

MAKALAH  
ASUHAN KEPERAWATAN PLASENTA PREVIA DAN SOLUSIO  
PLASENTA

Disusun untuk Memenuhi Tugas Mata Kuliah Keperawatan Maternitas  
Dosen Mata Ajar : Barkah Wulandari, S.Kep., Ns., M.Kep



KELAS 2D  
Kelompok 10

- |                          |            |
|--------------------------|------------|
| 1. Fika Puput Dwi Astuti | 3320224041 |
| 2. Muhammad Afif Sutisna | 3320213885 |
| 3. Ulfiani Rahma         | 3320224069 |

## DAFTAR ISI

### **BAB I PENDAHULUAN**

- A. Latar Belakang.....1
- B. Tujuan.....3

### **BAB II KONSEP DASAR**

- A. Pengertian.....4
- B. Etiologi.....4
- C. Tanda dan Gejala.....6
- D. Klasifikasi.....7
- E. Patofisiologi.....7
- F. Pathways.....10
- G. Penatalaksanaan Medik dan Prinsip Perawatan.....12

### **BAB III KONSEP KEPERAWATAN**

- A. Pengkajian.....14
- B. Diagnosa Keperawatan.....16
- C. Perencanaan.....17

### **BAB IV PENUTUP**

- A. Kesimpulan.....24
- B. Saran.....24

### **DAFTAR PUSTAKA**

### **Lampiran**

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Istilah plasenta previa sendiri yaitu ketika plasenta menghalangi atau terletak berdekatan dengan ostium uteri internum. Terkadang plasenta berimplantasi di bagian bawah rahim. Plasenta previa, seluruh atau sebagian plasenta yang terletak pada bagian bawah rahim. Plasenta Previa merupakan komplikasi dan memiliki potensi serius di mana letak plasenta berada di dalam segmen bawah rahim, sehingga menciptakan penyumbatan leher rahim yang membuat persalinan menjadi sulit. Pada wanita yang mengalami plasenta previa akan memiliki dampak yaitu dapat terjadi perdarahan yang menyebabkan syok hingga kematian, kekurangan darah, plasentitis, dan endometritis dapat terjadi setelah proses bersalin (Ramadhan, 2022).

Sedangkan Solusio plasenta atau disebut abruption placenta ablasia placenta adalah separasi prematur plasenta dengan implantasi normalnya di uterus (korpus uteri) dalam masa kehamilan lebih dari 20 minggu dan sebelum janin lahir. Dalam plasenta terdapat banyak pembuluh darah yang memungkinkan pengantaran zat nutrisi dari ibu kejanin, jika plasenta ini terlepas dari implantasi normalnya dalam masa kehamilan maka akan mengakibatkan perdarahan yang hebat. (Andriyani et al., 2022).

Menurut World Health Organization sebanyak 0,3%-2% wanita hamil di seluruh dunia mengalami plasenta previa pada trimester ke-3. 4 dari 1000 kelahiran di dunia mengalami plasenta previa (Hero et al., 2023). Di Indonesia pada tahun 2022 jumlah terjadinya plasenta previa mencapai 1,7%-2,9% (Andriyani et al., 2022). Di Jawa Tengah ada 7% ibu yang mengalami plasenta previa (Mursiti & Nurhidayati, 2020). Sedangkan 2 untuk jumlah operasi sectio caesarea di negara berkembang meningkat mencapai 5-15% per negara, salah satunya yaitu negara Indonesia. Menurut hasil dari Riset Kesehatan Dasar (RKD) pada 2018 prevalensi kelahiran di Indonesia yang menggunakan prosedur operasi sectio caesarea mencapai 17,6% (Ilmu et al., 2022). Di wilayah Jawa Tengah sebanyak 17,5%. Di RSI Sultan Agung Semarang pada

tahun 2020 sebanyak 14 orang mengalami plasenta previa, 8 orang pernah mengalami sectio caesarea, dan 4 orang memiliki riwayat plasenta previa sebelumnya (Ratnawati & Utari, 2022).

Komplikasi yang diakibatkan oleh perdarahan antepartum adalah maternal shock, fetal hypoxia, peningkatan risiko kelahiran prematur, dan kematian janin mendadak. Hal ini menyebabkan perdarahan antepartum memiliki risiko yang tinggi, bahkan juga untuk janin. Selain itu, plasenta previa juga berhubungan dengan kematian neonatal yang meningkat tiga kali lipat akibat prematuritas (Sekiguchi et al., 2014)

Penyebab pastinya plasenta previa belum diketahui, namun hal penyebab yang dapat mengakibatkan plasenta previa antara lain rusaknya endometrium pada kelahiran selanjutnya (Journal & Health, 2020). Riwayat sectio caesarea pada ibu pada kehamilan sebelumnya bukanlah penyebab utama yang dapat mengakibatkan plasenta previa pada hamil berikutnya. Ada penyebab yang dapat menjadi penyebab plasenta previa yaitu usia yang sudah lansia, kelahiran lebih dari satu kali, obesitas, hipoplasia endometrium, aborsi, endometrium cacat, dan riwayat plasenta previa sebelumnya (Karbela et al., 2022).

Peran perawat yaitu harus mempunyai keahlian untuk mencegah dan melaksanakan implementasi asuhan keperawatan yang di tujukan pada ibu post sectio caesarea atas indikasi plasenta previa. Peran ini melibatkan pendekatan promotif yaitu sebagai upaya peningkatan kesehatan dengan memberikan penkes untuk ibu yang memiliki tujuan supaya ibu dapat mandiri, sehingga ibu mampu mengurus luka akibat operasi sectio caesare pada waktu sudah di rumah. Pendekatan preventif adalah mencegah dan meminimalkan risiko yaitu untuk menghindari komplikasi, melalui pengendalian perdarahan, pengendalian kontraksi rahim untuk membantu mobilisasi dini, dan bagaimana merawat luka setelah operasi sectio caesarea yang dapat mencegah risiko infeksi (Ayu Zaharany, 2022).

Berdasarkan latar belakang tersebut diatas, maka mahasiswa keperawatan dalam hal ini ingin membuat atau menyusun makalah yang

berjudul tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit plasenta Previa dan solusio plasenta

#### B. Tujuan

- Tujuan Umum :  
Mahasiswa mampu mengetahui Asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit plasenta previa dan solusio plasenta.
- Tujuan Khusus:
  - 1) Untuk Mengetahui pengertian plasenta previa dan solusio plasenta.
  - 2) Untuk Mengetahui etiologi plasenta previa dan solusio plasenta.
  - 3) Untuk Mengetahui tanda dan gejala plasenta previa dan solusio plasenta.
  - 4) Untuk Mengetahui klasifikasi plasenta previa dan solusio plasenta.
  - 5) Untuk Mengetahui patofisiologi penyakit plasenta previa dan solusio plasenta.
  - 6) Untuk Mengetahui pathways penyakit plasenta previa dan solusio plasenta.
  - 7) Untuk mengetahui Penatalaksanaan penyakit plasenta previa dan solusio plasenta.
  - 8) Untuk Mengetahui Asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit plasenta previa dan solusio plasenta.

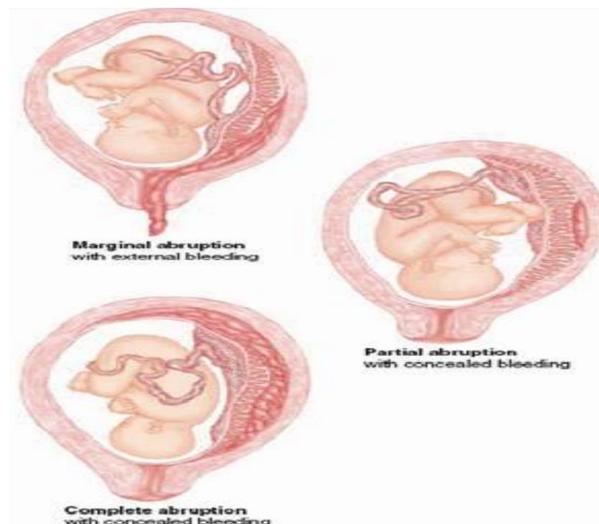
## BAB II

### KONSEP DASAR

#### A. Pengertian

##### 1. Solusio Plasenta

Solusio plasenta atau Abruption plasenta adalah terlepasnya plasenta dari tempat implantasinya yang normal yakni dari uterus, sebelum janin dilahirkan. Kejadian ini biasanya terjadi pada kehamilan dengan usia di atas 22 minggu atau berat janin diatas 500 gr. Proses solusio plasenta dimulai dengan terjadinya perdarahan dalam desidua basalis yang menyebabkan hematoma retroplasenter (Saefuddin AB, 2017). Terlepasnya plasenta dapat sebagian (parsialis), atau seluruhnya (totalis) atau hanya rupture pada tepinya (rupture sinus marginalis) (dr.Handayo,dkk, 2018).



(Gambar 1)

##### 2. Plasenta Previa

Plasenta previa adalah plasenta yang letaknya abnormal, yaitu pada segmen bawah uterus sehingga menutupi sebagian atau seluruh pembukaan jalan lahir (Wiknjosastro, 2014). Plasenta Previa adalah kondisi dimana plasenta berimplantasi menutupi sebagian atau seluruh segmen bawah rahim (Sataloff dkk, 2014). Plasenta previa berdasarkan terabanya jaringan plasenta

melalui jalan lahir diklasifikasikan menjadi plasenta previa totalis yaitu implantasi plasenta menutupi seluruh pembukaan jalan lahir, plasenta previa partialis yaitu plasenta yang implantasinya menutupi sebagian pembukaan jalan lahir, plasenta previa marginalis yaitu plasenta yang implantasinya berada tepat di pinggir pembukaan jalan lahir dan plasenta letak rendah yaitu implantasi plasenta yang terletak 3-4 cm dari pembukaan jalan lahir.



(Gambar 2)

### 3. Kesimpulan :

Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bawa solusio plasenta dan plasenta previa yaitu dua kondisi yang sama dimana terjadi pendarahan di pervaginaan yang dapat terjadi pada kehamilan usia lanjut,perbedaanya yaitu jika Solusio plasenta adalah keadaan dimana terlepasnya plasenta yang letaknya normal pada korpus uteri sebelum bayi lahir. Biasanya terjadi pada triwulan ketiga, walaupun dapat pula terjadi setiap saat dalam kehamilan.

Sedangkan plasenta previa adalah keadaan dimana plasenta berimplantasi pada tempat yang tidak semestinya, yaitu pada segmen bawah rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruh permukaan jalan lahir.

## B. Etiologi

### 1. Solusio Plasenta

Penyebab utama dari solusio plasenta masih belum diketahui dengan jelas. Meskipun demikian, beberapa hal di bawah ini diduga merupakan faktor-faktor yang berpengaruh, yakni :

- a. Hipertensi esensial atau pre eklamsi.
- b. Tali pusat yang pendek karena pergerakan janin yang banyak atau bebas.
- c. Trauma abdomen seperti terjatuh tertelungkup, tendangan anak yang sedang di gendong.
- d. Tekanan rahim yang membesar pada vena cava inferior.
- e. Uterus yang sangat kecil.
- f. Umur ibu (< 20 tahun atau > 35 tahun)
- g. Ketuban pecah sebelum waktunya.
- h. Mioma uteri.
- i. Defisiensi asam folat.
- j. Merokok, alkohol, dan kokain.
- k. Perdarahan retroplasenta.
- l. Kekuatan rahim ibu berkurang pada multiparitas.
- m. Peredaran darah ibu terganggu sehingga suplay darah ke janin tidak ada.
- n. Pengecilan yang tiba-tiba pada hidromnion dan gameli.

### 2. Plasenta Previa

Plasenta previa meningkat kejadiannya pada keadaan-keadaan endometrium yang kurang baik, misalnya karena atrofi endometrium atau kurang baiknya vaskularisasi desidua. Keadaan ini bisa ditemukan pada :

- a. Multipara, terutama jika jarak kehamilannya pendek
- b. Mioma uteri
- c. Kuretasi yang berulang
- d. Umur lanjut (diatas 35 tahun)
- e. Bekas seksio sesaria
- f. Riwayat abortus
- g. Defek vaskularisasi pada desidua

- h. Plasenta yang besar dan luas : pada kehamilan kembar, eriblastosis fetalis.
- i. Wanita yang mempunyai riwayat plasenta previa pada kehamilan sebelumnya
- j. Perubahan inflamasi atau atrofi misalnya pada wanita perokok atau pemakai kokain. Hipoksemia yang terjadi akibat CO akan dikompensasi dengan hipertrofi plasenta. Hal ini terutama terjadi pada perokok berat (> 20 batang/hari).

Keadaan endometrium yang kurang baik menyebabkan plasenta harus tumbuh menjadi luas untuk mencukupi kebutuhan janin. Plasenta yang tumbuh meluas akan mendekati atau menutupi ostium uteri internum. Endometrium yang kurang baik juga dapat menyebabkan zigot mencari tempat implantasi yang lebih baik, yaitu di tempat yang lebih rendah dekat ostium uteriinternum. Plasenta previa juga dapat terjadi pada plasenta yang besar dan yang luas seperti pada eritroblastosis, diabetes mellitus, atau kehamilan multipel.

### C. Tanda dan Gejala

1) Gejala utama plasenta previa adalah perdarahan vagina yang berwarna merah cerah, biasanya tanpa rasa sakit, dan terjadi setelah usia kehamilan berusia 20 minggu. Selain itu, ada juga gejala lain berupa (Senkoro et al, 2017) :

- Kram atau nyeri hebat pada kandungan
- Perdarahan yang berhenti tetapi bisa timbul kembali dalam beberapa hari atau minggu
- Perdarahan setelah melakukan hubungan intim
- Perdarahan selama trimester kedua kehamilan

2) Sedangkan gejala umum solusio plasenta antara lain (Senkoro et al, 2017) :

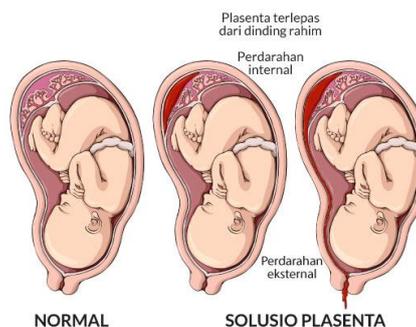
- Nyeri perut atau punggung yang datang secara tiba-tiba
- Kontraksi rahim yang terjadi terus menerus
- Rahim atau perut terasa kencang
- Perdarahan

Gejala solusio plasenta juga dapat muncul secara perlahan. Pada kondisi ini, keluhan yang muncul adalah :

- Perdarahan ringan yang sesekali terjadi
- Cairan ketuban sangat sedikit
- Pertumbuhan bayi lebih lambat dari kondisi normal

### D. Klasifikasi / Stadium

#### 1. Solusio Plasenta



(Gambar 3)

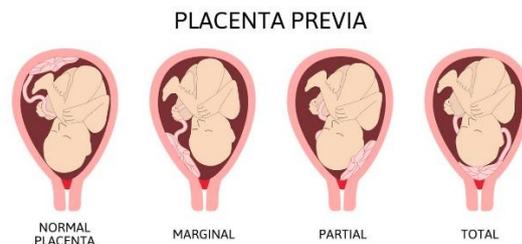
Tingkat keparahan solusio plasenta diukur menggunakan sistem Sherr Severity dan dibedakan menjadi tiga tingkatan, yakni :

- Derajat 1 memiliki perdarahan uterus kurang dari 100 mL, uterus tidak nyeri tekan, dan status janin meyakinkan
- Derajat 2 memiliki rahim yang lunak, status janin yang tidak meyakinkan, dan perdarahan tersembunyi
- Derajat 3 bentuk paling parah yang ditandai dengan kematian janin, syok ibu, dan perdarahan tersembunyi yang luas

Klasifikasi Solusio plasenta menurut derajat pelepasan plasenta yaitu :

- Solusio placenta totalitas, plasenta terlepas seluruhnya
- Solusio plasenta partialis, plasenta terlepas sebagian.
- Ruptura sinus marginalis, sebagian kecil pinggir plasenta yang terlepas.

## 2. Plasenta Previa



(Gambar 4)

Plasenta previa berdasarkan terabanya jaringan plasenta melalui jalan lahir diklasifikasikan menjadi menurut (Cunningham, 2014) :

1. Plasenta previa totalis yaitu implantasi plasenta menutupi seluruh pembukaan jalan lahir.
2. Plasenta previa partialis yaitu plasenta yang implantasinya menutupi sebagian pembukaan jalan lahir.
3. Plasenta previa marginalis yaitu plasenta yang implantasinya berada tepat di pinggir pembukaan jalan lahir.
4. Plasenta letak rendah yaitu implantasi plasenta yang terletak 3-4 cm dari pembukaan jalan lahir..

## E. Patofisiologi

### 1. Solusio Plasenta :

Perdarahan dapat terjadi dari pembuluh darah plasenta atau uterus yang membentuk hematoma pada desidua, sehingga plasenta terdesak dan akhirnya terlepas. Apabila perdarahan sedikit, hematoma yang kecil itu hanya akan mendesak jaringan plasenta, perdarahan darah antara uterus dan plasenta belum terganggu, dan tanda serta gejala pun belum jelas. Kejadian baru diketahui setelah plasenta lahir, yang pada pemeriksaan didapatkan cekungan pada permukaan maternalnya dengan bekuan darah yang berwarna kehitam-hitaman (Manuaba,2014).

Biasanya perdarahan akan berlangsung terus-menerus karena otot uterus yang telah meregang oleh kehamilan itu tidak mampu untuk lebih berkontraksi menghentikan perdarahannya. Akibatnya hematoma retroplasenter akan bertambah besar, sehingga sebagian dan seluruh plasenta lepas dari dinding uterus. Sebagian darah akan menyelundup di bawah selaput ketuban keluar dari vagina atau menembus selaput ketuban masuk ke dalam kantong ketuban atau mengadakan ektravasasi di antara serabut-serabut otot uterus (Sulistyawati,2015).

Apabila ektravasasinya berlangsung hebat, maka seluruh permukaan uterus akan berbercak biru atau ungu. Hal ini disebut uterus couvelaire (perut terasa sangat tegang dan nyeri). Akibat kerusakan jaringan miometrium dan pembekuan retroplasenter, maka banyak trombosit akan masuk ke dalam peredaran darah ibu, sehingga terjadi pembekuan intravaskuler dimana-mana yang akan menghabiskan sebagian besar persediaan fibrinogen. Akibatnya terjadi hipofibrinogenemi yang menyebabkan gangguan pembekuan darah tidak hanya di uterus tetapi juga pada alat-alat tubuh yang lainnya. Keadaan janin tergantung dari luasnya plasenta yang terlepas dari dinding uterus. Apabila sebagian besar atau seluruhnya terlepas, akan terjadi anoksia sehingga mengakibatkan kematian janin (Hutahaean,2014).

Apabila sebagian kecil yang terlepas, mungkin tidak berpengaruh sama sekali, atau juga akan mengakibatkan gawat janin. Waktu sangat menentukan

beratnya gangguan pembekuan darah, kelainan ginjal, dan keadaan janin. Makin lama penanganan solusio plasenta sampai persalinan selesai, umumnya makin hebat komplikasinya ( Joseph dan Nugroho,2016)

Pada solusio plasenta, darah dari tempat pelepasan akan mencari jalan keluar antara selaput janin dan dinding rahim hingga akhirnya keluar dari serviks hingga terjadilah perdarahan keluar atau perdarahan terbuka. Terkadang darah tidak keluar, tetapi berkumpul di belakang plasenta membentuk hematoma retroplasenta. Perdarahan semacam ini disebut perdarahan ke dalam atau perdarahan tersembunyi. Solusio plasenta dengan perdarahan tersembunyi menimbulkan tanda yang lebih khas karena seluruh perdarahan tertahan di dalam dan menambah volume uterus. Umumnya lebih berbahaya karena jumlah perdarahan yang keluar tidak sesuai dengan beratnya syok. Perdarahan pada solusio plasenta terutama berasal dari ibu, namun dapat juga berasal dari anak( Joseph dan Nugroho,2016)

## 2. Plasenta Previa :

Segmen bawah uterus tumbuh dan meregang setelah minggu ke 12 kehamilan, dalam minggu-minggu berikutnya ini dapat menyebabkan plasenta terpisah dan menyebabkan terjadinya perdarahan. Perdarahan terjadi secara spontan dan tanpa disertai nyeri, seringkali terjadi saat ibu sedang istirahat.

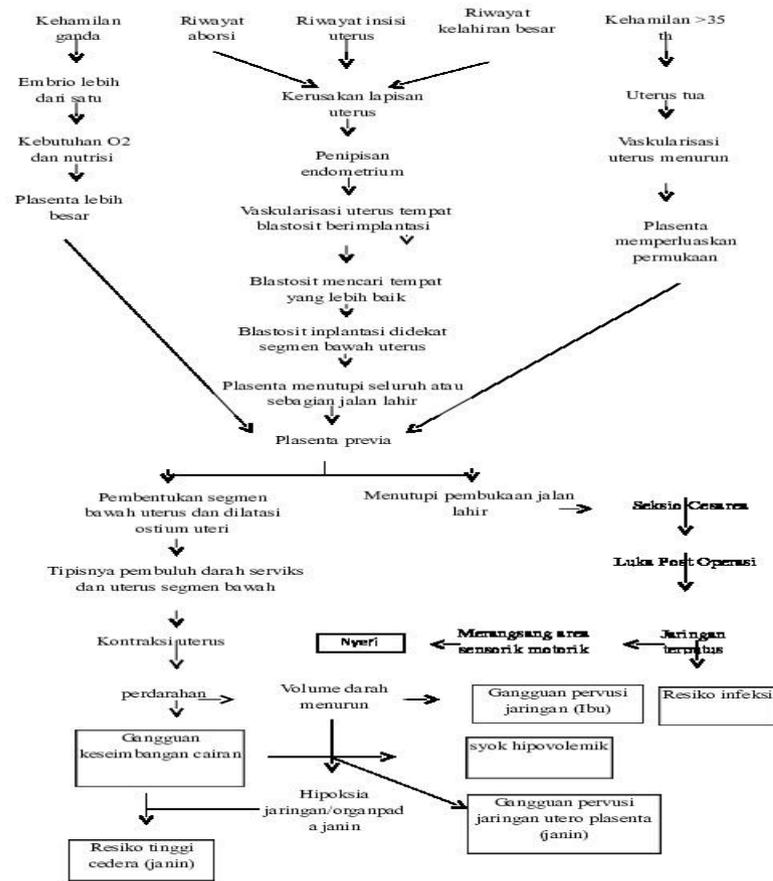
Segmen bawah uterus telah terbentuk pada usia kehamilan 20 minggu. Usia kehamilan yang bertambah menyebabkan segmen-segmen bawah uterus akan melebar dan menipis serta servik mulai membuka. Pelebaran segmen bawah uterus dan pembukaan servik pada ibu hamil dengan plasenta previa dapat menyebabkan terjadinya perdarahan. Darah yang keluar berwarna merah segar, berlainan dengan darah yang disebabkan oleh solusio plasenta yang berwarna merah kehitaman. Sumber perdarahannya adalah robeknya sinus uterus akibat terlepasnya plasenta dari dinding uterus atau karena robekan sinus marginalis dari plasenta. Makin rendah letak plasenta, makin dini perdarahan terjadi karena ketidakmampuan serabut otot segmen bawah uterus untuk berkontraksi (Prawirohardjo,2014).

Plasenta previa dapat mengakibatkan terjadinya anemia bahkan syok, terjadi robekan pada serviks dan segmen bawah rahim yang rapuh, bahkan infeksi pada perdarahan yang banyak sampai dengan kematian (Prawirohardjo,2014).



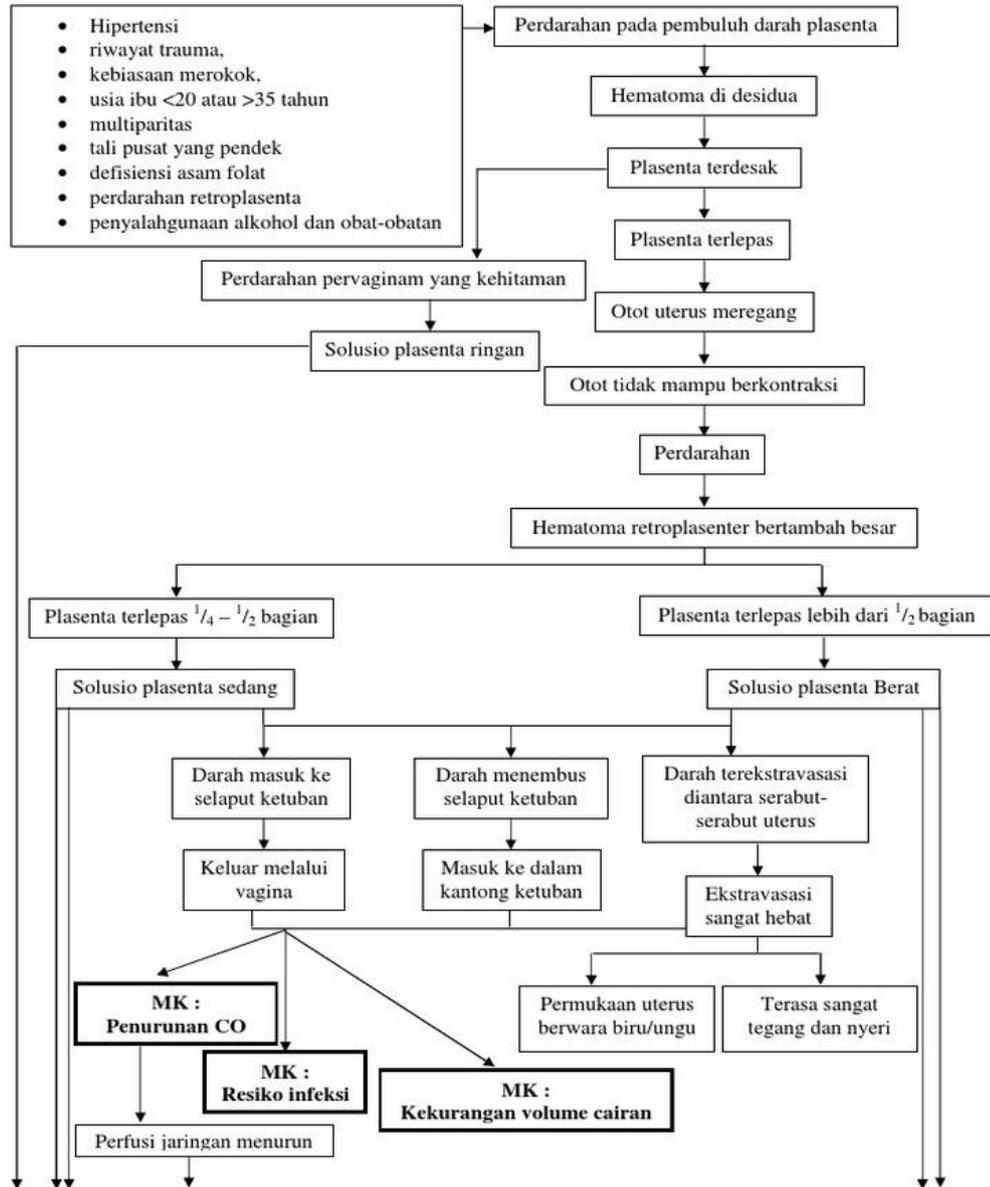
Gambar 5

## F. Pathways



Gambar 4  
(Mendri dan Prayogi,2018)

WOC



Gambar 5  
(Mendri dan Prayogi,2018)

## G. Penatalaksanaan : Medik dan Prinsip Perawatan

Semua pasien atau ibu dengan perdarahan pervaginam pada kehamilan trimester ketiga, harus dirawat dirumah sakit tanpa periksa dalam (*touche vagina*). Bila pasien dalam keadaan syok karena perdarahan yang banyak, harus segera dilakukan perbaikan keadaan umumnya dengan pemberian infus atau transfusi darah (Maryunani dan Yulianingsih, 2017)

### 1. Plasenta Previa

Pratiwi & Fatimah (2019) merekomendasikan hal-hal terkait kondisi plasenta previa pada usia kehamilan trimester kedua dan ketiga sebagai berikut :

- a. Rajin periksa kehamilan
- b. Beraktivitas cukup
- c. Tidak melakukan aktifitas berat tetapi tidak juga malas
- d. Istirahat total

Penanganan perawatan medis tergantung pada lama kehamilan dan jumlah perdarahan (Leifer, 2019). Pertahankan kehamilan yang belum cukup bulan jika kondisi ibu dan janin baik. Tujuannya yaitu memberikan waktu pada paru-paru janin berkembang cukup matang sehingga meminimalisir gangguan pernafasan. Persalinan akan dilakukan pada usia berapapun jika muncul tanda-tanda yang membahayakan ibu dan janin. Ibu hamil sebaiknya berbaring miring atau disangga dengan bantal di bawah salah satu pinggul untuk menghindari hipotensi postural. Pada kondisi plasenta previa sebagian atau total dengan perdarahan ekstensif atau kehamilan sudah dekat maka lakukan tindakan persalinan sectio caesarea (SC). Pada plasenta marginal mungkin dapat dilakukan persalinan secara normal. Kecuali, terjadi kehilangan darah yang berlebih sehingga harus dilakukan persalinan SC.

## 2. Solusio Plasenta

Penanganan kasus-kasus solusio plasenta didasarkan kepada berat atau ringannya gejala klinis, yaitu :

### a. Solusio Plasenta Ringan Ekspektatif

Saat usia kehamilan kurang dari 36 minggu dan bila ada perbaikan (perdarahan berhenti, perut tidak sakit, uterus tidak tegang, janin hidup) dengan tirah baring dan observasi ketat, kemudian tunggu persalinan spontan.

Jika ada perburukan (perdarahan berlangsung terus, gejala solusio plasenta makin jelas, pada pemantauan dengan USG daerah solusio plasenta bertambah luas), maka kehamilan harus segera diakhiri. Bila janin hidup, lakukan seksio sesaria, bila Universitas Sumatera Utara janin mati lakukan amniotomi disusul infus oksitosin untuk mempercepat persalinan.

### b. Solusio Plasenta Sedang dan Berat

Apabila tanda dan gejala klinis solusio plasenta jelas ditemukan, penanganan di rumah sakit meliputi transfusi darah, amniotomi, infus oksitosin dan jika perlu seksio sesaria.

Apabila diagnosis solusio plasenta dapat ditegakkan berarti perdarahan telah terjadi sekurang-kurangnya 1000 ml. Maka transfusi darah harus segera diberikan. Amniotomi akan merangsang persalinan dan mengurangi tekanan intrauterin. Keluarnya cairan amnion juga dapat mengurangi perdarahan dari tempat implantasi dan mengurangi masuknya tromboplastin ke dalam sirkulasi ibu yang mungkin akan mengaktifkan faktor-faktor pembekuan dari hematom subkhorionik dan terjadinya pembekuan intravaskuler dimana-mana. Persalinan juga dapat dipercepat dengan memberikan infus oksitosin yang bertujuan untuk memperbaiki kontraksi uterus yang mungkin saja telah mengalami gangguan.

Gagal ginjal sering merupakan komplikasi solusio plasenta. Biasanya yang terjadi adalah nekrosis tubuli ginjal mendadak yang umumnya masih dapat tertolong dengan penanganan yang baik. Tetapi bila telah terjadi nekrosis korteks ginjal, prognosinya buruk sekali. Pada tahap oliguria, keadaan umum penderita umumnya masih baik. Oleh karena itu oliguria hanya dapat diketahui dengan pengukuran pengeluaran urin yang teliti yang harus secara rutin dilakukan pada penderita solusio plasenta sedang dan berat, apalagi yang disertai hipertensi menahun dan preeklamsia. Pencegahan gagal ginjal meliputi penggantian darah yang hilang, pemberantasan infeksi yang mungkin terjadi, mengatasi hipovolemia, menyelesaikan persalinan secepat mungkin dan mengatasi kelainan pembekuan darah.

Kemungkinan kelainan pembekuan darah harus selalu diawasi dengan pengamatan pembekuan darah. Pengobatan dengan fibrinogen tidak bebas dari bahaya hepatitis, oleh karena itu pengobatan dengan fibrinogen hanya pada penderita yang sangat memerlukan, dan bukan pengobatan rutin. Dengan melakukan persalinan secepatnya dan transfusi darah dapat mencegah kelainan pembekuan darah.

Persalinan diharapkan terjadi dalam 6 jam sejak berlangsungnya solusio plasenta. Tetapi jika itu tidak memungkinkan, walaupun sudah dilakukan amniotomi dan infus oksitosin, maka satu-satunya cara melakukan persalinan adalah seksio sesaria.

Apoplexi uteroplacenta (uterus couvelaire) tidak merupakan indikasi histerektomi. Akan tetapi, jika perdarahan tidak dapat dikendalikan setelah dilakukan seksio sesaria maka tindakan histerektomi perlu dilakukan.

Pemeriksaan ANC (Antenatal Care) juga penting dilakukan oleh ibu hamil untuk mengetahui apakah ada kelainan. Pemeriksaan ANC yang wajib dan disarankan oleh Pemerintah Indonesia adalah sebanyak minimal 6 kali, yakni :

a. 1 kali pemeriksaan pada Trimester pertama

Trimester pertama mulai dari awal kehamilan sampai usia kehamilan 12 minggu. Pada tahap ini, baiknya melakukan ANC sebanyak 1 kali di fasilitas kesehatan oleh tenaga kesehatan. Pemeriksaan pertama juga dapat terjadi saat awal mulai mengalami telat menstruasi.

b. 2 kali pemeriksaan pada Trimester kedua

Trimester kedua dimulai dari kehamilan diatas 12 minggu sampai kehamilan 24 minggu.

c. 3 kali pemeriksaan pada Trimester ketiga

Trimester ketiga dimulai dari usia kehamilan diatas 24 minggu. Pada tahap ini, baiknya melakukan ANC minimal 3 kali di fasilitas kesehatan. Biasanya pemeriksaan tahap ini dilakukan pada usia kehamilan diatas 24 minggu sampai 40 minggu. Trimester kehamilan dihitung mulai dari hari pertama periode haid terakhir atau yang dikenal dengan HPHT.

## BAB III

### KONSEP KEPERAWATAN

#### A. Pengkajian

##### a. Identitas :

Nama klien, nomor RM, umur, jenis kelamin, status perkawinan, pekerjaan, agama, alamat, tanggal MRS, diagnosa medis: diagnosa medis dapat ditegakkan dengan pemeriksaan penunjang, tidak bisa hanya dengan manifestasi klinik yang ada, tanggal pengkajian, dan jam pengkajian.

##### b. Riwayat Kesehatan

###### 1) Keluhan utama

Pasien dengan plasenta previa dan solusio plasenta biasanya akan mengeluh nyeri perut, beberapa ibu hamil dapat mengalami nyeri perut atau kram yang disebabkan oleh kondisi ini. Nyeri tersebut dapat terjadi secara sporadis atau berkepanjangan.

###### 2) Riwayat penyakit sekarang

keluhan biasanya diawali dengan nyeri perut, mual, muntah seperti masuk angin, kontraksi dini yang tidak normal seperti lebih kuat dan lebih lama.

###### 3) Riwayat penyakit dahulu

Tanyakan kepada klien penyakit apa yang pernah di derita klien. Apabila klien pernah menderita penyakit keturunan, maka ada kemungkinan janin yang ada di dalam kandungan tersebut beresiko menderita penyakit yang sama.

###### 4) Riwayat kesehatan keluarga

Tanyakan pada klien apakah mempunyai keluarga yang saat ini sedang menderita penyakit menular atau tidak. Apabila klien mempunyai keluarga yang sedang menderita penyakit menular, sebaiknya bidan menyarankan kepada kliennya untuk menghindari secara langsung atau tidak langsung bersentuhan fisik atau mendekat keluarga tersebut untuk sementara waktu agar tidak menular pada ibu.

5) Riwayat kehamilan

Pasien dengan plasenta previa dan solusio plasenta biasanya mempunyai riwayat operasi pada rahim, kuret, pengangkatan miom, atau operasi caesar.

6) Riwayat keluarga berencana

Tanyakan kepada pasien apakah ia pernah atau sedang memakai/mengonsumsi KB

c. Pola fungsi kesehatan

1) Pola eliminasi

Pola ini biasanya terjadi perubahan pada eliminasi akut karena asupan nutrisi yang kurang sehingga penderita biasanya tidak bisa BAB secara normal. Terjadi oliguria adalah hal yang sering dihadapi klien.

2) Pola aktivitas

Penderita terjadi kelelahan umum dan kelemahan otot, kelelahan, nyeri akan mempengaruhi aktifitas pada penderita.

3) Pola kognitif-perseptual sensori

Perubahan status kesehatan dapat tidak mempengaruhi kemampuan panca indra penglihatan dan pendengaran pada saat dalam tahap penyembuhan.

d. Pemeriksaan umum

Dilakukan dengan cara melakukan pemeriksaan pada tubuh pasien. ujung kepala sampai ujung kaki dengan melihat keadaan pasien.

- Inspeksi, melihat dari ujung kepala sampai ujung kaki dengan melihat keadaan pasien
- Palpasi, peraba suatu sistem organ yang hendak diperiksa
- Perkusi, mengetuk suatu system atau organ
- Auskultasi, dan mendengar suatu system atau organ
- Pada keadaan umum pada pasien keadaan umumnya lemah, dalam pemeriksaan TTV meliputi pemeriksaan tekanan darah, suhu, pernafasan, nadi.

- Pada Breathing (B1) biasanya bentuk dada simetris, pola nafas teratur, tidak ada retraksi dada, otot bantu nafas, frekuensi nafas, penggunaan alat bantu nafas serta tidak ada suara nafas tambahan.
- Pada Blood (B2) biasanya tidak mengalami sianosis, CRT, irama jantung teratur, tekanan darah bisa meningkat atau menurun, bunyi jantung S1, S2 tunggal.
- Pada Brain (B3) kesadaran composmentis, orientasi baik, conjungtiva merah muda, pupil isokor Palpasi, Perkusi, Auskultasi : tidak ada masalah.
- Bladder (B4) biasanya pasien menggunakan kateter, warna urine, kuning kemerahan akibat perdarahan serta adanya gumpalan, berbau amis terdapat berwarna merah segar, sedikit kotor, tidak ada nyeri tekan pada perkemihan.
- Bowel (B5) biasanya mukosa bibir lembab, bibir normal, uterus bisa baik/tidak, terdapat nyeri tekan pada TFU 32 cm, abdomen tympani, terjadi penurunan pada bising usus serta pada
- Bone (B6) turgor kulit elastis, warna kulit sawo matang atau kuning langsung, tidak ada edema, kelemahan otot, tampak sulit bergerak, kebutuhan klien masih dibantu keluarga, payudara menonjol, aerola hitam, puting menonjol, terdapat luka post operasi masih dibalut, terdapat striae, akral hangat Perkusi : reflek patella (+) Auskultasi : tidak ada

#### B. Diagnosa Keperawatan

1. Resiko perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan pendarahan pervaginaan **SDKI (D.0023)**
2. Resiko cedera janin berhubungan dengan riwayat persalinan sebelumnya, Nyeri abdomen **SDKI (D.0138)**
3. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis **SDKI (D.0077)**
4. Ansietes berhubungan dengan krisis situasional **SDKI (D.0080)**
5. Resiko pendarahan berhubungan dengan komplikasi kehamilan **SDKI (D.0149)**

C. Perencanaan

No	Diagnosa Kep	Perencanaan	
		Tujuan ( SLKI )	Intervensi ( SIKI )
1	Resiko perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan pendarahan pervaginaan <b>SDKI (D.0023)</b>	Setelah dilakukan Tindakan selama 3x24 jam diharapkan diharapkan status cairan membaik dengan kriteria hasil <b>(SLKI, L02011)</b> 1. Denyut nadi 80-100x/mnt 2. TD 120/80 mmHg 3. Tugor kulit <2 detik	<b>Manajemen Cairan (I.03098)</b>  <b>Observasi</b> 1. Monitor status hidrasi (mis. frekuensi nadi, kekuatan nadi, akral, pengisian kapiler, kelembapan mukosa, turgor kulit, tekanan darah) 2. Monitor berat badan harian 3. Monitor berat badan sebelum dan sesudah dialisis 4. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (mis. hematokrit, Na, K, Cl, berat jenis urine, BUN) 5. Monitor status hemodinamik

			<p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>6. Catat intake-output dan hitung balans cairan 24 jam</li><li>7. Berikan asupan cairan, sesuai kebutuhan</li><li>8. Berikan cairan intravena, jika perlu</li></ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>9. Kolaborasi pemberian diuretik, jika perlu</li></ol>
--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

No	Diagnosa Kep	Perencanaan	
		Tujuan ( SLKI )	Intervensi ( SIKI )
2	Resiko cedera janin berhubungan dengan riwayat persalinan sebelumnya, Nyeri abdomen <b>SDKI (D.0138)</b>	Setelah dilakukan Tindakan selama 3x24 jam diharapkan tidak terjadi cedera janin dengan kriteria hasil : <b>(SLKI, L00322)</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. DJJ 120-160x/mnt</li> <li>2. Gerakan Janin min kali dlm 6 jam</li> <li>3. Ketubah utuh</li> </ol>	Pemantauan Denyut Jantung Janin <b>(I.02056)</b> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi status obstetric</li> <li>2. Identifikasi riwayat persalinan</li> <li>3. Monitoring denyut jantung selama 1 menit</li> <li>4. Monitor gerak janin (min 10x dlm 12 jam)</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Atur posisi pasien</li> <li>6. Lakukan manuver leopold untuk menentukan posisi janin</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</li> </ol>

No	Diagnosa Kep	Perencanaan	
		Tujuan ( SLKI )	Intervensi ( SIKI )
3.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis <b>SDKI (D.0077)</b>	Setelah dilakukan Tindakan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil <b>(SLKI, L08066)</b> : 1. keluhan nyeri hilang 2. gelisah menurun	Manajemen Nyeri <b>(L.08238)</b> <b>Observasi</b> 1. Identifikasi lokasi,karakteristik durasi,frekuensi,kualitas intensitas nyeri, skala nyeri 2. Identifikasi respon nyeri Nonverbal 3. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 4. Monitor efek samping penggunaan tokolitik <b>Terapeutik</b> 5. Berikan teknik non Farmakologi untuk mengurangi nyeri 6. Fasilitasi istirahat dan tidur <b>Kolaborasi</b> Kolaborasi pemberian analgetik

No	Diagnosa Kep	Perencanaan	
		Tujuan ( SLKI )	Intervensi ( SIKI )
4	Ansietes berhubungan dengan krisis situasional <b>SDKI (D.0080)</b>	Setelah dilakukan Tindakan selama 3x24 jam diharapkan kecemasan menurun dengan kriteria hasil : <b>(SLKI. L09093)</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalasi kebingunan menurun</li> <li>2. Verbalasi khawatir akibat kondisi yang di hadapi menurun</li> <li>3. Perilaku gelisah menurun</li> <li>4. Perilaku tegang menurun</li> </ol>	<b>Reduksi Ansietas (I.09314)</b>  <b>Observasi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji saat tingkat ansietas berubah (mis., kondisi; waktu, stesor)</li> <li>2. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)</li> </ol> <b>Terapeutik</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> <li>4. temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan</li> <li>5. pahami situasi yang membuat ansietas dengarkan dengan penuh perhatian</li> <li>6. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</li> </ol>

			<p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>7. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami</li><li>8. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis</li><li>9. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu</li></ol>
--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

No	Diagnosa Kep	Perencanaan	
		Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
5	Resiko pendarahan berhubungan dengan komplikasi kehamilan <b>SDKI (D.0149)</b>	Setelah dilakukan Tindakan selama 3x24 jam diharapkan tingkat perdarahan (L.02017) menurun dengan kriteria hasil : 1. Membran mukosa lembap meningkat 2. Kelembapan kulit meningkat 3. Tekanan darah membaik 4. Frekuensi nadi membaik 5. Perdarahan pasca operasi menurun	Pencegahan Pendarahan ( <b>I.02067</b> ) <b>Observasi</b> 1. Monitor tanda dan gejala pendarahan 2. Monitor hematokrit atau hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah <b>Terapeutik</b> 3. Pertahankan bedress selama pendarahan 4. Batasi tindakan invasif <b>Edukasi</b> 5. Jelaskan tanda dan gejala pendarahan 6. Anjurkan segera lapor jika terjadi pendarahan <b>Kolaborasi</b> 7. Kolaborasi pemberian obat anti pendarahan

## BAB IV

### PENUTUP

#### A. Kesimpulan

Plasenta previa dan solusio plasenta tetap menjadi penyebab utama perdarahan antepartum, dengan tingkat morbiditas dan mortalitas ibu dan perinatal yang bervariasi. Plasenta previa adalah letak implantasi plasenta abnormal pada segmen bawah rahim sehingga menutupi seluruh atau sebagian dari ostium uteri internum. Perdarahan sebagai salah satu komplikasi dalam kehamilan yang menyumbang kematian ibu dan janin, salah satunya diakibatkan oleh plasenta previa. Plasenta previa dapat menyebabkan perdarahan antepartum dan postpartum serta histerektomi, dan untuk janin bisa menyebabkan BBLR, gangguan pernafasan dan lainnya. Buruknya dampak yang ditimbulkannya, sehingga kehamilan dengan komplikasi plasenta previa perlu mendapat perhatian yang serius guna mencegah hasil yang merugikan. Faktor risiko kejadian plasenta previa bisa dialami oleh wanita dengan riwayat operasi sesar, usia >35 tahun, paritas, riwayat kuretase dan riwayat plasenta previa. Solusio plasenta adalah pelepasan plasenta dari tempat implantasi normalnya di rahim sebelum kelahiran dan merupakan salah satu penyebab perdarahan ibu hamil pada trimester ketiga yang terkait dengan kematian ibu dan janin.

#### B. Saran

- 1) Bagi Tenaga Kesehatan diharapkan dapat melakukan kolaborasi deteksi dini penyakit plasenta previa dan solusio plasenta melalui pemeriksaan USG pada usia kehamilan lebih dari 28 minggu pada ibu hamil. Kemudian memberi upaya preventif terhadap faktor-faktor risiko terjadinya plasenta previa seperti penyuluhan untuk tidak memiliki anak lebih dari dua.
- 2) Bagi Masyarakat terutama Ibu, sebaiknya hamil di usia reproduktif dan melakukan pemeriksaan kehamilan sejak dini dan rutin untuk berbagai faktor risiko yang dapat menyebabkan plasenta previa melalui pemeriksaan ANC rutin sebanyak 6 kali (1 kali di trimester pertama, 2 kali di trimester kedua, dan 3 kali di trimester ketiga) serta USG.

- 3) Bagi Keluarga, Plasenta previa dan komplikasinya dengan tepat tetapi dapat mengatasi masalah ini dengan memperhatikan factor risiko dan melakukan penindaklanjutannya. Hal ini menuntut untuk mendidik ibu dan membuat mereka sadar akan pentingnya perawatan antenatal dan mentahu nasehat yang diberikan oleh tenaga Kesehatan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Dewi, T. P., & Jannah, M. (2022). "Solusio plasenta pada plasenta previa tanpa nyeri abdomen," *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*, 22(3).
- Husain, W. (2020). "Hubungan Kejadian Plasenta Previa dengan Riwayat Kehamilan Sebelumnya," *e-CliniC*, 8(1).
- Prayitno, F. F., Islamy, N., Hussein, M. Z., & Sayuti, M. (2020). Syok Hipovolemik pada Plasenta Previa. *Medical Profession Journal of Lampung*, 10(2), 251-256.
- Vita, P. (2020). "Penatalaksanaan Plasenta Previa Pada Ibu Hamil Tm Iii Di Rsud Syarifah Ambami Rato Ebu Kabupaten Bangkalan," Doctoral dissertation, STIKes Ngudia Husada Madura.

Lampiran (Power Point)

**MAKALAH**  
**ASUHAN KEPERAWATAN MALPRESENTASI DAN MALPOSISI**

Disusun untuk Memenuhi Tugas Mata Kuliah Keperawatan Maternitas

Dosen Mata Ajar : Barkah Wulandari, S.Kep., Ns., M.Kep



**Disusun oleh :**

1. Angelina Anisa Mutmainah (3320224031)
2. Diva Wita Malasari (3320224041)
3. Isma Meimuna (3320224044)

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN**  
**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN NOTOKUSUMO**  
**YOGYAKARTA**

**2024**

## DAFTAR ISI

<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>i</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan .....	2
<b>BAB II KONSEP DASAR</b>	
A. Pengertian .....	4
B. Etiologi .....	5
C. Tanda dan Gejala .....	6
D. Klasifikasi .....	7
E. Patofisiologi .....	9
F. Pathways .....	11
G. Penatalaksanaan Medis .....	12
H. Penatalaksanaan Keperawatan .....	14
<b>BAB III KONSEP KEPERAWATAN</b>	
A. Pengkajian .....	16
B. Diagnosa Keperawatan .....	20
C. Perencanaan .....	20
<b>BAB IV PENUTUP</b>	
A. Kesimpulan .....	22
B. Saran .....	23
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>24</b>

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Kehamilan adalah proses alamiah yang dapat terjadi pada wanita yang sudah pubertas mulai dari pertemuan sel sperma dan ovum hingga tumbuh kembang janin sampai aterm selama lebih kurang 40 minggu. Masa kehamilan terbagi dalam tiga trimester, trimester 1 berlangsung dalam 13 minggu, trimester ke-2 14 minggu (minggu ke- 14 hingga ke-27), dan trimester ke-3 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40) (Hatijar et al., 2020).

Partus lama yaitu persalinan yang berlangsung selama lebih dari 24 jam untuk primipara dan lebih dari 18 jam untuk multipara, partus lama dapat terjadi baik secara langsung ataupun tidak langsung. Partus lama dapat menyebabkan infeksi, kehabisan tenaga, dehidrasi pada ibu, dan dapat mengakibatkan perdarahan postpartum dimana mampu menyebabkan kematian ibu. Sedangkan dampak partus lama bagi janin yaitu dapat meningkatkan kejadian asfiksia, trauma cerebri yang disebabkan adanya penekanan pada kepala janin, bahkan hingga kematian janin (Yuhana, Farida & Turiyani, 2022).

Adapun faktor-faktor yang dapat mempengaruhi lama persalinan diantaranya adalah faktor ibu, faktor janin, dan faktor jalan lahir. Faktor ibu meliputi usia ibu, paritas, dan his. Faktor janin meliputi letak bayi, sikap, malposisi dan malpresentasi, janin besar, dan kelainan kongenital seperti hidrocefalus. Sedangkan faktor jalan lahir diantaranya panggul sempit, tumor pada pelvis, kelainan pada serviks dan vagina (Sitorus & Siahaan, 2018).

Kelainan letak janin (malpresentation) dapat menjadi salah satu factor kejadian KPD. Salah satu contoh malpresentation adalah letak sungsang. Pada letak sungsang, bokong menempati serviks uteri, dengan

keadaan ini pergerakan janin terjadi dibagian terendah karena keberadaan kaki janin yang menempati daerah serviks uteri sedangkan kepala janin akan mendesak fundus uteri yang dapat menekan diafragma dan keadaan ini menyebabkan timbulnya rasa sesak pada ibu hamil yang dapat meningkatkan ketegangan intra uterin sehingga menyebabkan terjadinya KPD (Adista et al., 2021).

Malposisi kepala janin didefinisikan sebagai setiap posisi selain oksiput anterior atau oksiput posterior dan merupakan indikasi yang paling sering untuk tindakan SC pada kala dua persalinan (Tempest N; Navaratnam K; Hapangama, 2015).

Letak sungsang merupakan salah satu penyebab dari partus lama. Klasifikasi dari letak sungsang diantaranya presentasi bokong, presentasi bokong kaki sempurna, presentasi bokong tidak sempurna dan presentasi kaki. Kelainan letak dengan presentasi bokong sering dihubungkan dengan meningkatnya beberapa kejadian komplikasi seperti kesulitan dalam persalinan yang mengakibatkan meningkatnya morbiditas dan mortalitas pada ibu dan bayi (Prihartini et al., 2022).

## **B. Tujuan**

- Tujuan Umum:

Mahasiswa mampu melakukan penatalaksanaan asuhan keperawatan pada ibu dengan malposisi dan malpresentasi.

- Tujuan Khusus:

1. Mahasiswa mampu menjelaskan definisi malposisi dan malpresentasi
2. Mahasiswa mampu menjelaskan etiologi malposisi dan malpresentasi
3. Mahasiswa mampu menjelaskan tanda dan gejala malposisi dan malpresentasi

4. Mahasiswa mampu menjelaskan klasifikasi malposisi dan malpresentasi
5. Mahasiswa mampu menjelaskan patofisiologi malposisi dan malpresentasi
6. Mahasiswa mampu menjelaskan penatalaksanaan medik malposisi dan malpresentasi
7. Mahasiswa mampu menjelaskan prinsip keperawatan malposisi dan malpresentasi

## **BAB II**

### **KONSEP DASAR**

#### **A. Pengertian**

Malposisi merupakan posisi abnormal verteks kepala janin (dengan oksiput sebagai titik acuan) terhadap panggul ibu. Malpresentasi merupakan presentasi janin selain verteks (Yulianti, 2016). Malposisi merupakan posisi abnormal dari vertex kepala janin (dengan ubun-ubun kecil sebagai penanda) terhadap panggul ibu. Malpresentasi adalah semua presentasi lain dari janin selain presentasi vertex (Prawirohardjo, 2016).

Malpresentasi adalah semua presentasi janin selain vertex sementara malposisi adalah posisi kepala janin relative terhadap pelvis dengan oksiput sebagai titik referensi, masalah; janin yang dalam keadaan malpresentasi dan malposisi kemungkinan menyebabkan partus lama atau partus macet (Rukiyah, 2015).

Jadi, Malposisi dan malpresentasi adalah kedua kondisi yang terjadi selama kehamilan dan dapat mempengaruhi proses persalinan. Perbedaannya terletak pada posisi bayi di dalam rahim.

Secara singkat malposisi adalah posisi bayi yang tidak ideal dalam rahim. Misalnya, bayi berada dalam posisi miring di dalam rahim, itu bisa disebut sebagai malposisi. Malposisi dapat mempengaruhi proses persalinan karena posisi bayi yang tidak optimal dapat memperlambat atau menyulitkan persalinan.

Sedangkan malpresentasi yaitu adanya bagian tubuh bayi yang tidak seharusnya masuk untuk pertama kali ke jalan lahir. Presentasi yang paling umum adalah kepala bayi yang menghadap ke bawah. Namun, dalam kasus malpresentasi, bagian tubuh lainnya, seperti bokong atau kaki, mungkin yang terdepan. Salah satu contoh malpresentasi adalah posisi bokong (sungsang), di mana bokong bayi menghadap ke bawah dan kepala menghadap ke atas.

## **B. Etiologi**

### 1. Etiologi **malposisi** pada ibu hamil:

- a. Faktor anatomis, seperti bentuk rahim yang tidak normal atau adanya fibroid dapat menyebabkan malposisi.
- b. Faktor genetik juga bisa memainkan peran dalam kondisi ini, karena beberapa kelainan bawaan dapat mempengaruhi posisi janin dalam rahim.
- c. Trauma atau cedera pada perut selama kehamilan juga dapat menyebabkan malposisi, terutama jika ini memengaruhi struktur rahim atau posisi janin.
- d. Kelainan plasenta seperti placenta previa atau placenta accreta juga dapat berkontribusi pada malposisi janin karena pengaruhnya terhadap struktur rahim dan penempatan janin.  
(Cunningham, 2018)

### 1. Etiologi **malpresentasi** pada ibu hamil:

- a. Faktor anatomis seperti bentuk rahim yang tidak normal atau adanya fibroid bisa memengaruhi posisi janin dalam rahim.
- b. Faktor genetik juga bisa memainkan peran, karena beberapa kelainan bawaan dapat mempengaruhi posisi janin.
- c. Faktor-faktor lingkungan seperti trauma pada perut selama kehamilan atau kelainan plasenta seperti placenta previa juga bisa berkontribusi pada malpresentasi.
- d. Kebiasaan merokok atau konsumsi alkohol juga dapat meningkatkan risiko malpresentasi dengan memengaruhi pertumbuhan janin dan kesehatan rahim ibu.  
(Cunningham, 2018)

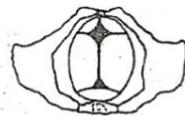
### C. Tanda dan Gejala

1. Tanda dan gejala **malposisi** pada ibu hamil:
  - a. Nyeri atau ketidaknyamanan: Ibu hamil mungkin merasakan nyeri atau ketidaknyamanan di area panggul atau perut akibat posisi bayi yang tidak optimal.
  - b. Pergerakan bayi yang tidak biasa: Pergerakan bayi mungkin terasa tidak biasa atau tidak sebagaimana mestinya, terutama jika bayi terus-menerus berada dalam posisi yang tidak nyaman.
  - c. Perubahan pada detak jantung janin: Detak jantung janin bisa menjadi indikator penting, dan perubahan dalam pola atau kekuatannya mungkin mengindikasikan masalah.
  - d. Sulitnya mengatur posisi tidur: Ibu hamil mungkin merasa sulit untuk menemukan posisi tidur yang nyaman karena posisi bayi yang tidak optimal.
  - e. Perubahan pada ukuran perut: Perut ibu hamil mungkin terlihat berbeda atau terasa lebih berat karena bayi tidak berada dalam posisi yang ideal. (Kilduff, 2016)
2. Tanda dan gejala **malpresentasi** pada ibu hamil meliputi:
  - a. Perasaan tekanan di bagian atas perut: Ibu hamil mungkin merasa tekanan yang kuat di bagian atas perut karena kepala bayi tidak menekan ke bawah seperti biasanya.
  - b. Deteksi bagian bawah rahim: Dokter atau bidan mungkin mendeteksi bagian bawah rahim terasa keras, menunjukkan bahwa bagian bokong bayi yang terletak di bagian bawah.
  - c. Sensasi tidak nyaman di panggul: Ibu hamil mungkin merasa sensasi tidak nyaman atau tekanan di area panggul karena posisi bokong bayi yang tidak biasa.
  - d. Pergerakan bayi yang tidak biasa: Gerakan bayi mungkin terasa tidak biasa atau berbeda dari biasanya karena bayi berada dalam posisi yang tidak biasa.

- e. Kerusakan pada kantung ketuban: Dalam beberapa kasus, kerusakan pada kantung ketuban dapat terjadi karena tekanan yang berbeda pada rahim akibat posisi bokong bayi. (Cunningham, 2018)

#### D. Klasifikasi

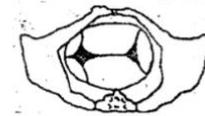
##### 1. Klasifikasi malposisi



Gambar 8. Oksiput Posterior



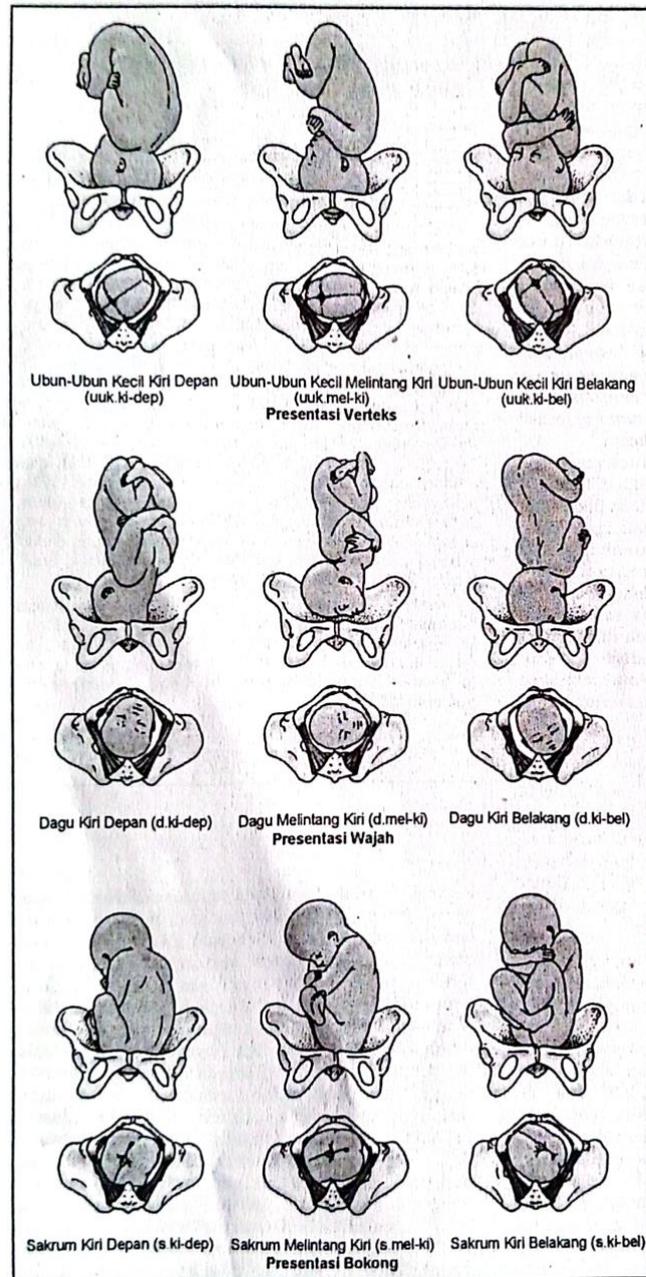
Gambar 9. Oksiput posterior kiri



Gambar 10. Oksiput melintang

- a. Oksiput posterior adalah posisi kepala janin di dalam rahim saat persalinan, di mana bagian belakang kepala bayi berada di dekat tulang panggul ibu. Ini dapat menyebabkan proses persalinan menjadi lebih sulit karena bagian kepala yang lebih besar harus melalui panggul yang lebih sempit. Kondisi ini dapat menyebabkan persalinan yang lebih lama, risiko cedera pada ibu dan bayi, serta kemungkinan perlu intervensi medis seperti operasi caesar.
- b. Oksiput posterior kiri merujuk pada posisi belakang kepala bayi yang berada di sisi kiri dari panggul ibu saat proses persalinan. Ini merupakan salah satu posisi yang dapat memengaruhi jalannya persalinan, karena dapat memperpanjang waktu persalinan dan meningkatkan risiko komplikasi.
- c. Oksiput melintang adalah istilah anatomi yang merujuk pada bagian belakang tengkorak manusia yang terletak di bagian atas leher dan berdekatan dengan tulang belakang leher. Ini merupakan bagian dari tengkorak manusia yang berfungsi sebagai titik tempel untuk otot-otot leher dan bahu

## 2. Klasifikasi malpresentasi



**GAMBAR 20-11** Presentasi janin. (Digambarkan kembali dari Benson, R.C. [1980]. *Handbook of obstetrics and gynecology*, [7 th ed]. Los Altos, CA: Lange Medical Publications.)

(Reeder, 2002)

### a. Presentasi vertex/puncak kepala

Menurut Marmi, dkk (2016) presentasi puncak kepala atau disebut juga presentasi sinsiput, terjadi apabila derajat defleksinya ringan, sehingga ubun-ubun besar menjadi bagian terendah. Pada umumnya presentasi puncak kepala merupakan kedudukan

sementara yang kemudian akan berubah menjadi presentasi belakang kepala.

b. Presentasi wajah/muka

Menurut Cunningham, dkk (2012) presentasi muka merupakan presentasi kepala dengan defleksi maksimal hingga oksiput mengenai punggung dan muka terarah ke bawah. Penyebab presentasi muka yaitu adanya pembesaran leher yang nyata atau lilitan tali pusat di sekitar leher dapat menyebabkan ekstensi, janin anensefalus, panggul sempit, janin sangat besar, paritas tinggi dan perut gantung.

c. Presentasi bokong

Presentasi bokong adalah janin letak memanjang dengan bagian terendahnya bokong, kaki atau kombinasi keduanya. Faktor resiko terjadinya presentasi bokong adalah panggul sempit, terdapat lilitan tali pusat atau tali pusat pendek, kelainan uterus (uterus arkuatum, uterus septum, uterus dupleks), terdapat tumor di pelvis minor yang mengganggu masuknya kepala janin ke pintu atas panggul, plasenta previa, kehamilan ganda (Manuaba, 2008).

## E. Patofisiologi

Patofisiologi **malpresentasi** berhubungan dengan faktor maternal maupun faktor janin yang mengganggu proses pergerakan janin di dalam uterus. Posisi janin sebelum minggu ke-22 kehamilan umumnya masih terus berubah. Namun, seiring bertambahnya usia gestasi, kebanyakan janin akan memasuki presentasi kepala. Bila terdapat faktor yang mengganggu pergerakan janin, dapat terjadi malpresentasi.

Sebelum minggu ke-22 kehamilan, posisi janin umumnya masih terus berubah. Namun setelah itu, akan semakin banyak janin yang bergerak ke posisi normal yaitu posisi longitudinal (searah dengan tulang punggung ibu) dengan presentasi kepala. Setelah mencapai minggu ke-36 kehamilan, umumnya posisi janin mulai menetap dan tidak mengalami perubahan

signifikan. Presentasi kepala (vertex) ini hanya dapat tercapai bila tidak ada kondisi yang mengganggu proses pergerakan janin di dalam kandungan seperti kelainan anatomi janin maupun kelainan uterus.

Presentasi vertex memungkinkan kepala janin untuk mengalami fleksi saat proses persalinan dan mencapai diameter terkecil untuk melewati jalan lahir. Malpresentasi janin dapat menyebabkan persalinan menjadi lebih lama atau macet karena diameter anggota tubuh yang harus melewati pintu panggul menjadi lebih besar.

Patofisiologi **malposisi** pada ibu hamil melibatkan berbagai faktor yang memengaruhi posisi bayi dalam rahim. Salah satu faktor utama adalah ruang yang terbatas di dalam rahim, terutama jika panggul ibu memiliki kelainan anatomi atau jika janin memiliki ukuran yang besar. Hal ini dapat menyebabkan bayi terjepit dalam posisi yang tidak optimal.

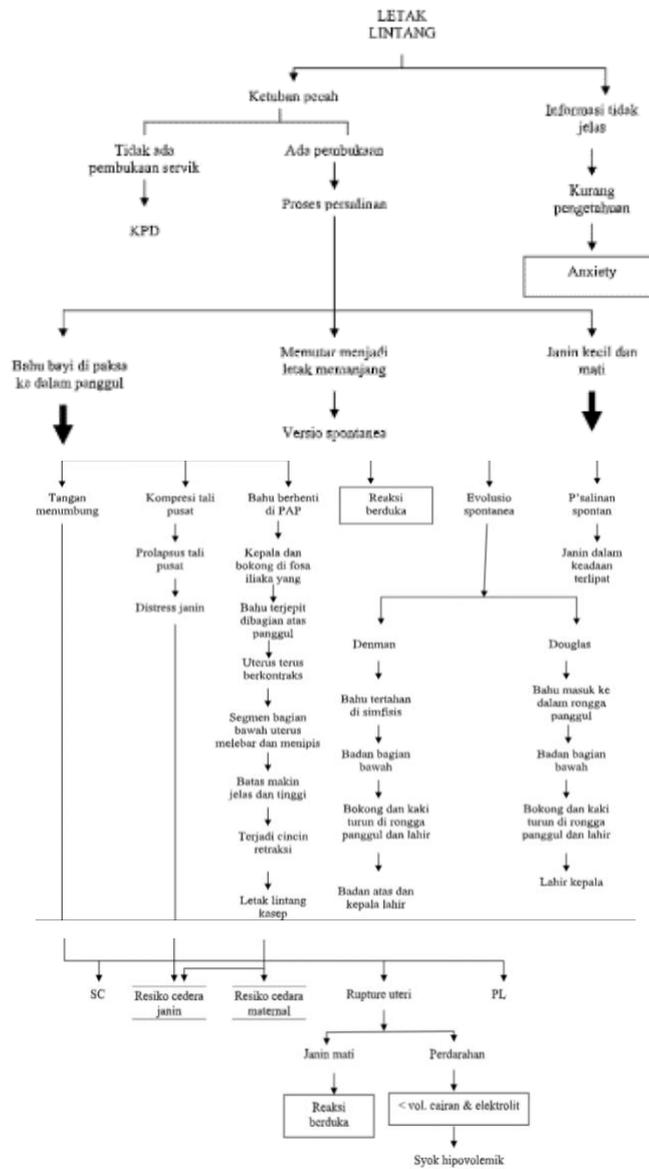
Selain itu, kelemahan otot panggul pada ibu hamil juga dapat mempengaruhi kemampuan bayi untuk bergerak ke posisi yang benar. Otot panggul yang lemah mungkin tidak mampu memberikan dukungan yang cukup untuk membantu bayi bergerak ke posisi yang tepat.

Adanya kelainan struktural pada rahim, seperti mioma atau adanya jaringan parut, juga dapat mempengaruhi posisi bayi dalam rahim. Kelainan ini bisa membuat ruang yang tidak rata atau menyempit, sehingga mempersulit bayi untuk mengambil posisi yang optimal.

Selain faktor-faktor anatomis dan fisiologis, faktor-faktor eksternal seperti posisi tidur ibu selama kehamilan dan aktivitas fisik juga dapat memengaruhi posisi bayi dalam rahim. Misalnya, posisi tidur yang tidak nyaman atau aktivitas fisik yang berlebihan dapat menyebabkan bayi berada dalam posisi yang tidak optimal. (Cunningham, 2018)

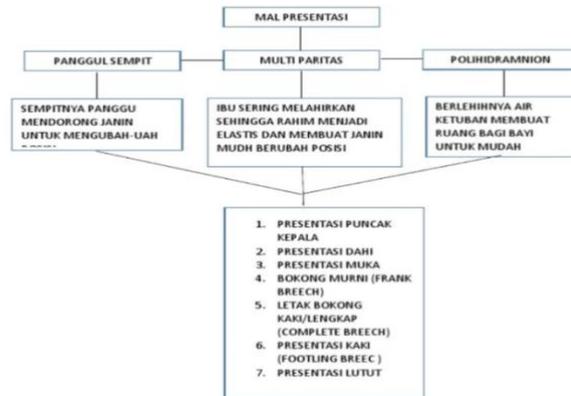
## F. Pathways

### 1. Pathways malposisi



(Doni Ice, 2018)

## 2. Pathways malpresentasi



## G. Penatalaksanaan Medis

### 1. Malposisi

Malposisi pada ibu hamil dapat memerlukan penanganan medis tergantung pada tingkat keparahan dan dampaknya terhadap ibu dan janin. Penanganan medis mungkin meliputi:

- Penilaian dan pemantauan teratur oleh dokter kandungan untuk mengawasi perkembangan kehamilan dan kondisi ibu serta janin.
- Terapi medis untuk mengurangi gejala seperti nyeri atau ketidaknyamanan, seperti pemberian analgesik yang aman bagi ibu hamil.
- Posisi yang nyaman dan terapi fisik yang sesuai untuk membantu memperbaiki posisi janin jika memungkinkan.
- Intervensi medis seperti versi luar atau operasi caesar jika diperlukan untuk memperbaiki posisi janin sebelum persalinan. (Cunningham, 2018)

## 2. Malpresentasi

Penatalaksanaan medis untuk malpresentasi pada ibu hamil tergantung pada berbagai faktor, termasuk usia kehamilan, kesehatan ibu dan janin, serta preferensi ibu dan rekomendasi dokter. Beberapa pendekatan yang mungkin digunakan meliputi:

- a. Pemantauan teratur: Dokter akan melakukan pemantauan teratur terhadap perkembangan kehamilan dan kesehatan janin untuk mengidentifikasi kemungkinan masalah atau komplikasi.
- b. Percobaan pembalikan: Jika janin berada dalam posisi malpresentasi, dokter dapat mencoba untuk membalikkan posisinya ke posisi yang lebih baik melalui prosedur yang disebut versi luar.
- c. Pilihan persalinan: Jika janin tetap dalam posisi malpresentasi, dokter mungkin merekomendasikan persalinan melalui operasi caesar untuk mengurangi risiko komplikasi yang terkait dengan persalinan pervaginam (persalinan melalui jalan lahir).
- d. Diskusi risiko dan manfaat: Dokter akan berdiskusi dengan ibu mengenai risiko dan manfaat dari berbagai opsi penanganan, serta membantu ibu membuat keputusan yang sesuai dengan kebutuhan dan preferensinya.
- e. Persiapan psikologis: Penting bagi ibu untuk mendapatkan dukungan psikologis dan informasi yang memadai tentang proses persalinan, terutama jika persalinan perlu dilakukan melalui operasi caesar.
- f. Pemantauan selama persalinan: Selama persalinan, tim medis akan memantau secara cermat kondisi ibu dan janin, dan mengambil tindakan intervensi jika diperlukan untuk memastikan keselamatan keduanya.

(Cunningham, 2018)

## H. Penatalaksanaan Keperawatan

### 1. Malposisi

- a. Sebaiknya diusahakan mengubah menjadi presentasi kepala dengan versi luar. Sebelum melakukan versi luar harus melakukan pemeriksaan dengan teliti ada tidaknya panggul sempit, tumor dalam panggul, atau plasenta previa yang dapat membahayakan janin dan meskipun versi luar berhasil, janin mungkin akan 4 memutar kembali.
- b. Untuk mencegah janin memutar kembali, ibu dianjurkan menggunakan korset dan dilakukan pemeriksaan antenatal ulangan untuk menilai letak janin.
- c. Konsep solusi yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah ini adalah ibu hamil yang mengalami bedah Caesar akibat letak lintang harus diberikan perawatan dan pengawasan yang intensif. Dari sinilah peran perawat sangat diperlukan.
- d. Perawat harus memberikan perawatan yang komprehensif, berkesinambungan, teliti dan penuh kesabaran dengan solusi penanganan klien dengan memberikan pendidikan kesehatan kepada klien.

### 2. Malpresentasi

- a. Mengajari pasien untuk merubah letak lintang menjadi letak kepala yaitu seperti gerakan bersujud (knee chest) selama 10 menit secara rutin setiap hari sebanyak 2 kali sehari. Biasanya bayi akan berputar dan posisinya kembali normal yaitu kepala berada disebelah bawah rahim (Sarwono, 2007).



- b. Pemantauan Rutin: Melakukan pemantauan rutin selama kehamilan untuk mendeteksi malpresentasi secara dini. Pemeriksaan fisik, termasuk palpasi abdomen dan pencitraan medis seperti ultrasonografi, penting untuk mengidentifikasi posisi janin.
- c. Edukasi dan Konseling: Memberikan edukasi kepada ibu hamil tentang arti malpresentasi, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, serta opsi penanganan yang tersedia. Konseling juga penting untuk membantu ibu memahami pentingnya tindakan yang mungkin diperlukan.
- d. Evaluasi Komplikasi: Menilai kemungkinan komplikasi yang terkait dengan malpresentasi, seperti persalinan sulit atau risiko cedera pada janin. Evaluasi ini memungkinkan perencanaan penanganan yang tepat sesuai dengan kondisi individual ibu dan janin.
- e. Kolaborasi Tim Medis: Berkolaborasi dengan dokter kandungan, bidan, dan anggota tim medis lainnya dalam merencanakan dan mengelola persalinan. Kolaborasi ini memastikan perencanaan dan penanganan yang terkoordinasi dan tepat waktu.
- f. Pemantauan Pasca-Persalinan: Melakukan pemantauan pasca-persalinan terhadap ibu dan bayi untuk mendeteksi adanya komplikasi atau masalah kesehatan lainnya. Ini penting untuk memastikan pemulihan yang optimal bagi ibu dan bayi.
- g. Dukungan Psikososial: Memberikan dukungan psikososial kepada ibu dan keluarganya selama proses kehamilan, persalinan, dan pasca-persalinan. Dukungan ini membantu mengurangi stres dan kecemasan yang mungkin terkait dengan kondisi malpresentasi.

## BAB III

### KONSEP KEPERAWATAN

#### A. Pengkajian

##### 1. Identitas Ibu

Didalam identitas yang beresiko tinggi meliputi umur yaitu ibu yang mengalami kehamilan pertama dengan indikasi letak (primigravida), kehamilan dengan indikasi letak yaitu umur diatas 30 tahun (primigravida), nama, tanggal lahir, alamat, no RM, MRS, tanggal pengkajian.

##### 2. Keluhan utama

Keluhan utama adalah keluhan yang harus ditanyakan dengan singkat menggunakan bahasa yang dipakai pemberi keterangan. Keluhan utama ditanyakan untuk mengetahui alasan klien datang.

##### 3. Riwayat Kesehatan

- a. Riwayat kesehatan sekarang Untuk mengetahui penyakit yang diderita saat ini, PQRST
- b. Riwayat penyakit sistemik Untuk mengetahui apakah klien menderita penyakit seperti jantung, ginjal, asma, hepatitis, DM, hipertensi dan epilepsi atau penyakit lainnya
- c. Riwayat penyakit keluarga Untuk mengetahui apakah dalam keluarga ada yang menderita penyakit menular seperti TBC dan hepatitis, menurun seperti jantung dan DM
- d. Riwayat menstruasi Untuk mengetahui menarche, siklus, lama, banyaknya, haid teratur atau tidak, sifat darah, disminorhoe atau tidak
- e. Riwayat keturunan kembar Untuk mengetahui ada tidaknya keturunan kembar dalam keluarga
- f. Riwayat operasi Untuk mengetahui riwayat operasi yang pernah dijalani

g. Riwayat perkawinan Untuk mengetahui status perkawinan  
kian dan lamanya perkawinan

h. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu.

1) Kehamilan: Untuk mengetahui berapa umur  
kehamilan ibu dan hasil pemeriksaan kehamilan

2) Persalinan: Spontan atau buatan lahir aterm atau  
prematum ada perdarahan atau tidak, waktu persalinan  
ditolong oleh siapa, dimana tempat melahirkan

3) Nifas: Untuk mengetahui hasil akhir persalinan  
(abortus, lahir hidup, apakah dalam kesehatan yang  
baik) apakah terdapat komplikasi atau intervensi  
pada masa nifas dan apakah ibu tersebut mengetahui  
penyebabnya

4) Payudara: Pada pemeriksaan payudara terdapat  
pembesaran payudara, puting susu tidak masuk, tidak  
ada benjolan, adanya hiperpigmentasi pada aerola  
mamae dan papilla mammae.

i. Riwayat kehamilan sekarang

Riwayat kehamilan sekarang perlu dikaji untuk mengetahui  
apakah ibu resti atau tidak, meliputi:

1) Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT)

Digunakan untuk mengetahui umur kehamilan

2) Hari Perkiraan Lahir (HPL)

Hari untuk mengetahui perkiraan lahir

3) Keluhan-keluhan

Untuk mengetahui apakah ada keluhan-keluhan pada  
trimester I, II, dan III

4) Ante Natal Care (ANC)

Mengetahui riwayat ANC, teratur/ tidak, tempat  
ANC, dan saat kehamilan berapa

j. Riwayat Keluarga Berencana

Untuk mengetahui apakah sebelum kehamilannya ini pernah menggunakan alat kontrasepsi atau tidak, berapa lama penggunaannya

4. Pemeriksaan fisik

a. Breath (B1)

- 1) Inspeksi: tidak terjadi peningkatan RR, tidak ada retraksi otot bantu nafas, tidak terjadi sesak nafas, pola nafas teratur, tidak menggunakan alat bantu nafas.
- 2) Palpasi: pergerakan dinding dada sama, vocal premitus sama.
- 3) Perkusi: suara perkusi resonan atau tidak.
- 4) Auskultasi: suara nafas vesikuler, tidak ada suara tambahan seperti wheezing atau ronchi.

b. Blood (B2)

- 1) Inspeksi: Anemis (pucat), tidak ada nyeri dada.
- 2) Palpasi: CRT < 3 detik, tidak cianosis, akral dingin, takikardia.
- 3) Perkusi: Batas jantung normal, tidak ada pembesaran jantung. 30
- 4) Auskultasi: Bunyi S1 dan S2 tunggal, suara jantung regular, tidak ada bunyi jantung abnormal seperti murmur dan gallop.

c. Brain (B3)

- 1) Inspeksi: Kesadaran composmentis (GCS 4-5-6)
- 2) Palpasi: Ada luka di area kepala atau tidak, ada ketombe atau tidak.

d. Bladder (B4)

- 1) Inspeksi: Biasanya terpasang kateter, urine jernih, bau khas amoniak, pemeriksaan penunggeluaran lochea, warna, bau dan jumlah.
- 2) Palpasi: Nyeri tekan uterus yang mungkin ada, penggunaan alat bantu kateter untuk membatasi aktifitas klien ke toilet berhubung untuk mengurangi rasa nyeri Post Op sc

e. Bowel (B5)

- 1) Inspeksi: Mukosa bibir lembab atau kering, bentuk simetris, ada luka Post Op sc pada abdomen bagian bawah, bentuk luka vertikal panjang luka sekitar 15 cm ditutup dengan kasa steril
- 2) Palpasi: Ada nyeri tekan pada luka Post Op sc yaitu pada perut bagian bawah.
- 3) Perkusi: Normal, didapat timpani apabila terdapat cairan abdomen 3l
- 4) Auskultasi: Bising usus menurun 1-5x/menit akibat efek anestesi sehingga terjadi konstipasi

f. Bone (B6)

- 1) Inspeksi: Ada fraktur atau tidak, warna kulit kemerahan atau tidak. Pergerakan klien bebas atau terbatas
- 2) Palpasi: Ada nyeri tekan pada luka Post Op sc Skala kekuatan otot: Ada penurunan kekuatan otot ekstremitas bawah

## B. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya inkontunitas jaringan
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan keletihan dan luka dan nyeri pasca operasi.
3. Resiko infeksi ditandai dengan pembedahan (luka bekas operasi)

## C. Perencanaan Keperawatan

No.	Diagnosa	SLKI	SIKI	Rasional
1.	Nyeri akut b.d terputusnya inkonyunitas jaringan	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 2×24 jam diharapkan nyeri dapat berkurang dengan Kriteria hasil : 1. Klien dan keluarga klien dapat menjelaskan kembali tentang nyeri penyebab nyeri dan 2. Klien dapat melakukan teknik relaksasi dan distraksi saat nyeri 3. Klien merasa nyaman dengan posisi semi fowler 4. Klien dapat mempratekkan kembali teknik relaksasi dan distraksi 5. Tidak terdapat nyeri tekan pada luka post operasi 6. Skala nyeri berkurang 1-3 7. TTV dalam batas normal 8. Nadi normal 9. RR normal	1. Jelaskan pada klien dan keluarga klien tentang nyeri dan penyebab nyeri 2. Anjurkan klien untuk melakukan teknik relaksasi dan distraksi saat nyeri 3. Bantu klien menemukan posisi yang nyaman 4. Ajarkan teknik relaksasi dan distraksi 5. Observasi adanya nyeri tekan pada luka Post Operasi 6. Observasi adanya peningkatan skala nyeri 7. Observasi vital tanda-tanda 8. Observasi nadi 9. Observasi RR 10. Kolaborasi dengan dokter dan tim medis dalam pemberian analgetik	1. Untuk menambah pengetahuan klien dan keluarga tentang nyeri 2. Membantu mengurangi nyeri pada klien 3. Dapat mengurangi ketegangan otot 4. Dapat mengurangi rasa nyeri klien 5. Mengetahui keadaan klien 6. Memantau keadaan klien 7. Analgesik dapat membantu menurunkan rasa nyeri

2.	Gangguan mobilitas b.d keletihan dan luka dan nyeri pasca operasi	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 2×24 jam diharapkan mobilitas meningkat dengan Kriteria hasil : 1. Klien mengerti tentang tujuan dilakukan mobilisasi 2. Aktivitas fisik klien meningkat 3. Mandiri dalam melakukan mobilisasi 4. Pergerakan bebas	1. Jelaskan tentang tujuan dilakukan mobilisasi 2. Ajarkan teknik mobilisasi 3. Anjurkan klien untuk melakukan mobilisasi secara bertahap 4. Monitor tingkat mobilisasi	1. Menambah wawasan klien dan memberi support 2. Melatih mobilisasi klien 3. Meningkatkan mobilisasi pada klien 4. Mengetahui tingkat mobilisasi klien
3.	Resiko infeksi b.d faktor resiko: pembedahan (luka bekas operasi)	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 2×24 jam diharapkan tidak terjadi infeksi selama perawatan dengan Kriteria hasil : 1. Klien dan keluarga klien dapat menjelaskan kembali tentang infeksi dan penyebab infeksi 2. Klien dan keluarga klien terlihat mau untuk mencuci tangan sebelum dan setelah melakukan kegiatan apapun 3. Klien dan keluarga klien dapat menyebutkan tanda-tanda infeksi 4. Tidak ada ruam pada luka klien 5. Tidak ada pus pada luka klien 6. Luka jahitan terlihat baik	1. Jelaskan pada klien dan keluarga klien tentang infeksi dan penyebab klien 2. Anjurkan klien dan keluarga untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan kegiatan apapun 3. Ajarkan pada klien dan keluarga klien tentang tanda-tanda infeksi 4. Observasi tanda ruam pada luka 5. Observasi pus pada luka klien 6. Observasi luka jahitan. 7. Kolaborasi dalam pemberian antibiotic	1. Untuk menambah pengetahuan klien dan keluarga 2. Untuk mencegah terjadinya infeksi pada luka klien 3. Untuk memantau tingkat pengetahuan klien dan keluarga 4. Untuk mengetahui keadaan luka klien 5. Untuk mengetahui agar tidak terjadi infeksi Post Operasi 6. Untuk mengetahui perkembangan luka jahitan 7. Untuk mengobati infeksi

## **BAB IV**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Malposisi merupakan posisi abnormal verteks kepala janin (dengan oksiput sebagai titik acuan) terhadap panggul ibu. Malpresentasi merupakan presentasi janin selain verteks (Yulianti, 2016). Malposisi merupakan posisi abnormal dari vertex kepala janin (dengan ubun-ubun kecil sebagai penanda) terhadap panggul ibu. Malpresentasi adalah semua presentasi lain dari janin selain presentasi vertex (Prawirohardjo, 2016).

Etiologi malposisi pada ibu hamil yaitu terdapat faktor anatomis, faktor genetic, trauma atau cedera, faktor lingkungan, dan kelainan plasenta. Sedangkan etiologi malpresentasi terdiri dari faktor anatomis, faktor genetic, faktor lingkungan, dan kebiasaan merokok atau mengonsumsi alcohol.

Tanda dan gejala malposisi pada ibu hamil yaitu nyeri atau ketidaknyamanan, pergerakan bayi yang tidak biasa, perubahan pada detak jantung janin, sulitnya mengatur posisi tidur, dan perubahan pada ukuran perut. Sedangkan tanda dan gejala malpresentasi yaitu perasaan tekanan di bagian atas perut, bawah rahim terasa keras, sensasi tidak nyaman di panggul, pergerakan bayi yang tidak biasa, dan kerusakan pada kantung ketuban.

Klasifikasi malposisi yaitu terdapat Oksiput posterior, oksiput posterior kiri, dan oksiput melintang. Sedangkan malpresentasi terdapat presentasi vertex/puncak kepala, presentasi wajah/muka, dan presentasi bokong.

## **B. Saran**

### 1. Untuk Mahasiswa:

- a. Pelajari dengan seksama materi tentang malposisi dan malpresentasi pada ibu hamil, termasuk faktor risiko, diagnosis, dan penatalaksanaannya.
- b. Untuk memperluas pengetahuan bagi mahasiswa dengan membaca jurnal ilmiah terkait serta buku teks yang memuat informasi terbaru tentang topik ini.
- c. Mempergunakan sumber daya di perpustakaan atau daring untuk mengakses artikel dan makalah terkini dalam bidang ini.

### 2. Saran untuk Masyarakat:

- a. Tingkatkan kesadaran tentang pentingnya pemeriksaan kehamilan rutin dan konsultasi dengan tenaga medis terkait posisi janin.
- b. Dukung program edukasi tentang kesehatan reproduksi yang mencakup informasi tentang malposisi dan malpresentasi kepada ibu hamil dan keluarganya.
- c. Sediakan akses yang lebih baik kepada layanan kesehatan, termasuk fasilitas pemeriksaan kehamilan dan konsultasi medis, agar ibu hamil dapat memantau kehamilan mereka secara teratur.
- d. Dorong adopsi gaya hidup sehat seperti nutrisi yang seimbang dan aktivitas fisik yang teratur selama kehamilan, yang dapat membantu mengurangi risiko terjadinya masalah seperti malposisi dan malpresentasi.
- e. Dukung kampanye untuk meningkatkan kesadaran akan tanda dan gejala yang harus diperhatikan serta langkah-langkah yang harus diambil jika terjadi malposisi atau malpresentasi pada ibu hamil.

## DAFTAR PUSTAKA

- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., & Casey, B. M. (2018). *Williams Obstetrics*, 25th Edition. McGraw-Hill Education.
- Doni Ice, 2018. Laporan pendahuluan Letak Lintang <https://bangsalsehat.blogspot.com/2018/05/laporan-pendahuluan-lp-letak-lintang.html>
- Manuaba, Ida Bagus Gde. 2015. *Pengantar Kuliah Obstetri*. EGC: Jakarta Marmi, dkk. 2016. *Asuhan Kebidanan Patologi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Mochtar, Rustam. 2015. *Sinopsis Obstetri*. EGC: Jakarta
- Marmi, dkk. 2016. *Asuhan Kebidanan Patologi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Rukiyah, Ai Yeyeh. 2017. *Buku Asuhan Kebidanan Patologi*. Jakarta: Trans Info Media
- Saifuddin, A. 2014. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiharohardjo
- SARI, V. R. (2021). *ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY “D” MASA HAMIL SAMPAI DENGAN KB DI BPM YULIANA, SST* (Doctoral dissertation, Universitas Islam Lamongan)
- Tutik Iswanti, S. S. T., Keb, M., Maringga, E. G., Dintya Ivantarina, S. S. T., Keb, M., Damayanti, M., & Keb, M. (2023). *Buku Ajar Asuhan Kegawatdaruratan Pada Persalinan*. Mahakarya Citra Utama Group.