

BAB II TINJAUAN TEORI

A. Konsep Persalinan

1. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau bukan jalan lahir, dengan bantuan atau tanpa bantuan.(11)

Persalinan adalah suatu proses yang dimulai dengan adanya kontraksi uterus yang menyebabkan terjadinya dilatasi progresif dari serviks, kelahiran bayi, kelahiran plasenta, dan proses tersebut merupakan proses alamiah.(12)

Persalinan adalah rangkaian peristiwa keluarnya bayi yang sudah cukup berada dalam rahim ibunya, dengan disusul oleh keluarnya plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu.(13)

Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa persalinan adalah suatu proses yang dimulai dengan adanya kontraksi uterus yang menyebabkan dilatasi serviks sehingga terjadi pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang sudah cukup bulan berada dalam rahim ibunya melalui jalan lahir atau bukan jalan lahir, dengan bantuan atau tanpa bantuan dan merupakan proses alamiah.

2. Sebab-Sebab Mulainya Persalinan

a. Penurunan kadar progesterone

Progesterone menimbulkan relaxasi otot-otot rahim, sebaliknya *estrogen* meninggikan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar *progesterone* dan *estrogen* dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar *progesteron* menurun sehingga timbul his.

b. Teori oksitosin

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar *hipofisis parst posterior*. Perubahan keseimbangan *estrogen* dan *progesterone* dapat mengubah

sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi *Braxton Hicks*. Di akhir kehamilan kadar *progesteron* menurun sehingga *oxytocin* bertambah dan meningkatkan aktivitas otot-otot rahim yang memicu terjadinya kontraksi sehingga terdapat tanda-tanda persalinan.

c. Keregangan otot-otot

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tertentu terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai. Seperti halnya dengan *Bladder* dan Lambung, bila dindingnya teregang oleh isi yang bertambah maka timbul kontraksi untuk mengeluarkan isinya. Demikian pula dengan rahim, maka dengan majunya kehamilan makin teregang otot-otot dan otot-otot rahim makin rentan. Contoh pada kehamilan ganda sering terjadi kontraksi setelah keregangan tertentu sehingga menimbulkan proses persalinan.

d. Pengaruh janin

Hypofise dan kelenjar suprarenal janin rupa-rupanya juga memegang peranan karena pada anencepalus kehamilan sering lebih lama dari biasa.

e. Teori prostaglandin

Konsentrasi *prostaglandin* meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu yang dikeluarkan oleh desidua. *Prostaglandin* yang dihasilkan oleh *desidua* diduga menjadi salah satu sebab permulaan persalinan. Pemberian *prostaglandin* saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dapat keluar. *Prostaglandin* dapat dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan.(13),(14)

3. Tahapan Persalinan

a. Kala I

Kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap. Proses ini terbagi menjadi 2 fase, yaitu fase laten (8 jam) dari pembukaan 0 cm sampai pembukaan 3 cm, dan fase aktif (7 jam) dari pembukaan serviks 3 cm sampai

pembukaan 10 cm. Dalam fase aktif masih dibagi menjadi 3 fase lagi, yaitu: *fase akselerasi*, dimana dalam waktu 2 jam pembukaan 3 menjadi 4 cm; *fase dilatasi maksimal*, yakni dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari pembukaan 4 cm menjadi 9 cm; dan *fase deselerasi*, dimana pembukaan menjadi lambat kembali, dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi 10 cm.

b. Kala II (Pengeluaran)

Dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida. Pada kala ini his menjadi lebih kuat dan cepat kurang lebih 2-3 menit sekali. Pada kala pengeluaran, his terkoordinir, kuat, cepat dan lebih lama, kira-kira 2 sampai 3 menit sekali. Kepala janin telah turun masuk ruang panggul sehingga terjadi tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflektoris menimbulkan rasa mengedan. Karena tekanan pada rectum, ibu merasa seperti mau buang air besar, dengan tanda anus terbuka.

c. Kala III (Pelepasan Uri)

Dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Setelah bayi lahir, uterus teraba keras dengan fundus uteri berada diatas pusat.

d. Kala IV (Observasi)

Dimulai dari lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum. Observasi yang harus dilakukan pada Kala IV adalah:

- 1) Tingkat kesadaran ibu.
- 2) Pemeriksaan tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi, dan suhu.
- 3) Kontraksi uterus.
- 4) Terjadinya perdarahan : Perdarahan dianggap masih normal jika jumlahnya tidak melebihi 500 cc. (15),(16)

4. Tanda-Tanda Persalinan

a. Timbulnya kontraksi uterus

Biasa juga disebut dengan his persalinan yaitu his pembukaan yang mempunyai sifat sebagai berikut :

- 1) Nyeri melingkar dari punggung memancar ke perut bagian depan.
- 2) Pinggang terasa sakit dan menjalar kedepan.
- 3) Sifatnya teratur, interval makin lama makin pendek dan kekuatannya makin besar.
- 4) Mempunyai pengaruh pada pendataran dan atau pembukaan cervix.
- 5) Makin beraktifitas ibu akan menambah kekuatan kontraksi.

b. Penipisan dan pembukaan servix

Penipisan dan pembukaan servix ditandai dengan adanya pengeluaran lendir dan darah sebagai tanda pemula.

c. *Bloody Show* (lendir disertai darah dari jalan lahir)

Dengan pendataran dan pembukaan, lendir dari *canalis cervicalis* keluar disertai dengan sedikit darah. Perdarahan yang sedikit ini disebabkan karena lepasnya selaput janin pada bagian bawah segmen bawah rahim hingga beberapa capillair darah terputus.

d. Premature Rupture of Membrane

Adalah keluarnya cairan banyak dengan sekonyong-konyong dari jalan lahir. Hal ini terjadi akibat ketuban pecah atau selaput janin robek. (13)

5. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi persalinan antara lain:

a. Passenger

Malpresentasi atau malformasi janin dapat mempengaruhi persalinan normal. Pada faktor passenger, terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi yakni ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap dan posisi janin. Karena plasenta juga harus melalui jalan lahir, maka ia dianggap sebagai penumpang yang menyertai janin.

b. Passage

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yakni bagian tulang yang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus (lubang luar vagina). Meskipun jaringan lunak khususnya lapisan-lapisan otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi, tetapi panggul ibu jauh lebih berperan dalam proses persalinan. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relatif kaku.

c. Power

His adalah salah satu kekuatan pada ibu yang menyebabkan serviks membuka dan mendorong janin ke bawah. Pada presentasi kepala, bila his sudah cukup kuat, kepala akan turun dan mulai masuk ke dalam rongga panggul.

d. Psikologis

Kelahiran bayi merupakan peristiwa penting bagi kehidupan seorang ibu dan keluarganya. Banyak ibu mengalami psikis (kecemasan, keadaan emosional wanita) dalam menghadapi persalinan, hal ini perlu diperhatikan oleh seseorang yang akan menolong persalinan.

Perasaan cemas, khawatir akan mempengaruhi hormone stress yang akan mengakibatkan komplikasi persalinan. Tetapi sampai saat ini hampir tidak ada catatan yang menyebutkan mengenai hormone stress terhadap fungsi uteri, juga tidak ada catatan mengenai hubungan antara kecemasan ibu, pengaruh lingkungan, hormone stress dan komplikasi persalinan.

e. Penolong

Penolong persalinan perlu kesiapan, dan menerapkan asuhan sayang ibu. Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Beberapa prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikut sertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Banyak penelitian menunjukkan bahwa jika para ibu diperhatikan dan diberi dukungan selama persalinan dan kelahiran bayi serta mengetahui dengan baik mengenai proses persalinan dan asuhan yang akan

mereka terima, mereka akan mendapatkan rasa aman dan hasil yang lebih baik.(13),(17)

B. Persalinan Letak Sungsang

1. Pengertian letak sungsang atau bokong

Persalinan letak sungsang adalah letak bayi sesuai dengan sumbu badan ibu, kepala berada pada fundus uteri sedangkan bokong merupakan bagian terbawah (di daerah pintu atas panggul/simfisis).(8)

Letak sungsang atau presentasi bokong adalah suatu keadaan yang terjadi dimana bokong atau tungkai janin sebagai bagian yang terendah di dalam panggul ibu. (18)

Letak sungsang atau presentasi bokong adalah janin letak memanjang dengan bagian terendahnya bokong, kaki atau kombinasi keduanya. (19)

Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa persalinan letak sungsang adalah suatu keadaan dengan letak janin memanjang dan bokong atau tungkai janin berada di bagian terendah pintu atas panggul.

2. Penyebab

Sering kali tidak ada penyebab yang bisa diidentifikasi, tetapi berbagai kondisi berikut ini mendorong terjadinya presentasi bokong.

a. Tungkai ekstensi

Versi sefalik spontan dapat terhambat jika tungkai janin mengalami ekstensi dan 'membelit' punggung.

b. Persalinan premature

Presentasi bokong relatif banyak terjadi sebelum usia gestasi 34 minggu sehingga presentasi bokong lebih sering terjadi pada persalinan premature.

c. Kehamilan kembar

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

d. Polihidramnion

Distensi rongga uterus oleh cairan amnion yang berlebihan dapat menyebabkan presentasi bokong.

e. Hidrosefalus

Peningkatan ukuran kepala janin lebih cenderung terakomodasi di dalam fundus.

f. Abnormlitas uterus

Dostorsi rongga uterus oleh septum atau jaringan fibroid dapat menyebabkan presentasi bokong.

g. Plasenta previa

Sebagian penulis meyakini bahwa hal ini dapat menyebabkan presentasi bokong, tetapi sebagian lain tidak menyetujui hal tersebut.(20)

3. Etiologi

Penyebab letak sungsang dapat berasal dari:

a. Faktor ibu

1) Keadaan rahim

- a) Rahim arkuatus
- b) Septum pada rahim
- c) Uterus dupleks
- d) Mioma bersama kehamilan

2) Keadaan plasenta

- a) Plasenta letak rendah
- b) Plasena previa

3) Keadaan jalan lahir

- a) Kesempitan panggul
- b) Deformitas tulang panggul
- c) Terdapat tumor menghalangi jalan lahir dan perputaran ke posisi kepala.

b. Faktor Janin

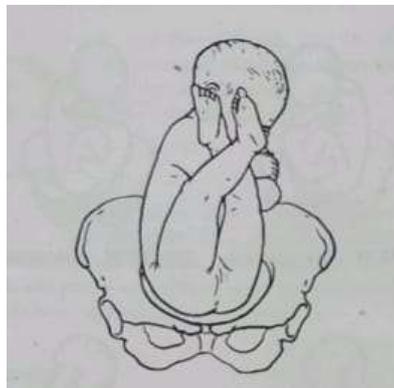
- a) Tali pusat pendek atau lilitan tali pusat
- b) Hirdosefalus atau anensefalus

- c) Kehamilan kembar
- d) Hirdramnion atau oligohidramnion
- e) Prematuritas.(21)

4. Jenis posisi dan presentasi bokong

a. Bokong dengan tungkai ekstensi (*frank breech*)

Presentasi bokong dengan pinggul fleksi dan tungkai ekstensi pada abdomen. Tujuh puluh persen presentasi bokong adalah jenis ini dan banyak terjadi terutama pada primigravida yang tonus otot uterusnya yang baik menghambat fleksi tungkai dan putaran bebas janin.



Gambar 2.1 Bokong dengan tungkai ekstensi (*frank breech*)

b. Bokong sempurna (*complete breech*)

Sikap janin pada posisi ini fleksi sempurna, dengan pinggul dan lutut fleksi dan kaki terlipat ke dalam di samping bokong.



Gambar 2.2 Bokong sempurna (*complete breech*)

c. Bokong footling (*footling breech*)

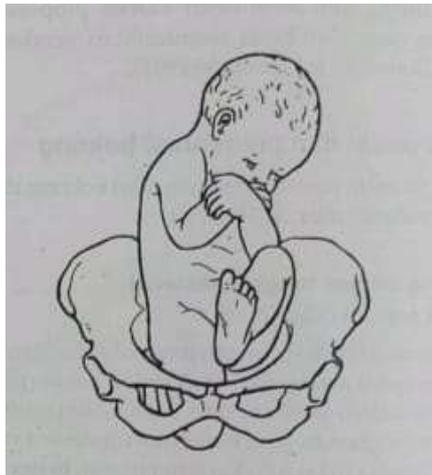
Hal ini jarang terjadi. Satu atau kedua kaki menjadi bagian presentasi karena baik pinggul atau lutut tidak sepenuhnya fleksi. Kaki lebih rendah dari bokong, yang membedakannya dari presentasi bokong sempurna.



Gambar 2.3 Bokong footling (*footling breech*)

d. Presentasi lutut

Hal ini jarang terjadi. Satu atau kedua pinggul mengalami ekstensi, dengan lutut fleksi. (20)



Gambar 2.4 Presentasi lutut

5. Diagnosis presentasi bokong

Pergerakan anak teraba oleh ibu di bagian perut bawah, dan ibu sering merasa benda keras (kepala) mendesak tulang iga dan rasa nyeri

pada daerah tulang iga karena kepala janin.(22),(23) Sering kali ibu menyatakan bahwa kehamilannya terasa lain daripada kehamilan yang terdahulu karena terasa penuh di bagian atas dan gerakan terasa lebih banyak di bagian bawah.(18)

a. Pemeriksaan abdominal

1) Palpasi

Presentasi janin dapat diketahui dengan pemeriksaan abdomen ibu (palpasi) yang dilakukan oleh bidan maupun dokter kandungan. Tingkat sensitivitas pemeriksaan palpasi abdomen bervariasi sekitar 57-70% dan bergantung pada keterampilan serta pengalaman praktisi (bidan dan dokter kandungan). (24)

Pemeriksaan abdominal, biasanya dengan pemeriksaan Leopold I, kepala janin yang keras, bulat, dan dapat diraba dengan balotement karena sudah menempati bagian fundus uteri. Perasat Leopold II, menunjukkan punggung sudah berada pada satu sisi abdomen dan bagian-bagian kecil berada pada sisi yang lain. Pada perasat Leopold III, bila engagement belum terjadi-diameter intertrokanterika panggul janin belum melewati pintu atas panggul. Setelah terjadi engagement, perasat Leopold IV menunjukkan posisi bokong yang mapan di bawah simfisis.(25)

2) Auskultasi.

Jika bokong belum melewati gelang pelvis, jantung janin terdengar paling jelas di atas umbilikus. Jika tungkai terekstensi, bokong akan turun ke dalam pelvis dengan mudah. Jantung janin kemudian dapat terdengar di bagian yang lebih rendah.(20)

b. Pemeriksaan dalam

Pada pemeriksaan dalam teraba 3 tonjolan tulang, yaitu tuber ossis ischia dan ujung os sakrum. Os sakrum dapat dikenal sebagai tulang yang meruncing dengan deretan processus spinosus di tengah-tengah tulang tersebut. Pada bagian di antara 3 tonjolan tulang tersebut dapat diraba anus dan genitalia anak, tetapi jenis kelamin anak hanya dapat ditentukan jika edema tidak terlalu besar.

Pada presentasi bokong murni, kedua tuberositas iskiadika, sakrum, maupun anus biasanya dapat teraba, dan setelah terjadi penurunan lebih lanjut, genetalis eksterna dapat dikenali. Pada partus lama, bokong dapat sangat membengkak sehingga menyebabkan kesulitan untuk membedakan muka dengan bokong, anus bisa dikira mulut, dan tuberositas iskiadika dapat disangka tulang pipi. Kesalahan tersebut dapat dihindari karena jari tangan pemeriksa akan menghadapi tahanan otot pada anus, sedangkan rahang lebih keras dan kurang kenyal, ketika diraba akan terasa pada mulut. Ketika jari tangan dikeluarkan dari anus, kadang-kadang jari tersebut berlumuran mekonium.

Pada presentasi bokong sempurna, kaki dapat diraba di sebelah bokong, sedangkan pada presentasi kaki, letak salah satu atau kedua kaki lebih rendah daripada bokong. Pada presentasi kaki, kaki kanan atau kiri dapat ditentukan berdasarkan hubungannya dengan ibu jari kaki. Ketika bokong turun lebih jauh ke dalam rongga panggul, genitalia dapat diraba.(18)

c. Pemeriksaan USG

USG idealnya digunakan untuk memastikan perkiraan klinis presentasi bokong, bila mungkin untuk mengidentifikasi adanya anomali janin. USG dilakukan pada usia kehamilan 32-34 minggu yang berguna baik untuk menegakkan diagnosis maupun untuk memperkirakan ukuran dan konfigurasi panggul ibu. (18)

Peranan ultrasonografi penting dalam diagnosis dan penilaian risiko pada presentasi bokong. Taksiran berat janin, penilaian volume air ketuban, konfirmasi letak plasenta, jenis presentasi bokong, keadaan hiperekstensi kepala, kelainan kongenital, dan kesejahteraan janin dapat diperiksa menggunakan ultrasonografi. Berat janin dapat diperkirakan secara ultrasonografis berdasarkan ukuran diameter biparietal, lingkaran kepala, lingkaran perut dan panjang tulang femur. Gambaran ultrasonografi tentang ekstremitas bawah dapat

memberikan informasi tentang jenis presentasi bokong. kesejahteraan janin dinilai berdasarkan skor profil biofisik janin.(19)

6. Mekanisme Persalinan

Kepala adalah bagian janin yang terbesar dan kurang elastis. Pada presentasi kepala, apabila kepala dapat dilahirkan, maka bagian janin lainnya relatif mudah dilahirkan. Tidak demikian halnya pada presentasi bokong membantu. Hal inilah yang menjadikan persalinan vaginal pada presentasi bokong lebih berisiko. Pemahaman tentang mekanisme persalinannya akan dalam memberikan upaya pertolongan persalinan yang berhasil.

Bokong akan memasuki panggul (*engagement* dan *descent*) dengan diameter bitrokanter dalam posisi oblik. Pinggul janin bagian depan (*anterior*) mengalami penurunan lebih cepat dibanding pinggul belakangnya (*posterior*). Dengan demikian, pinggul depan akan mencapai pintu tengah panggul terlebih dahulu. Kombinasi antara tahanan dinding panggul dan kekuatan yang mendorong ke bawah (*kaudal*) akan menghasilkan putaran paksi dalam yang membawa sakrum ke arah transversal (pukul 3 atau 9), sehingga posisi diameter bitrokanter di pintu bawah panggul menjadi anteroposterior.

Penurunan bokong berlangsung terus setelah terjadinya putaran paksi dalam. Perineum akan meregang, vulva membuka, dan pinggul depan akan lahir terlebih dahulu. Pada saat itu, tubuh janin mengalami putaran paksi dalam dan penurunan, sehingga mendorong pinggul bawah menekan perineum. Dengan demikian, lahirlah bokong dengan posisi diameter bitrokanter anteroposterior, diikuti putaran paksi luar. Putaran paksi luar akan membuat posisi diameter bitrokanter dari anteroposterior menjadi transversal. Kelahiran bagian tubuh lain akan terjadi kemudian baik secara spontan maupun dengan bantuan (*manual aid*). (19)

7. Komplikasi Persalinan Sungsang

a. Impaksi bokong

Persalinan menjadi macet jika janin berukuran terlalu besar untuk pelvis maternal.

b. Prolaps tali pusat

Hal ini lebih sering terjadi pada presentasi bokong fleksi atau bokong kaki karena presentasi ini memiliki bagian presentasi yang tidak pas.

c. Cedera lahir

Kerusakan Jaringan superfisial. Bidan harus memperingatkan ibu dan pasangannya tentang memar yang mungkin terjadi setelah kelahiran. Edema dan memar pada genitalia bayi dapat terjadi akibat tekanan pada serviks. Pada presentasi bokong kaki, kaki yang keluar pada vagina atau vulva untuk waktu yang lama dapat mengalami edema berat dan pucat. Jika kelahiran dilakukan dengan benar, hal-hal berikut ini jarang terjadi:

- 1) Fraktur humerus, klavikula atau femur atau dislokasi bahu atau pinggul. Hal tersebut dapat terjadi selama kelahiran lengan atau tungkai yang terekstensi.
- 2) Palsi Erb. Hal ini dapat terjadi jika pleksus brakialis rusak. Pleksus brakialis dapat rusak saat kelahiran akibat berputarnya leher bayi.
- 3) Trauma organ internal. Dapat terjadi ruptur hati atau limpa, akibat genggaman pada abdomen.
- 4) Kerusakan medula spinalis atau fraktur tulang belakang. Hal ini dapat terjadi akibat penekukan badan ke arah belakang di atas simfisis pubis saat melahirkan kepala.
- 5) Perdarahan intrakranial. Hal ini dapat terjadi akibat kelahiran kepala yang berlalu cepat, yang tidak memberi kesempatan untuk mulase. Hipoksia juga dapat menyebabkan perdarahan intrakranial.

- d. Hipoksia janin
Hal ini dapat terjadi akibat prolaps tali pusat atau kompresi tali pusat atau plasenta terlepas sebelum waktunya.
 - e. Plasenta terlepas sebelum waktunya
Retraksi yang cukup kuat pada uterus terjadi pada saat kepala masih berada di dalam vagina dan plasenta mulai terlepas. Keterlambatan kelahiran kepala yang lama dapat menyebabkan hipoksia berat pada janin.
 - f. Trauma maternal
Komplikasi maternal akibat kelahiran presentasi bokong sama dengan komplikasi kelahiran pervaginam operatif lainnya. (20)
8. Jenis pimpinan persalinan sungsang
- a. Persalinan pervaginam
 - 1) Persalinan spontan (*spontaneous breech*)
Janin dilahirkan dengan kekuatan dan tenaga ibu sendiri. Cara ini lazim disebut cara Bracht.
 - 2) Manual aid (*partial breech extractions; assisted breech delivery*)
Janin dilahirkan sebagian dengan tenaga dan kekuatan ibu dan sebagian lagi dengan tenaga penolong.
 - 3) Ekstraksi sungsang (*total breech extraction*)
Janin dilahirkan seluruhnya dengan memakai tenaga penolong.
 - b. Persalinan per abdomen (*sectio caesarea*). (26)
9. Prosedur pertolongan persalinan spontan
- a. Tahapan
 - 1) Tahap pertama : fase lambat, yaitu mulai lahirnya bokong sampai pusar (scapula depan). Disebut fase lambat karena fase ini hanya untuk melahirkan bokong, yaitu bagian janin yang tidak berbahaya.
 - 2) Tahap kedua : fase cepat, yaitu mulai dari lahirnya pusar sampai lahirnya mulut. Disebut fase cepat karena pada fase ini kepala janin mulai masuk pintu atas panggul, sehingga kemungkinan tali

pusat terjepit. Oleh karena itu fase ini harus segera diselesaikan dan tali pusat segera dilonggarkan. Bila mulut sudah lahir, janin dapat bernapas lewat mulut,

- 3) Tahap ketiga: fase lambat, yaitu mulai lahirnya mulut sampai seluruh kepala lahir. Disebut fase lambat karena kepala akan 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 ruptura tentorium serebelli). (26)

b. Teknik

- 1) Sebelum melakukan pimpinan persalinan penolong harus memperhatikan sekali lagi persiapan untuk ibu, janin, maupun penolong. Pada persiapan kelahiran janin harus selalu disediakan cunam Piper.
- 2) Ibu tidur dalam posisi litotomi, sedang penolong berdiri di depan vulva. Ketika timbul his ibu disuruh mengejan dengan merangkul kedua pangkal paha. Pada waktu bokong mulai membuka vulva (crowning) disuntikkan 2 - 5 unit oksitosin intra muskulus. Pemberian oksitosin ini ialah untuk merangsang kontraksi rahim sehingga fase cepat dapat diselesaikan dalam 2 his berikutnya.
- 3) Episiotomi dikerjakan pada saat bokong membuka vulva. Segera setelah bokong lahir, bokong dicengkam secara Bracht, yaitu kedua ibu jari penolong sejajar sumbu panjang paha, sedangkan jari-jari lain memegang panggul.
- 4) Pada setiap his ibu disuruh mengejan. Pada waktu tali pusat lahir dan tampak sangat teregang, tali pusat dikendorkan lebih dahulu.
- 5) Kemudian penolong melakukan hiperlordosis pada badan janin guna mengikuti gerakan rotasi anterior, yaitu punggung janin didekatkan ke perut ibu. Penolong hanya mengikuti gerakan ini tanpa melakukan tarikan, sehingga gerakan tersebut hanya disesuaikan dengan gaya berat badan janin. Bersamaan dengan dimulainya gerakan hiperlordosis ini, seorang asisten melakukan

ekspresi Kristeller pada fundus uterus, sesuai dengan sumbu panggul. Maksud ekspresi Kristeller ini ialah:

- a) Agar tenaga mengejan lebih kuat, sehingga fase cepat dapat segera diselesaikan (berakhir). |
 - b) Menjaga agar kepala janin tetap dalam posisi fleksi.
 - c) Menghindari terjadinya ruang kosong antara fundus uterus dan kepala janin, sehingga tidak terjadi lengan menjungkit.
- 6) Dengan gerakan hiperlordosis ini berturut-turut lahir pusar, perut, bahu dan lengan, dagu, mulut dan akhirnya seluruh kepala.
- 7) Janin yang baru lahir diletakkan di perut ibu. Seorang asisten seger menghisap lendir dan bersamaan itu penolong memotong tali pusat.
- c. Keuntungan
- 1) Tangan penolong tidak masuk ke dalam jalan lahir, sehingga mengurangi bahaya infeksi.
 - 2) Cara ini adalah cara yang paling mendekati persalinan fisiologik, sehingga mengurangi trauma pada janin.
- d. Kerugian
- 1) 5-10% persalinan secara Bracht mengalami kegagalan, sehingga tidak semua persalinan letak sungsang dapat dipimpin dengan cara Bracht.
 - 2) Persalinan secara Bracht mengalami kegagalan terutama dalam keadaan panggul sempit, janin besar, jalan lahir kaku misalnya pada primigravida, adanya lengan menjungkit atau menonjuk.

10. Prosedur Manual Aid

a. Indikasi

- 1) Persalinan secara Bracht mengalami kegagalan, misalnya bila terjadi kemacetan baik pada waktu melahirkan bahu atau kepala.
- 2) Dari semula memang hendak melakukan pertolongan secara manual aid, Di negara Amerika sebagian besar ahli kebidanan cenderung untuk melahirkan letak Sungsang secara manual aid, karena mereka menganggap bahwa sejak pusar lah, adalah fase

yang sangat berbahaya bagi janin, karena pada saat itulah kepala masuk ke dalam pintu atas panggul, dan kemungkinan besar tali pusat terjepit di antara kepala janin dan pintu atas panggul.

b. Tahapan

- 1) Tahap pertama, lahirnya bokong sampai pusar yang dilahirkan dengan kekuatan tenaga ibu sendiri.
- 2) Tahap kedua, lahirnya bahu dan lengan yang memakai tenaga penolong. Cara/teknik untuk melahirkan bahu dan lengan ialah secara:

a) Klasik (yang seringkali disebut Deventer)

- (1) Prinsip melahirkan bahu dan lengan secara klasik ini ialah melahirkan lengan belakang lebih dahulu, karena lengan belakang berada di ruangan yang lebih luas (sakrum), baru kemudian melahirkan lengan depan yang berada di bawah simfisis. Tetapi bila lengan depan sukar dilahirkan, maka lengan depan diputar menjadi lengan belakang, yaitu dengan memutar gelang bahu ke arah belakang dan bayi kemudian lengan belakang ini dilahirkan.
- (2) Kedua kaki janin dipegang dengan tangan kanan penolong pada pergelangan kakinya dan dielevasi ke atas sejauh mungkin, sehingga perut janin mendekati perut ibu.
- (3) Bersamaan dengan itu tangan kiri penolong dimasukkan ke dalam jalan lahir dan dengan jari tengah dan telunjuk menelusuri bahu janin sampai pada fosa kubiti kemudian lengan bawah dilahirkan dengan gerakan seolah-olah lengan bawah mengusap muka janin.
- (4) Untuk melahirkan lengan depan, pegangan pada pergelangan kaki janin diganti dengan tangan kanan penolong dan ditarik curam ke bawah sehingga punggung janin mendekati punggung ibu.
- (5) Dengan cara yang sama lengan depan dilahirkan.

- (6) Bila lengan depan sukar dilahirkan, maka harus diputar menjadi lengan belakang. Gelang bahu dan lengan yang sudah lahir dicengkam dengan kedua tangan penolong sedemikian rupa sehingga kedua ibu jari tangan penolong terletak di punggung dan sejajar dengan sumbu badan janin sedang jari-jari lain mencengkam dada. Putaran diarahkan ke perut dan dada janin, sehingga lengan depan terletak di belakang. Kemudian lengan belakang ini dilahirkan dengan teknik tersebut di atas.
- (7) Deventer melakukan cara Klasik ini dengan tidak mengubah lengan depan menjadi lengan belakang. Cara ini lazim disebut cara Deventer. Keuntungan cara Klasik ialah pada umumnya dapat dilakukan pada semua persalinan letak sungsang, tetapi kerugiannya ialah lengan janin masih relatif tinggi di dalam panggul, sehingga jari penolong harus masuk ke dalam jalan lahir yang dapat menimbulkan infeksi.

b) Mueller

- (1) Prinsip melahirkan bahu dan lengan secara Mueller ialah melahirkan bahu dan lengan depan lebih dahulu dengan ekstraksi, baru kemudian melahirkan bahu dan lengan belakang.
- (2) Bokong janin dipegang secara femuro-pelviks (*duimbekken greep*) yaitu kedua ibu jari penolong diletakkan sejajar spina sakralis media dan jari telunjuk pada krista iliaka dan jari-jari lain mencengkam paha bagian depan. Dengan pegangan ini badan janin ditarik curam ke bawah sejauh mungkin sampai bahu depan tampak di bawah simfisis, dan lengan depan dilahirkan dengan mengait lengan bawahnya.
- (3) Setelah bahu depan dan lengan depan lahir, maka badan janin yang masih dipegang secara femuro-pelviks ditarik

ke atas, sampai bahu belakang lahir. Bila bahu belakang tidak lahir dengan sendirinya, maka lengan belakang dilahirkan dengan mengait lengan bawah dengan kedua jari penolong. Keuntungan dengan teknik Mueller ini ialah tangan penolong tidak masuk jauh ke dalam jalan lahir, sehingga bahaya infeksi minimal.

c) Lovset

- (1) Prinsip persalinan secara Lovset ialah memutar badan janin dalam setengah lingkaran bolak-balik sambil dilakukan traksi curam ke bawah sehingga bahu yang sebelumnya berada di belakang akhirnya lahir di bawah simfisis. Hal ini berdasarkan kenyataan bahwa adanya inklinasi antara pintu atas panggul dengan sumbu panggul dan bentuk lengkungan panggul yang mempunyai lengkungan depan lebih pendek dari lengkungan di belakang, sehingga setiap saat bahu belakang selalu dalam posisi lebih rendah dari bahu depan.
- (2) Badan janin dipegang secara femuro-pelviks dan sambil dilakukan traksi curam ke bawah badan janin diputar setengah lingkaran, sehingga bahu belakang menjadi bahu depan. Kemudian sambil dilakukan traksi, badan janin diputar kembali ke arah yang berlawanan setengah lingkaran, demikian seterusnya bolak-balik, sehingga bahu belakang tampak di bawah simfisis dan lengan dapat dilahirkan.
- (3) Bila lengan janin tidak dapat lahir dengan sendirinya, maka lengan janin ini dapat dilahirkan dengan mengait lengan bawah dengan jari penolong.

d) Bickenbach's

Prinsip persalinan secara Bickenbach's ialah merupakan kombinasi antara cara Mueller dengan cara Klasik. Teknik ini hampir sama dengan cara Klasik.

(1) Melahirkan lengan menunjuk (*nuchal arm*)

- (a) Yang dimaksud lengan menunjuk ialah bila salah satu lengan janin melingkar di belakang leher dan menunjuk ke suatu arah. Berhubung dengan posisi lengan semacam ini tidak mungkin dilahirkan karena tersangkut di belakang leher, maka lengan tersebut harus dapat diubah sedemikian rupa, sehingga terletak di depan dada.
- (b) Bila lengan belakang yang menunjuk, maka badan atas janin dicengkam dengan kedua tangan penolong, sehingga kedua ibu jari diletakkan pada punggung janin sejajar sumbu panjang badan. Sedang jari-jari lain mencengkam dada. Badan anak diputar seraha dengan arah lengan menunjuk ke arah belakang (sakrum), sehingga lengan tersebut terletak di depan dada dan menjadi lengan belakang. Kemudian lengan ini dilahirkan dengan cara klasik.
- (c) Bila lengan depan yang menunjuk, maka dilahirkan dengan cara yang sama, hanya cara memegang badan atas dibalik, yaitu ibu jari diletakkan di dada dan jari lain mencengkam punggung.

(2) Melahirkan lengan menjungkit

Yang dimaksud lengan menjungkit ialah bila lengan dalam posisi lurus ke atas di samping kepala. Cara terbaik untuk melahirkan lengan menjungkit ialah dengan cara Lovset. Perlu diingat, bila sedang melakukan pimpinan persalinan secara Bracht, kemudian terjadi kemacetan bahu dan lengan, maka harus dilakukan periksa dalam apakah kemacetan tersebut karena kelainan posisi lengan tersebut di atas.

3) Tahap ketiga, lahirnya kepala. Kepala dapat dilahirkan dengan cara:

a) Mauriceau (Veit-Smellie)

(1) Tangan penolong yang sesuai dengan muka janin dimasukkan ke dalam jalan lahir. Jari tengah dimasukkan ke dalam mulut dan jari telunjuk, dan jari keempat mencengkam fosa kanina, sedang jari lain mencengkam leher. Badan anak diletakkan di atas lengan bawah penolong, seolah-olah janin menunggang kuda. Jari telunjuk dan jari ketiga penolong yang lain mencengkam leher janin dari arah punggung.

(2) Kedua tangan penolong menarik kepala janin curam ke bawah sambil seorang asisten melakukan ekspresi Kristeller. Tenaga tarikan terutama dilakukan oleh tangan penolong yang mencengkam leher janin dari arah punggung. Bila suboksiput tampak di bawah simfisis, kepala janin dielevasi ke atas dengan suboksiput sebagai hipomoklion sehingga berturut-turut lahir dagu, mulut, hidung, mata, dahi, ubun-ubun besar dan akhirnya lahirlah seluruh kepala janin.

b) Najouks

Teknik ini dilakukan bila kepala masih tinggi, sehingga jari penolong tidak dapat dimasukkan ke dalam mulut janin. Kedua tangan penolong mencengkam leher janin dari arah depan dan belakang. Kedua tangan penolong menarik bahu curam ke bawah dan bersamaan dengan itu seorang asisten mendorong kepala janin ke arah bawah. Cara ini tidak dianjurkan karena menimbulkan trauma yang berat pada sumsum tulang di daerah leher.

c) Prague terbalik

Teknik Prague terbalik dipakai bila oksiput dengan ubun-ubun kecil berada di belakang dekat sakrum dan muka janin

menghadap simfisis. Satu tangan penolong mencekam leher dari arah bawah dan punggung janin diletakkan pada telapak tangan penolong. Tangan penolong yang lain memegang kedua pergelangan kaki. Kaki janin ditarik ke atas bersamaan dengan tarikan pada bahu janin, sehingga perut janin mendekati perut ibu. Dengan laring sebagai hipomoklion, kepala janin dapat dilahirkan.

d) Cunam Piper

(1) Cunam Piper dibuat khusus untuk melahirkan kepala janin pada lerak sungsang, sehingga mempunyai bentuk khusus, yaitu:

(a) daun cunam berfenestra, yang mempunyai lengkungan panggul yang agak mendatar (baik untuk pemasangan yang tinggi).

(b) tangkainya panjang, melengkung ke atas dan terbuka, keadaan ini dapat menghindari kompresi yang berlebihan pada kepala janin.

(2) Seorang asisten memegang badan janin pada kedua kaki, dan kedua lengan janin diletakkan di punggung janin. Kemudian badan janin dielevasi ke atas, sehingga punggung janin mendekati punggung ibu.

(3) Pemasangan cunam pada *after coming head* tekniknya sama dengan pemasangan cunam pada letak belakang kepala. Hanya pada kasus ini cunam dimasukkan dari arah bawah, yaitu sejajar dengan pelipatan paha belakang. Setelah suboksiput tampak di bawah simfisis, maka cunam dielevasi ke atas dan dengan suboksiput sebagai hipomoklion, berturut-turut lahir dagu, mulut, muka, dahi dan akhirnya seluruh kepala lahir.

11. Prosedur Ekstraksi Sungsang

a. Teknik ekstraksi kaki.

- b. Teknik ekstraksi bokong.

12. Wewenang Bidan dalam Persalinan Letak Sungsang

Bidan dalam melaksanakan peran, fungsi dan tugasnya didasarkan pada kompetensi dan kewenangannya yang diatur dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan. Adapun kewenangan bidan dalam kasus pertolongan persalinan letak sungsang terdapat pada Pasal 49 huruf e yang berbunyi “melakukan pertolongan pertama kegawatdaruratan ibu hamil, bersalin, nifas dan rujukan.”(27)

Pada kasus pertolongan persalinan sungsang di Rumah Sakit terdapat pada pasal 53 tentang pelimpahan wewenang. Adapun pelimpahan wewenang sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 ayat (1) huruf d terdiri atas:

- a. Pelimpahan secara mandat. Diperjelas kembali dalam Pasal 54 ayat (1) yang berbunyi “pelimpahan wewenang secara mandat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 53 huruf a diberikan oleh dokter kepada Bidan sesuai kompetensinya. Dan Pasal 54 ayat (4) yang berbunyi “dokter yang memeberikan pelimpahan wewenang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus melakukan pengawasan dan evaluasi secara berkala.
- b. Pelimpahan secara delegatif.(27)

C. Aplikasi Manajemen Kebidanan pada Persalinan Sungsang

1. Data Subjektif

- a. Anamnesis

Pergerakan anak teraba oleh ibu di bagian perut bawah, dan ibu sering merasa benda keras (kepala) mendesak tulang iga dan rasa nyeri pada daerah tulang iga karena kepala janin.(22),(23) Sering kali ibu menyatakan bahwa kehamilannya terasa lain daripada kehamilan yang terdahulu karena terasa penuh di bagian atas dan gerakan terasa lebih banyak di bagian bawah.(18)

2. Data Objektif

a. Pemeriksaan abdominal

- 1) Leopold I : Kepala janin yang keras, bulat, dan dapat diraba dengan balotement karena sudah menempati bagian fundus uteri.
- 2) Leopold II : Punggung sudah berada di satu sisi abdomen dan bagian-bagian kecil berada pada sisi yang lain.
- 3) Leopold III : bila engagement sudah melewati pintu atas panggul, bokong janin masih dapat digerakkan diatas pintu atas panggul teraba bulat, lunak dan tidak melenting.
- 4) Leopold IV : posisi bokong yang mapan di bawah simfisis.(25)
- 5) DJJ : Jika bokong belum melewati gelang pelvis, jantung janin terdengar paling jelas di atas umbilikus. Jika tungkai terekstensi, bokong akan turun kedalam pelvis dengan mudah. Jantung janin kemudian dapat terdengar di bagian yang lebih rendah.(20)
- 6) USG : Peranan USG penting dalam diagnosis dan penilaian risiko pada presentasi bokong. Taksiran berat janin, penilaian volume air ketuban, konfirmasi letak plasenta, jenis presentasi bokong, keadaan hiperekstensi kepala, kelainan kongenital, dan kesejahteraan janin.(19)

b. Pemeriksaan dalam

- 1) Presentasi bokong murni, kedua tuberositas iskiadika, sakrum, maupun anus biasanya dapat teraba, dan setelah terjadi penurunan lebih lanjut, genetalis eksterna dapat dikenali.
- 2) Presentasi bokong sempurna, kaki dapat diraba di sebelah bokong.
- 3) Presentasi kaki, letak salah satu atau kedua kaki lebih rendah daripada bokong.(18)

3. Analisa

Setelah mendapatkan data subjektif dan objektif kemudian menentukan masalah potensial yang memerlukan tindakan, selanjutnya disimpulkan dengan pernyataan :

Ny. ... usia ... tahun, G...P...A..., hamil ... minggu inpartu kala ..., janin tunggal hidup dengan persalinan letak sungsang.

4. Penatalaksanaan

a. Penanganan letak sungsang

Adapun prosedur-prosedur yang dapat dilakukan pada persalinan letak sungsang dengan presentasi bokong sempurna yaitu memimpin persalinan saat pembukaan lengkap dan bokong telah mencapai vagina, melakukan episiotomi jika perineum kaku dan melahirkan bayi dengan teknik *Bracht*. (28)

b. Perawatan pasca persalinan sungsang.

- 1) Isap lendir dan mulut bayi
- 2) Klem dan potong tali pusat
- 3) Berikan oksitosin 10 iu IM dan 1 menit sesudah bayi lahir
- 4) Lanjutkan penanganan aktif kala III
- 5) Periksa keadaan pasien dengan baik
- 6) Lakukan penjahitan robekan serviks atau episiotomi.(28)

c. Persalinan letak sungsang harus dilahirkan per abdomen atau *sectio caesarea* bila :

- 1) Primigravida tua.
- 2) Nilai sosial janin tinggi (*high social value baby*).
- 3) Riwayat persalinan yang buruk (*bad obstetric history*).
- 4) Janin besar, lebih dari 3,5 kg – 4 kg.
- 5) Dicurigai adanya kesempitan panggul.
- 6) Prematuritas.(26)

d. Hal-hal yang harus dilakukan sebelum melakukan pertolongan persalinan pervaginam, yaitu:

- 1) Pemeriksaan abdominal yang hati-hati, jika perlu USG
- 2) Dilatasi serviks lengkap
- 3) Eliminasi setiap pertanyaan mengenai keadekuatan pelvis
- 4) Pengosongan kandung kemih
- 5) Pemotongan episiotomi

- 6) Persiapan untuk upaya resusitasi bayi baru lahir dalam suaka lengkap.
- 7) Wanita sebaiknya berada pada posisi litotomi dengan penyangga kaki ditepi tempat tidur
- 8) Dokter tempat berkonsultasi seharusnya telah diberi tahu dan sebaiknya juga hadir atau segera datang jika dibutuhkan.(29)