggul ginekoid.

## 2. Malpresentasi dan Malposisi

### a. Pengertian

Malpresentasi adalah bagian terendah janin bukan verteks, contohnya presentasi dahi, wajah, bahu, dan bokong. Sedangkan, malposisi merupakan presentasi verteks dengan posisi anterior yang tidak mengalami fleksi secara sempurna, contohnya defleksi kepala, posisi oksipitolateral dan oksipitoposterior dengan oksiput sebagai penentu posisi (Liu, 2008).

Janin dalam keadaan malpresentasi dan malposisi sering menyebabkan partus lama dan partus macet (Mochtar, 2013).

Secara epidemiologis pada kehamilan tunggal didapatkan presentasi kepala sebesar 96,8%, bokong 2,7%, letak lintang 0,3%, majemuk 0,1%, muka 0,05%, dan dahi 0,01% (Saifuddin, 2011).

Presentasi bokong terjadi kira-kira 3-4% pada kehamilan cukup bulan. Pada trimester pertengahan frekuensinya jauh lebih besar karena proporsi cairan yang lebih besar memfasilitasi gerakan janin (Fraser, 2009).

### 3. Persalinan Presentasi Bokong

#### a. Pengertian

Presentasi bokong atau letak sungsang merupakan letak memanjang dengan kepala janin di fundus dan bokong di bagian bawah kavum uteri (Manuaba, 2010 dan Saifuddin, 2011).

Letak sungsang adalah janin yang letaknya memanjang dalam rahim, kepala berada di fundus dan bokong di bawah (Mochtar, 2013).

Presentasi bokong adalah letak memanjang dengan kelainan dalam polaritas dengan panggul janin merupakan kutub bawah (Oxorn, 2010).

Presentasi bokong adalah janin dalam posisi longitudinal dengan bokong berada di kutub bawah uterus (Fraser, 2012).

#### b. Etiologi

##### 1) Dari sudut ibu

- a) Keadaan rahim (rahim arkuatus, septum pada rahim, uterus dupleks, mioma bersama kehamilan)
- b) Keadaan plasenta (plasenta letak rendah, plasenta previa)
- c) Keadaan jalan lahir (kesempitan panggul, deformitas tulang panggul, terdapat tumor menghalangi jalan lahir)

(Manuaba, 2010).

##### 2) Dari sudut Janin

- a) Tali pusat pendek atau lilitan tali pusat
- b) Hidrosefalus, Anensefalus

c) Kehamilan kembar, Prematuritas

d) Hidramnion, Oligohidramnion

(Medforth, 2012).

c. Faktor Risiko

Faktor risiko dari presentasi bokong menurut Saifuddin (2011) dan Fraser (2009) :

1) Prematuritas

Karena air ketuban masih banyak dan kepala anak mudah bergerak.

2) Plasenta previa

Letak plasenta yang berada di bawah menghalangi turunya kepala kedalam pintu atas panggul.

3) Multiparitas

Frekuensi presentasi bokong lebih banyak pada multipara dibandingkan primigravida. Angka paritas yang tinggi biasanya disertai dengan relaksasi uterus.

4) Kehamilan kembar

Kehamilan kembar membatasi ruang yang tersedia untuk perputaran janin sehingga dapat menyebabkan salah satu janin atau lebih memiliki presentasi bokong.

5) Kelainan bentuk kepala

Seperti hidrosefalus, anensefalus karena kepala kurang sesuai dengan bentuk pintu atas panggul.

## 6) Polihidramnion, Oligohidramnion

Cairan amnion yang terlalu banyak atau terlalu sedikit dapat menyebabkan presentasi bokong.

## 7) Abnormalitas struktur uterus

Bentuk uterus yang abnormal dan distorsi rongga uterus oleh septum atau jaringan fibroid dapat menyebabkan presentasi bokong.

## d. Klasifikasi Presentasi Bokong

Berdasarkan bagian terbawah janin presentasi bokong dapat dibagi menjadi :

1) Bokong murni (*frank breech*)

Kedua kaki terangkat keatas sehingga pada pemeriksaan dalam hanya teraba bokong (Mochtar, 2013).

2) Bokong kaki sempurna (*complete breech*)

Disamping bokong dapat di raba kedua kaki (Medforth, 2012).

3) Bokong kaki tidak sempurna (*Incomplet Breech*)

Salah satu atau kedua pinggul tidak difleksikan dan satu atau kedua kaki atau lutut berada dibawah bokong (Dutton, 2012).

4) *Floating breech*

Satu atau kedua kaki menjadi bagian presentasi karena baik pinggul atau lutut tidak sepenuhnya fleksi. Bedanya dengan *Complete Breech* kaki lebih rendah dari bokong (Fraser, 2009).

## e. Patofisiologi pada presentasi bokong

Letak janin dalam uterus bergantung pada proses adaptasi janin terhadap ruangan dalam uterus. Pada kehamilan sampai kurang lebih 32 minggu, jumlah air ketuban relatif lebih banyak, sehingga memungkinkan janin bergerak dengan leluasa. Dengan demikian janin dapat menempatkan diri dalam presentasi kepala, letak sungsang atau letak lintang (Tanto, 2014).

Pada kehamilan triwulan terakhir janin tumbuh dengan cepat dan jumlah air ketuban relatif berkurang. Bokong dengan kedua tungkai terlipat lebih besar daripada kepala, maka bokong dipaksa untuk menempati ruang yang lebih luas di fundus uteri, sedangkan kepala berada ruangan yang lebih kecil di segmen bawah uterus. Dengan demikian dapat dimengerti mengapa pada kehamilan belum cukup bulan, frekuensi letak sungsang lebih tinggi, sedangkan pada kehamilan cukup bulan, janin sebagian besar ditemukan dalam presentasi kepala. Presentasi bokong yang menetap dapat disebabkan oleh abnormalitas dari bayi, volume cairan amnion, lokasi plasenta, kelainan uterus, tonus otot uterus yang lemah dan prematuritas (Saifuddin, 2011 dan Tanto, 2014).

f. Keluhan Subjektif

Pergerakan janin teraba oleh ibu dibagian perut bawah, dibawah pusat, dan ibu sering merasa benda keras (kepala) mendesak tulang iga (Martaadisoebrata, 2013).

g. Tanda Klinis/ Laboratoris Ultrasonografi (USG)

Peranan USG sangat penting dalam diagnosis dan penilaian resiko pada presentasi bokong. Taksiran berat janin, penilaian volume air ketuban, konfirmasi letak plasenta, jenis presentasi bokong, keadaan hiperekstensi kepala, kelainan congenital, dan kesejahteraan janin dapat diperiksa menggunakan ultrasonografi (Saifuddin, 2011).

Pemeriksaan USG juga digunakan untuk memastikan perkiraan klinis presentasi bokong, bila mungkin untuk mengidentifikasi adanya anomali janin. USG pada usia kehamilan 32-34 minggu untuk menegakkan diagnosis, memperkirakan ukuran dan konfigurasi panggul ibu (Fadlun, 2012).

Pemeriksaan USG dilakukan untuk konfirmasi tipe dari presentasi bokong, memperkirakan berat janin dan mengidentifikasi adanya kelainan janin atau plasenta (Tanto, 2014).

h. Diagnosa Presentasi Bokong

1) Palpasi

Saat pemeriksaan Leopold bagian bawah teraba lunak bulat dan tidak melenting (bokong), sementara di fundus teraba bagian bulat, keras, melenting (kepala) dan punggung teraba di kanan atau kiri (Hanretty, 2014).

2) Auskultasi

Denyut jantung janin paling jelas terdengar di atas umbilicus, *punctum maximum* denyut jantung janin terdengar di

kuadran atas perut ibu (Mochtar, 2013).

### 3) Pemeriksaan dalam

Adanya tahanan muskular dengan anus, mekonium, satu kaki janin atau genital (Dutton, 2012). Bagian terendah teraba tinggi, teraba 3 tonjolan yaitu kedua tuber ischiadicum, dan os sacrum. Kadang-kadang teraba kaki jika kaki bagian terbawah janin (Oxorn, 2010).

#### i. Prognosis

Prognosis untuk persalinan dengan presentasi bokong adalah :

##### 1) Bagi ibu

Robekan pada perineum mungkin akan lebih besar karena dilakukan tindakan khusus, selain itu ketuban lebih cepat pecah dan partus lebih lama sehingga akan mudah terkena infeksi (Mochtar, 2013).

Bila terjadi persalinan spontan prognosis ibu baik. Laserasi tractus genitalis dan perdarahan dapat terjadi karena persalinan yang terlalu cepat dan dipaksakan melalui panggul yang terlalu kecil atau melalui bagian-bagian lunak yang belum terbuka (Oxorn, 2010).

##### 2) Bagi bayi

Prognosis tidak begitu baik karena adanya gangguan peredaran darah plasenta setelah bokong lahir dan juga setelah perut lahir, tali pusat terjepit antara kepala dan panggul, anak bisa

menderita asfiksia. Oleh sebab itu setelah janin lahir sampai *umbilicus*, janin keseluruhan harus lahir dalam waktu 8 menit (Mochtar, 2013).

j. Penatalaksanaan persalinan dengan Presentasi bokong

1) Persalinan per vaginam

Persalinan letak sungsang dengan pervaginam mempunyai syarat yang harus dipenuhi yaitu tidak ada suspek panggul sempit, tidak ada kelainan jalan lahir, pembukaan harus benar-benar lengkap, kulit ketuban sudah pecah, his adekuat dan tafsiran berat janin kurang < 3600 gram (Saifuddin, 2011).

Persalinan pervaginam tidak dilakukan bila terdapat kontra indikasi persalinan bagi ibu dan janin, presentasi kaki, hiperekstensi kepala janin dan berat bayi > 3600 gram, terdapat tanda gawat janin, riwayat *sectio caesaria*, tidak adanya informed consent dan tidak adanya petugas yang berpengalaman dalam melakukan pertolongan persalinan (Saifuddin, 2011).

a) Persiapan untuk kelahiran bokong menurut Varney (2008) :

- (1) Pemeriksaan abdomen yang hati-hati atau jika perlu USG untuk menentukan jenis presentasi bokong dan menyingkirkan kecurigaan terjadinya hiperekstensi kepala, hidrosefalus, atau bokong-kaki, atau bokong-lutut.
- (2) Dilatasi serviks lengkap.

- (3) Kosongkan kandung kemih ibu.
  - (4) Persiapan episiotomi jika memang diperlukan.
  - (5) Kaji efektifitas upaya mengejan pada ibu.
  - (6) Persiapan untuk upaya resusitasi bayi baru lahir.
  - (7) Posisikan pasien dalam posisi litotomi dengan penyangga kaki untuk memberikan ruang yang adekuat di bawah panggul ibu yang dibutuhkan untuk persalinan.
  - (8) Dokter tempat berkonsultasi seharusnya telah diberi tahu dan sebaiknya juga hadir atau segera datang jika dibutuhkan.
  - (9) Lakukan pemasangan infus intravena (Cunningham, 2014 dan Endozien, 2013).
- b) Terdapat 3 metode umum persalinan presentasi bokong melalui vagina :

- (1) Persalinan spontan (*spontaneous breech*).

Janin dilahirkan dengan kekuatan dan tenaga ibu sendiri. Cara ini lazim disebut cara *bracht*. Setelah semua persiapan dilakukan, maka persalinan dapat dimulai. Berikut prosedur melahirkan bokong, kaki, dan kepala secara spontan (*bracht*):

- (a). Biarkan persalinan berlangsung dengan sendirinya (tanpa intervensi apapun) hingga bokong tampak di vulva.

- (b). Pastikan bahwa pembukaan sudah lengkap sebelum memperkenalkan ibu mengejan.
- (c). Perhatikan hingga bokong membuka vulva.
- (d). Lakukan episiotomi bila perlu (pada perineum yang cukup elastis dengan introitus yang sudah lebar, episiotomi mungkin tidak diperlukan). Gunakan anastesi lokal sebelumnya.
- (e). Biarkan bokong lahir, bila tali pusat sudah tampak dikendorkan. Perhatikan hingga tampak tulang belikat (*scapula*) janin mulai tampak di vulva. Awas : jangan melakukan tarikan atau tindakan apa pun pada tahap ini.
- (f). Dengan lembut peganglah bokong dengan kedua ibu jari penolong sejajar sumbu panggul, sedang jari-jari yang lain memegang belakang pinggul janin.
- (g). Tanpa melakukan tarikan, angkatlah kaki, bokong, dan badan janin dengan kedua tangan penolong disesuaikan dengan sumbu panggul ibu sehingga berturut-turut lahir perut, dada, bahu dan lengan, dagu, mulut dan seluruh kepala (Saifuddin, 2011).

(2) Manual aid (*partial breech extraction*)

Bila persalinan dengan metode *bracht* gagal maka

dilanjutkan dengan manual aid, terdiri 3 tahapan yaitu:

(a). Tahap pertama

Bokong sampai umbilicus lahir secara spontan dengan menggunakan kekuatan tenaga ibu sendiri.

(b). Tahap Kedua

Persalinan bahu dan lengan dibantu oleh penolong, menurut Mantaba (2010) ada 3 cara yaitu :

i. Cara Klasik

Pegang bokong dengan telunjuk pada spina ischiadika anterior superior dan ibu jari menekan sacrum, kemudian tarik curam kebawah sampai skapula tampak, lalu transi kearah atas untuk melahirkan bahu dan lengan belakang, kemudian lengan depan.

ii. Cara *Mueller*

Tidak jauh berbeda dari cara klasik, perbedaannya adalah lengan depan dilahirkan lebih dulu kemudian lengan belakang. Caranya tarik janin vertical ke bawah lalu dilahirkan bahu dan lengan depan. Cara melahirkan bahu lengan depan bisa spontan atau diikat dengan satu jari menyapu muka. Lahirkan bahu belakang dengan menarik kaki ke atas lalu bahu dan lengan belakang diikat

menyapu kepala.

iii. Cara *lovset*

Bahu janin diputar  $90^0$  disertai tarikan sehingga dengan putaran tersebut bahu dapat dilahirkan.

(c). Tahap ketiga

Melahirkan kepala pada persalinan dengan presentasi bokong, menurut Oxorn (2010) ada 3 cara yaitu :

i. Perasat *Wigand-Martin*

Badan bayi diletakkan pada tangan penolong, jari tengah kanan tersebut ditaruh pada mulut bayi, dan jari telunjuk dan jari manis pada maxilla. Tujuan jari berada di mulut tidak untuk traksi tetapi untuk mengusahakan dan mempertahankan fleksi. Kemudian dengan tangan lainnya melakukan dorongan suprapubik pada kepala melalui perut ibu.

ii. Perasat *Mauriceau-Smellie-Veit*

Posisinya sama dengan perasat *Wigand-Martin*, dengan satu jari dimulut dan dua jari pada maxilla. Perbedaannya penolong meletakkan tangannya yang lain mengangkang diatas bahu bayi dan dengan cara ini melakukan

traksi. Efisiensi prosedur ini meningkat dengan dorongan suprapubik pada kepala oleh asisten ketika penolong mengerjakan perasat *Mauriceau*.

After coming head adalah kesulitan saat melahirkan kepala. Setelah umbilicus lahir, kepala anak mulai masuk ke rongga panggul sehingga tali pusat tertekan antara kepala dan dinding panggul (Martaadisoebrata, 2013).

Bayi akan mengalami asfiksia apabila umbilicus telah lahir dan tidak ada kemajuan, untuk mengantisipasinya penolong tidak boleh menunggu terlalu lama dan melakukan pertolongan secara manual aid agar kelahiran dari *umbilikus* sampai janin lahir seluruhnya berlangsung < 8 menit (Mochtar, 2013).

iii. Cunam piper pada kepala menyusul

Sediakan cunam piper sebagai antisipasi bila terdapat kesulitan saat melahirkan kepala (WHO, 2013 dan Mochtar, 2013).

Traksi pada tindakan cunam piper langsung dikerjakan pada kepala untuk menghindari kerusakan struktur pada leher bayi (Oxorn, 2010).

(3) Ekstraksi sungsang (*total breech extraction*).

Janin dilahirkan seluruhnya dengan menggunakan tenaga penolong (teknik ekstrasi kaki, ekstrasi bokong). Ekstrasi bokong merupakan kelahiran manipulatif yang dilakukan oleh dokter spesialis obstetrik dan dilakukan untuk mempercepat persalinan dalam situasi gawat seperti gangguan kondisi janin (Fraser, 2009).

Syarat dilakukan ekstraksi bokong menurut Oxorn (2010) :

- (a). Panggul harus cukup lebar, tanpa disproporsi
- (b). Pembukaan harus lengkap
- (c). Vesica Urinaria dan rectum harus kosong
- (d). Anestesi yang dalam dan ahlinya sangat diperlukan
- (e). Diperlukan asisten yang terlatih
- (f). Anak harus hidup

2) Persalinan per abdominal (*Sectio Caeasaria*)

*Sectio Caeasaria* adalah suatu cara melahirkan melalui insisi pada dinding abdomen dan rahim. Persalinan per abdominal telah menggantikan teknik persalinan pervaginam dengan bantuan alat untuk persalinan dengan komplikasi tertentu dan sering digunakan dalam menangani janin beresiko, khususnya pada janin

prematur (Hanretty, 2014).

Lakukan pemeriksaan USG ulang untuk memastikan bahwa presentasi masih bokong jika memang diperlukan. Hati-hati saat melakukan pembukaan uterus untuk mencegah cedera pada bayi karena pisau bedah yang mungkin terjadi pada presentasi sungsang. Insisi uterus dengan ukuran yang tepat, terutama pada kelahiran prematur untuk mencegah penjepitan dan pelahiran traumatik pada kepala bayi (Endozien, 2013)

Menurut Saifuddin (2011) *sectio caesaria* lebih aman dan direkomendasikan pada :

- a) Presentasi kaki ganda
- b) Panggul sempit
- c) Bekas *sectio caesaria* dengan indikasi disproporsi sefalopelvik
- d) Kepala hiperekstensi atau defleksi
- e) Janin sangat besar
- f) Plasenta previa
- g) Keterlambatan penurunan bokong setelah pembukaan lengkap (Liu, 2008).
- h) Primigravida (Oxorn, 2010).

k. Komplikasi persalinan dengan presentasi bokong

1) Komplikasi pada ibu

(a). Perdarahan

(b). Robekan jalan lahir

(c). Infeksi

(Manuaba, 2010).

## 2) Komplikasi pada bayi

(a). Asfiksia

Dapat disebabkan oleh :

(i) Kompresi tali pusat terlalu lama

(ii) Tali pusat menumbung

(iii) Aspirasi air ketuban

(Oxorn, 2010).

(b). Trauma persalinan

(i) Dislokasi-Fraktur persendian, tulang ekstremitas

(ii) Ruptur organ dalam : hati, ginjal

(iii) Dislokasi persendian tulang leher : fraktur dasar kepala, fraktur tulang kepala, kerusakan pada mata, hidung atau telinga, kerusakan pada jaringan otak

(Hanretty, 2014).

(c). Infeksi

(i) Persalinan berlangsung lama

(ii) Ketuban pecah pada pembukaan kecil

(iii) Manipulasi dengan pemeriksaan dalam

(Manuaba, 2010).

## B. Teori Manajemen

Menurut Helen Varney, alur berpikir bidan saat menghadapi pasien meliputi tujuh langkah, yaitu :

### 1. Langkah I. Pengumpulan Data Dasar Secara Lengkap

Untuk memperoleh data dasar secara lengkap pada kasus persalinan presentasi bokong dapat diperoleh melalui :

#### a. Data subjektif

Pada kasus persalinan dengan presentasi bokong, pengkajian data subjektif dari pasien difokuskan pada :

##### 1) Keluhan utama

Pada ibu hamil dengan presentasi bokong mengeluh sering merasa adanya benda keras (kepala) mendesak tulang iga. Pergerakan anak teraba oleh ibu di perut bagian bawah, di bawah pusat (Fauziah, 2012 dan Fadlun, 2011).

##### 2) Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu:

Untuk mengkaji kehamilan, persalinan dan nifas ibu yang lalu apakah ibu memiliki riwayat presentasi bokong pada persalinan sebelumnya, jika pada riwayat persalinan sebelumnya ibu bersalin dengan pervaginam maka untuk persalinan yang sekarang dapat di usahakan pervaginam, namun jika riwayat persalinan sebelumnya secara *sectio caesaria* maka kemungkinan besar untuk persalinan presentasi bokong pada persalinan ini juga *sectio caesaria* (Varney, 2008).

b. Data Objektif

1) Pemeriksaan Fisik

a) Palpasi

Palpasi abdomen pada pasien dengan kasus presentasi bokong dilakukan dengan Leopold I-IV yaitu:

- (1) Dengan perasat Leopold I, kepala janin yang keras, bulat dan dapat diraba di bagian fundus uteri.
- (2) Perasat Leopold II menunjukkan punggung sudah berada pada satu sisi abdomen dan bagian-bagian kecil berada pada sisi yang lain.
- (3) Pada perasat Leopold III, bila engagement belum terjadi, diameter intertrokanterika panggul janin belum melewati pintu atas panggul dan masih dapat digerakkan diatas pintu atas panggul.
- (4) Setelah terjadi engagement, perasat Leopold IV menunjukkan posisi bokong yang berada di bawah simfisis (Cunningham, 2008).

b) Auskultasi

Denyut jantung janin paling jelas terdengar di atas umbilicus, punctum maximum berada pada kuadran kanan atau kiri atas perut ibu (Oxorn, 2010).

c) Pemeriksaan dalam

Pemeriksaan dalam digunakan untuk mengetahui apakah

ada benjolan atau keadaan abnormal lainnya, bagaimana keadaan portio lunak, tebal atau tipis, berapa pembukaan dalam cm, apakah kulit ketuban masih teraba (utuh), atau tidak teraba (pecah), berapa penurunan bagian terendah janin, dan bagaimana kesan panggulnya, *gynecoid* atau yang lainnya. (Mustika, 2013).

Menurut Oxorn (2010) pada presentasi bokong pemeriksaan vaginal yang biasanya ditemukan adalah :

- (1) Bagian terendah teraba tinggi.
- (2) Tidak teraba kepala yang keras, rata dan teratur dengan garis-garis sutura. Jika hasil pemeriksaan negatif maka menunjukkan adanya malpresentasi.
- (3) Bagian terendahnya teraba lunak dan irreguler. Anus dan tuber ischiadicum terletak pada satu garis. Terkadang bokong dapat dikelirukan dengan muka karena sama-sama teraba lunak.
- (4) Kadang-kadang pada presentasi bokong murni sacrum tertarik ke bawah dan teraba oleh jari-jari pemeriksa. Hal ini terkadang menipu pemeriksa oleh karena tulang yang keras seperti pada kepala.
- (5) Sakrum ada dikuadran kanan depan panggul, dan diameter *bitrochanterica* ada pada diameter *oblique* kanan.
- (6) Kadang teraba kaki dan harus dibedakan dengan tangan.

## 2) Pemeriksaan penunjang

Data penunjang adalah data atau fakta yang diperoleh dari hasil pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan rontgen, USG dan lain-lain (Varney, 2008).

Pada kasus presentasi bokong pemeriksaan USG dilakukan untuk memastikan apakah yang berada di bagian terbawah benar-benar bokong atau tidak, serta melihat apakah ada kelainan penyebab presentasi bokong atau tidak contohnya kepala dengan hidrosepalus (Saifuddin, 2011).

## 2. Langkah II: Interpretasi Data Dasar

Diagnosis kebidanan pada persalinan dengan presentasi bokong adalah Ny. X umur x tahun G<sub>x</sub>P<sub>x</sub>A<sub>x</sub> hamil x minggu, dengan presentasi bokong. Diagnosis tersebut ditegakkan berdasarkan data subjektif dan data objektif yang dikumpulkan saat pengkajian pasien.

Masalah yang mungkin timbul pada ibu bersalin dengan presentasi bokong adalah :

- a. Mengalami persalinan yang lebih lama (Saifuddin, 2011).
- b. Meningkatkan morbiditas dan mortalitas perinatal akibat komplikasi kelahiran (Dutton, 2012 dan Liu, 2008).

Kebutuhan pada ibu bersalin dengan presentasi bokong yaitu dorongan dan dukungan yang lebih besar untuk membantunya melalui persalinan yang potensial lama dan sulit (Oxorn, 2010 dan Chapman, 2007).

Penjelasan mengenai keadaan yang dialami ibu bersalin dengan presentasi bokong juga sangat penting untuk mengatasi rasa cemas ibu dan anjurkan ibu hanya meneran saat pembukaan sudah lengkap (Fraser, 2009).

### **3. Langkah III: Identifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial / Diagnosa Potensial dan Antisipasi Penanganan**

Diagnosis potensial yang mungkin timbul pada ibu dalam persalinan presentasi bokong adalah partus lama dan perdarahan karena laserasi (Saifuddin, 2011). Diantisipasi dengan memulai pertolongan persalinan setelah salah satu bagian terbawah janin lahir, bokong jika presentasi bokong murni atau kaki pada letak bokong kaki (Martaadisoebrata, 2013)

Selaput ketuban cenderung pecah lebih dini, oleh karena itu segera setelah ketuban pecah dilakukan pemeriksaan dalam untuk menyingkirkan resiko prolaps tali pusat (Fraser, 2009).

Masalah potensial dalam persalinan presentasi bokong lainnya adalah kesulitan melahirkan kepala dan perlunya tindakan resusitasi yang lebih ekstensif pada bayi baru lahir (Varney, 2008).

Bayi akan mengalami asfiksia jika umbilicus telah lahir dan tidak ada kemajuan karena terjadi penekanan tali pusat oleh kepala dan panggul, untuk mengantisipasinya penolong tidak boleh menunggu terlalu lama dan melakukan pertolongan secara manual aid agar kelahiran dari *umbilikus* sampai janin lahir seluruhnya berlangsung < 8 menit (Mochtar, 2013).

Berdasarkan diagnosa potensial yang mungkin terjadi pada kasus persalinan dengan presentasi bokong maka antisipasi yang dapat dilakukan bidan adalah pemantauan DJJ secara ketat dan persiapan resusitasi aktif pada bayi baru lahir (Chapman, 2007).

#### 4. Langkah IV: Kebutuhan Terhadap Tindakan Segera

Dalam hal ini bidan dapat mengidentifikasi tindakan segera yang berupa konsultasi dengan dokter spesialis Obgyn apabila kemungkinan terjadi komplikasi dalam proses persalinan dengan presentasi bokong. Yaitu pertolongan persalinan harus dilakukan di fasilitas kesehatan yang dapat melakukan operasi apabila terdapat komplikasi-komplikasi yang dapat membahayakan keadaan ibu maupun janin (Cunningham, 2014).

#### 5. Langkah V: Menyusun Rencana Asuhan Yang Menyeluruh

Perencanaan asuhan yang dilakukan pada ibu bersalin dengan presentasi bokong antara lain :

- a. Asuhan dasar selama kala satu sama dengan persalinan normal menurut Fraser (2009) yaitu dengan :

- 1) Melakukan observasi

- a) Keadaan umum ibu dan *vital sign*.
- b) Denyut jantung janin selama dan segera sesudah kontraksi.

Hitung denyut jantung janin selama satu menit penuh minimal setiap 30 menit dalam fase aktif dan setiap 5 menit dalam kala dua.

- c) Pengeluaran per vaginam.

d) Tanda-tanda kala II.

e) Sebaiknya ketuban dibiarkan tetap utuh sampai pembukaan cukup lebar, hindari melakukan pemeriksaan dalam terlalu sering. Jika ketuban sudah pecah, pemeriksaan dalam dilakukan untuk memastikan terjadinya prolaps tali pusat dan menentukan pembukaan (Fraser, 2012 dan Oxorn, 2010).

2) Lakukan penilaian kemajuan persalinan memakai partograf untuk mencatat hasil observasi kemajuan persalinan dan mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal. Penggunaan partograf pada presentasi bokong juga berguna untuk mendeteksi secara dini jika ada kemungkinan terjadinya partus lama. Partograf harus digunakan untuk :

a) Semua ibu dalam fase aktif kala satu persalinan sampai dengan kelahiran bayi, sebagai elemen penting asuhan persalinan.

b) Semua tempat pelayanan persalinan.

c) Semua penolong persalinan yang memberikan asuhan kepada ibu selama persalinan dan kelahiran.

(Saifuddin, 2011).

3) Tentukan jenis persalinan yang mungkin dilakukan (Endozien, 2013).

4) Bila persalinan telah ditetapkan pervaginam, persiapkan alat, pasien, dan penolong persalinan (Saifuddin, 2011).

5) Pemasangan infus intravena untuk mempertahankan kemampuan

mengejan ibu (Oxorn, 2010 dan Endozien, 2013).

b. Asuhan persalinan Kala II pada presentasi bokong menurut Fraser (2009) :

- 1) Pastikan pembukaan lengkap
- 2) Lakukan persalinan bokong dengan per vaginam secara *bracht*.
- 3) Bila terdapat hambatan saat melahirkan bahu dan kepala gunakan teknik khusus untuk melahirkan bahu dan kepala (*Klasik, Mueller, Lovset dan Mauriceau*).
- 4) Lakukan penanganan bayi baru lahir

c. Asuhan persalinan Kala III dan Kala IV pada persalinan presentasi bokong :

- 1) Lakukan manajemen aktif kala III (Saifuddin, 2011).
- 2) Nilai perdarahan dan lakukan prosedur pasca persalinan (Varney, 2008).

## **6. Langkah VI: Pelaksanaan Langsung Asuhan dengan Efisien dan Aman**

Pada langkah ini rencana asuhan yang menyeluruh dari langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian oleh klien, atau anggota tim kesehatan lainnya. Dalam situasi dimana bidan berkolaborasi dengan dokter untuk menangani klien yang mengalami komplikasi, maka keterlibatan bidan dalam manajemen asuhan bagi klien adalah tanggung jawab terhadap

terlaksanaannya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut (Varney, 2008).

## 7. Langkah VII: Evaluasi

Pada langkah ini melakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan, apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi di dalam diagnosa dan masalah. Evaluasi yang diharapkan pada kasus persalinan dengan presentasi bokong adalah ibu dapat melahirkan secara spontan yaitu dengan *bracht* sehingga ibu selamat dan bayi dapat lahir sehat (Varney, 2008)

### C. Follow Up Catatan Perkembangan Kondisi Klien

Tujuh langkah Varney dapat disarikan menjadi 4 langkah yaitu SOAP (Subjektif, Objektif, *Assesment* dan *Plan*).

S: Subjektif

Menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesa, sebagai langkah I Varney. Pada pasien dengan persalinan presentasi bokong data subjektif dari data perkembangan yaitu ibu merasa senang dengan kelahiran bayinya dan pasien masih merasakan mules pada perutnya.

O: Objektif

Menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, hasil laboratorium dan tes diagnostik lain sebagai data fokus untuk mendukung asuhan, sebagai langkah I Varney. Meliputi keadaan umum ibu baik,

sadar, tanda-tanda vital ibu normal, kontraksi baik, dan pengeluaran pervaginam dalam batas normal.

*A: Assesment*

Menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi:

- a. Diagnosa/masalah
- b. Antisipasi Diagnosa/masalah potensial
- c. Perlunya tindakan segera oleh bidan, konsultasi/kolaborasi dan rujukan sebagai langkah 2 Varney.

Diagnosis kebidanan pada data perkembangan yang dapat ditegakan dari kasus persalinan dengan presentasi bokong adalah Ny.X G<sub>x</sub>P<sub>x</sub>A<sub>x</sub> umur x tahun hamil x minggu, janin tunggal, hidup intra uterin, dengan presentasi bokong, pada persalinan kala x.

*P : Plan*

Menggambarkan pendokumentasian dari tindakan (1) dan evaluasi perencanaan berdasarkan assesment sebagai langkah 3,4,5,6,7 Varney. Beberapa hal yang perlu direncanakan, dilaksanakan, dan dievaluasi pada pasien dengan persalinan presentasi bokong antara lain seperti observasi tanda tanda vital ibu, DJJ, kontraksi uterus dan kemajuan persalinan (Edozein, 2013). Pada pertolongan persalinan dengan presentasi bokong, setelah dilakukan pertolongan persalinan dengan metode *bracht* diharapkan ibu sehat dan bayi dapat lahir dengan sehat dan selamat.

(Menurut KepMenKes RI No:938/Menkes/SK/VIII/2007).

