

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN NY. E USIA 25 TAHUN
G1P0A0 PARTURIENT 40–41 MINGGU KALA I FASE AKTIF
DENGAN PRESENTASI BOKONG
DI RSUD dr. SLAMET GARUT**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Diajukan Untuk Menyelesaikan Program Studi D-3 Kebidanan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan STIKes Karsa Husada Garut

**NASYWA HASNA NAFISAH
KHGB22017**



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI DIPLOMA TIGA KEBIDANAN**

2025

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa:

1. Laporan Tugas Akhir saya ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik (AMd.Keb). baik dari STIKes Karsa Husada Garut maupun perguruan lain.
2. Laporan Tugas Akhir ini murni gagasan, rumusan saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain kecuali tim arahan pembimbing.
3. Dalam Laporan Tugas Akhir ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis dan dipublikasikan orang lain kecuali secara tertulis dengan jelas di cantumkan sebagai acuan dalam naskah pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila di kemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidak benaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima akademik berupa pencabutan gelar yang telah di peroleh karena karya ini, serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di STIKes Karsa Husada Garut.

Garut, Juni 2025

**Nasywa Hasna Nafisah
KHGB22017**

LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN NY. E USIA
25 TAHUN G1 P0 A0 PARTURIENT 40–41 MINGGU KALA
I FASE AKTIF DENGAN PRESENTASI BOKONG DI RSUD
dr. SLAMET GARUT**

NAMA : NASYWA HASNA NAFISAH

NIM : KHGB22017

LAPORAN TUGAS AKHIR

Laporan Tugas Akhir ini disetujui untuk disidangkan dihadapan
Tim Penguji Program Studi D3 Kebidanan STIKes Karsa Husada Garut
Garut, Juni 2025

Menyetujui
Pembimbing

Bdn. Dessy syswiyanti,S.ST.,M.Kes

NIK: 043298.1029.067

Menyetujui
Ka. Prodi D3 Kebidanan

Lina Humaeroh,SST.,M.Kes

NIK : 043298.1009.064

LEMBAR PENGESAHAN
LAPORAN TUGAS AKHIR

**JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN NY. E
USIA 25 TAHUN G1 P0 A0 PARTURIENT 40–41
MINGGU KALA I FASE AKTIF DENGAN PRESENTASI
BOKONG DI RSUD dr. SLAMET GARUT**

**NAMA : NASYWA HASNA NAFISAH
NIM : KHGB22017**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Laporan Tugas Akhir ini telah disidangkan dihadapan
Tim Penela'ah Program Studi DIII Kebidanan
STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juni 2025

Mengesahkan,

Pembimbing

(Bdn.Desy Syswianti, SST, M. Kes)

Penela'ah I

Penela'ah II

(Bilqis Ar Rohman, M. Tr. Keb)

(Hj. Esa Risi Suazini, AM.Keb., M.K.M)

**Mengesahkan,
Program Studi DIII Kebidanan
Ketua,**

(Lina Humaeroh, SST, M.Kes)

KATA PENGANTAR

Bissmillahirrahmanirrahim, puji syukur kehadiran Allah SWT karena atas rahmat kesehatan, kemampuan dan kegigihan yang senantiasa diberikan kepada penulis sehingga mampu menyusun Karya Tulis Ilmiah dengan judul “ **ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN NY. E USIA 25 TAHUN G1 P0 A0 PARTURIENT 40–41 MINGGU KALA I FASE AKTIF DENGAN PRESENTASI BOKONG DI RSUD dr. SLAMET GARUT**” yang dilaksanakan pada tanggal 12 Maret – 14 Maret 2025, Sholawat dan salam semoga senantiasa tercurahkan pada baginda nabi besar Muhammad SAW, nabi yang telah mengantarkan ummat manusia dari zaman jahiliyah menuju zaman kecerdasan seperti yang kita rasakan saat ini.

Dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini, penulis menyadari masih banyak kekurangan dan masih jauh dari sempurna baik dalam penyusunan tata bahasa maupun penulisan, oleh karena itu dengan segala kerendahan hati penulis membuka diri untuk menerima kritik dan saran.

Dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini tidak lepas dari bantuan baik perkuliahan, bimbingan, saran-saran maupun fasilitas-fasilitas dari berbagai pihak yang tidak ternilai harganya, pada kesempatan ini, penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. DR. H, Hadiat MA. Selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada
Insani Garut.
2. H. Suryadi, SE, M. Si., Selaku Ketua Pengurus Yayasan Dharma Husada
Insani Garut

3. H. Engkus Kusnadi, S.Kep.,M.Kes. Selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.
4. Lina humaeroh,S.ST.,M.Kes. Selaku Ketua Prodi D3 Kebidanan STIKes Karsa Husada Garut
5. Dessy Syswiyanti, S.ST.,Bdn.,M.Kes selaku pembimbing yang telah meluangkan waktunya untuk memberikan saran dan masukannya kepada penulis demi sempurnanya karya tulis ilmiah ini.
6. Bilqis Ar-Rohman, M.Tr.Keb Selaku penguji I yang telah meluangkan waktunya untuk menguji dan memberikan masukannya.
7. Hj.Esa Risi Suazini, AM.Keb.,M.KM selaku II penguji yang telah meluangkan waktunya untuk menguji dan memberikan masukannya.
8. Para Dosen dan Staf Kependidikan dan Tata Usaha di lingkungan STIKes Karsa Husada Garut, yang telah memberikan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat serta motivasi selama penulis mengikuti pendidikan.
9. Ny.E yang telah bersedia menjadi pasien dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini, terimakasih atas kerjasamanya selama melakukan asuhan.
10. Kedua orang tua penulis yang telah memberikan do'a restu, semangat dan kasih sayang serta dukungan moril maupun materil.
11. Kakak dan adik ku yang senantiasa memberikan semangat dukungan serta do'a kepada penulis.

12. Kepada rekan seperjuangan Terima kasih telah menjadi salah satu penyemangat, pendengar keluh kesah dalam penulisan

13. Rekan-rekan mahasiswi seperjuangan Program Studi D3 Kebidanan terutama kelas 3A, yang mana telah memberikan dukungan maupun semangat kepada penulis.

Akhir kepada semua pihak yang telah membantu penyusunan ini, penulis mengucapkan terimakasih dan semoga Allah senantiasa melimpahkan Rahmat dan Hidayah-Nya kepada kita semua, Amin.

Garut, Juni 2025

Penyusun

DAFTAR ISI

LEMBAR PERNYATAAN	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	vii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan.....	5
1.2.1 Tujuan Umum.....	5
1.2.2 Tujuan Khusus.....	5
1.3 Metode Pengumpulan Data.....	6
1.4 Tempat dan Waktu Pengkajian.....	8
1.4.1 Tempat Pengkajian.....	8
1.4.2 Waktu Pengkajian	8
1.5 Manfaat Penulisan	8
1.5.1 Manfaat Teoritis	8
1.5.2 Manfaat Praktis.....	8
BAB II TINJAUAN TEORI.....	9
2.1 Persalinan Presentasi Bokong	9
2.1.1 Pengertian Persalinan Presentasi Bokong	9
2.1.2 Jenis-Jenis Presentasi Bokong.....	10
2.1.3 Etiologi Persalinan Presentasi Bokong.....	12
2.1.4 Patofisiologis Presentasi Bokong	17
2.1.5 Diagnosis Persalinan Presentasi Bokong.....	19
2.1.6 Persalinan Presentasi Bokong	21
2.2 Etiologi	27
2.3 Indikasi	28
2.4 Komplikasi	28
2.5 Episiotomi	29

2.5.1 Pengertian	29
2.5.2 Tujuan Episiotomi	30
2.5.3 Etiologi	30
2.5.4 Jenis-jenis Episiotomi	31
2.5.5 Manifestasi Klinis.....	33
2.5.6 Indikasi Episiotomi.....	34
2.5.7 Kontraindikasi Episiotomi	34
2.5.8 Resiko Episiotomi	34
2.5.9 Pemeriksaan Penunjang Menurut.....	35
2.5.10 Perawatan Postpartum Episiotomi	35
2.6 Asfiksia Neonatorum	37
2.6.1 Definisi Asfiksia Neonatorum.....	37
2.6.2 Etiologi	38
2.6.3 Diagnosis Asfiksia Janin dalam Rahim	39
2.6.4 Bayi Baru Lahir dengan Resusitasi Teknik JAIKAP	41
2.7 Konsep Dokumentasi	43
2.7.1 Definisi.....	43
2.7.2 Manfaat Dan Tujuan Dokumentasi	43
2.8 Metode Pendokumentasian	44
BAB III TINJAUAN KASUS	46
3.1 Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin Ny. E Usia 25 Tahun G1 P0 A0 Parturient 40–41 Minggu Kala I Fase Aktif dengan Letak Sungsang Presentasi Bokong	46
3.2 Asuhan Persalinan Kala II.....	54
3.3 Asuhan Persalinan Kala III	56
3.4 Asuhan Kebidanan Kala IV	58
3.5 Asuhan Kebidanan Ibu Nifas Ny. E 25 Tahun P1 AO 6 Jam Post Partum	60
3.6 Asuhan Kebidanan Ibu Nifas Ny. E 25 Tahun P1A0 Post Partum 1 hari	62
3.7 Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir By Ny. E	64
3.8 Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir By Ny. E usia 1 Hari	66
BAB IV PEMBAHASAN	70
4.1. Subjektif.....	70
4.2 Objektif	72

4.3 Analisis	73
4.4 Penatalaksanaan	74
4.5 Pendokumentasian.....	77
BAB V_KESIMPULAN	79
5.1 Kesimpulan	79
5.2 Saran	80
DAFTAR PUSTAKA	81
LAMPIRAN	

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : SOP Persalinan Sungsang

Lampiran 2 : SOP Episiotomi

Lampiran 3 : SOP Asfiksia Neonatorum

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Letak sungsang merupakan salah satu penyulit dalam proses persalinan, di mana bagian terbawah janin yang memasuki panggul adalah bokong atau tungkai, sementara kepala berada di fundus uteri. Kondisi ini bisa meningkatkan risiko partus lama hingga partus macet, serta memperbesar kemungkinan terjadinya kematian janin saat persalinan (Prajatna, 2022). Berdasarkan data terkini, sebelum usia kehamilan 34 minggu, sekitar 20–25% janin berada dalam posisi sungsang, namun angka ini menurun menjadi 3–4% setelah kehamilan mencapai cukup bulan (Fitriyani, 2024).

Secara global, presentasi sungsang atau malpresentasi janin lainnya menjadi salah satu penyumbang tingginya morbiditas dan mortalitas neonatal. Menurut *World Health Organization* (2023), komplikasi akibat malpresentasi berkontribusi terhadap sekitar 12–15% kematian neonatal di negara berkembang. WHO juga mencatat bahwa pada kehamilan kurang dari 34 minggu, sekitar 20–25% janin masih dalam posisi sungsang, namun angka ini menurun drastis menjadi 3–4% setelah kehamilan cukup bulan (Fitriyani, 2024).

Di tingkat nasional, kejadian presentasi bokong pada kehamilan tunggal cukup bulan berkisar 3–4%, yang sebagian besar terjadi pada ibu dengan kehamilan pertama maupun multipara (Azizah, 2023). Kementerian Kesehatan RI (2022) menggolongkan malpresentasi sebagai salah satu

penyebab utama persalinan lama dan partus macet, yang berujung pada intervensi operatif seperti seksio sesarea dan risiko komplikasi pascapersalinan.

Persalinan dengan presentasi bokong ditemukan pada 2,8% kasus persalinan rujukan, terutama dari wilayah dengan angka paritas tinggi dan keterbatasan dalam deteksi dini. Keterlambatan diagnosis sering terjadi di fasilitas pelayanan dasar karena kurangnya pemeriksaan fisik dan pemantauan yang optimal (Dinas Kesehatan Jawa Barat 2023).

Di Kabupaten Garut menunjukkan bahwa dari seluruh kasus rujukan obstetri di RSUD dr.Slamet, 5,2% atau sebanyak 93 kasus disebabkan oleh presentasi bokong, dengan sebagian besar terjadi pada kehamilan cukup bulan (≥ 37 minggu). Ketidaktertanganan awal menyebabkan peningkatan angka persalinan lama dan tindakan seksio sesarea, serta morbiditas ibu dan bayi (Profil Kesehatan Kabupaten Garut 2023).

Prevalensi sungsang meningkat dari 14% pada primipara, menjadi 24% pada multipara, dan hingga 30% pada grandemultipara. Ini menunjukkan bahwa paritas tinggi merupakan salah satu faktor risiko utama (Wardoyo, 2023). Penelitian lain juga menyatakan bahwa rahim yang sudah longgar akibat paritas tinggi memudahkan perubahan posisi janin menjadi tidak fisiologis seperti sungsang (A. D. Putri 2022). Selain itu, penelitian Maulida tahun 2023 di RSUD Dr. Soetomo Surabaya menyimpulkan bahwa usia ibu < 20 tahun dan > 35 tahun, status gizi kurang, dan kehamilan ganda turut meningkatkan risiko presentasi bokong secara bermakna (Maulida 2023).

Komplikasi akibat presentasi bokong dapat sangat serius. Bagi ibu, risiko utama meliputi perdarahan postpartum, laserasi jalan lahir, dan infeksi. Sementara pada bayi, dapat terjadi asfiksia, trauma lahir, distosia kepala setelah bokong, hingga kematian neonatal. Penanganan yang lambat atau tidak tepat dapat memperparah kemungkinan terjadinya komplikasi (S. Wahyuni 2023).

Upaya penanganan dengan presentasi bokong sangat tinggi karena dapat meningkatkan angka morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi bila tidak tertangani dengan cepat dan tepat. Deteksi dini melalui pemeriksaan palpasi Leopold, auskultasi DJJ yang terdengar di atas umbilikus, serta konfirmasi posisi janin melalui USG merupakan langkah penting dalam mencegah komplikasi Intervensi seperti versi luar, induksi, atau persalinan operatif dapat dipertimbangkan sesuai kondisi klinis ibu dan janin (N. Happy 2021).

Permasalahan yang mempengaruhi sungsang pada kesehatan perempuan merupakan posisi janin sungsang di pengaruhi oleh berbagai kondisi kesehatan ibu seperti kelainan rahim, posisi plasenta, volume ketuban, dan kehamilan ganda. Posisi ini dapat menimbulkan berbagai komplikasi kesehatan serius bagi perempuan, termasuk perdarahan, trauma persalinan, infeksi, dan risiko, psikologi. Pencegahan dan penanganan yang tepat seperti pemeriksaan rutin dan prosedur *External Cephalic Version* (ECV) sangat penting untuk mengurangi risiko (Morula, 2024).

Dalam hal regulasi, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (permenkes) No. 2 Tahun 2025 tentang penyelenggaraan upaya kesehatan

reproduksi memberikan dasar hukum bagi tenaga kesehatan, khususnya bidan, untuk melakukan pelayanan komprehensif terkait kesehatan ibu, termasuk pelayanan kebidanan pada kehamilan dengan komplikasi seperti malpresentasi janin. Peraturan menteri kesehatan republik indonesia ini menggantikan Permenkes No. 21 Tahun 2021 dan menekankan pentingnya pelayanan berbasis siklus hidup reproduksi dan kondisi khusus kehamilan (P. RI 2025).

Peran bidan dalam hal ini mempunyai kompetensi dalam mendeteksi menangani kasus persalinan sungsang, baik dalam pencegahan, deteksi dini, maupun penanganan selama persalinan. Bidan juga bertugas memberikan asuhan kebidanan yang komprehensif pada ibu hamil dengan letak sungsang, termasuk melakukan deteksi dini faktor risiko, memberikan edukasi, dan melakukan persalinan jika memungkinkan, atau merujuk jika diperlukan. Namun bidan juga memiliki kewenangan untuk melakukan persalinan sungsang pervaginam, terutama pada kasus – kasus tertentu (P. RI 2025).

Melihat pentingnya penanganan yang tepat terhadap presentasi bokong, serta tingginya risiko komplikasi yang ditimbulkan, maka penulis tertarik untuk menyusun Karya Tulis Ilmiah dengan judul:

“Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin Ny. E Usia 25 Tahun G1 P0 A0 Parturient 40–41 Minggu Kala I Fase Aktif dengan Presentasi Kaki di RSUD dr. Slamet Garut.”

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Melaksanakan asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny.E usia 25 tahun G1 P0 A0 parturient 40–41 minggu kala I fase aktif dengan presentasi Bokong sesuai manajemen kebidanan menggunakan pendekatan varney dan pendokumentasian SOAP.

1.2.2 Tujuan Khusus

- 1) Melakukan pengkajian data subjektif pada Ny. E usia 25 tahun G1 P0 A0 parturient 40-41 minggu kala I fase aktif dengan presentasi Bokong di RSUD dr. Slamet Garut dengan menggunakan pendokumentasian SOAP.
- 2) Melakukan pengkajian data objektif pada Ny. E usia 25 tahun G1 P0 A0 parturient 40-41 minggu kala I fase aktif dengan presentasi Bokong di RSUD dr. Slamet Garut.
- 3) Melakukan Analisa pada Ny. E usia 25 tahun G1 P0 A0 parturient 40-41 minggu kala I fase aktif di RSUD dr. Slamet Garut.
- 4) Melakukan Penatalaksanaan pada Ny. E usia 25 tahun G1 P0 A0 parturient 40-41 minggu kala I fase aktif di RSUD dr. Slamet Garut.
- 5) Melakukan Pendokumentasian pada Ny. E usia 25 tahun G1 P0 A0 parturient 40-41 minggu kala I fase aktif di ruang VK RSUD dr. Slamet Garut.

1.3 Metode Pengumpulan Data

Metode yang digunakan penulis dalam Laporan Tugas Akhir ini yaitu menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Adapun Teknik Pengumpulan data sebagai berikut :

1) Data Primer

a) Wawancara

Wawancara adalah tanya jawab yang terjadi antara orang yang mencari informasi (pewawancara) dengan orang yang memberi informasi (narasumber) yang bertujuan untuk mendapatkan informasi atau data yang dibutuhkan penulis dari pasien dan keluarga yang dapat mendukung dalam pemberian asuhan.

b) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik merupakan salah satu cara untuk mengetahui gejala atau masalah yang dialami oleh pasien. Pada pemeriksaan fisik bertujuan untuk mengumpulkan data tentang kesehatan pasien dan mengevaluasi pelaksanaan tindakan yang diberikan.

c) Pemeriksaan penunjang

Yaitu untuk mengetahui status emosional, pola interaksi dengan ibu/keluarga serta tenaga kesehatan yang memberikan asuhan, pandangan ibu/keluarga tentang masalah yang sedang di hadapi dan pengetahuan ibu/keluarga tentang kesehatan.

d) Observasi

Mengumpulkan data langsung dari RSUD dr.Slamet Garut, yang berarti penelitian bersama dengan partisipasi.Membantu peneliti memperoleh banyak informasi tersembunyi dan mungkin akan terungkap selama wawancara.

2) Data Sekunder

Data penunjang untuk mengidentifikasi masalah dan untuk melakukan tindakan. Data sekunder ini dapat diperoleh dengan mempelajari kasus atau dokumentasi pasien serta catatan asuhankebidanan dan studi perpustakaan. Data sekunder diperoleh dari :

a) Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi adalah sumber informasi yang berhubungan dengan dokumen, baik dengan dokumen-dokumen resmi ataupun tidak resmi. Diantaranya biografi dan catatan harian. Pada kasus bayi baru lahir dengan hiperbilirubin dari catatan status pasien di RSUD dr.Slamet Garut.

b) Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan adalah bahan-bahan pustaka yang sangat penting dan sangat menunjang latar belakang teoritis. Pada kasus ini kepustakaan dari buku, laporan penelitian, majalah ilmiah, jurnal, dan sumber terbaru terbitan tahun 2015-2024 dan Rekam Medik RSUD dr. Slamet Garut.

1.4 Tempat dan Waktu Pengkajian

1.4.1 Tempat Pengkajian

Pengkajian dilakukan di ruang VK RSUD dr. Slamet Garut.

1.4.2 Waktu Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 10–11 Februari 2025.

1.5 Manfaat Penulisan

1.5.1 Manfaat Teoritis

Sebagai sumber informasi ilmiah dalam memperluas wawasan dan pengetahuan tentang asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan presentasi bokong.

1.5.2 Manfaat Praktis

1) Bagi Penulis

Meningkatkan kemampuan dalam memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif.

2) Bagi Masyarakat

Sebagai bentuk edukasi tentang pentingnya pemeriksaan kehamilan untuk deteksi dini letak janin.

3) Bagi Institusi Kesehatan

Memberikan masukan dalam pengembangan pelayanan kebidanan sesuai SOP.

4) Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai referensi pembelajaran dan bahan kajian mahasiswa dalam memahami kasus persalinan letak sungsang.

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Persalinan Presentasi Bokong

2.1.1 Pengertian Persalinan Presentasi Bokong

Presentasi bokong merupakan kondisi ketika bagian bawah janin yang mendekati jalan lahir adalah bokong, sedangkan kepala berada di bagian atas rahim (fundus uteri). Kondisi ini tergolong sebagai malpresentasi dan biasanya ditemukan pada sekitar 3–4% dari seluruh kehamilan cukup bulan. Jenis malpresentasi ini berpotensi menimbulkan komplikasi selama persalinan jika tidak ditangani dengan tepat (K. K. RI 2022).

Persalinan presentasi kaki adalah suatu keadaan di mana bagian tubuh janin yang pertama kali memasuki jalan lahir adalah satu atau kedua kakinya (Mochtar, 2020), presentasi kaki merupakan variasi dari presentasi sungsang di mana kaki janin mendahului bokong saat memasuki jalan lahir. Menambahkan bahwa kondisi ini terjadi bila kaki menjadi bagian terendah janin, bukan bokong, sehingga meningkatkan risiko komplikasi saat persalinan (Manuaba, 2022).

Berdasarkan beberapa pendapat tersebut, dapat disimpulkan bahwa persalinan presentasi kaki adalah kondisi di mana kaki janin menjadi bagian terendah yang memasuki jalan lahir, termasuk dalam presentasi sungsang tidak sempurna, dan memiliki risiko tinggi terhadap komplikasi persalinan.

2.1.2 Jenis-Jenis Presentasi Bokong

- 1) Presentasi bokong murni (*Frank breech*, 50-70%). Pada ada presentase bokong akibat ekstensi kedua sendi lutut, kedua kaki terangkat keatas sehingga ujungnya terdapat setinggi bahu atau kepala janin. Dengan demikian pada pemeriksaan dalamnya hanya teraba bokong.
- 2) Presentasi bokong kaki sempurna (*complate breech*, 5-6%). Pada presentasi bokong sempurna di samping bokong dapat di raba kaki.
- 3) Presentasi bokong kaki tidak sempurna dan presentasi kaki (*incomplate or footling*, 10-30%). Pada presentasi bokong kaki tidak sempurna hanya terdapat satu kaki di samping bokong, sedangkan kaki yang lain terangka keatas. Pada presentasi kaki bagian paling rendah adalah satu atau dua kaki (A. Happy 2021).
- 4) Pada persalinan sungsang terjadi tahapan berikut: bokong lahir, diikuti bahu & dada (perut), lalu kepala. Adapun waktu terbatas untuk kepala setelah badan lahir adalah(± 8 menit). Jika melewati itu, risiko kematian atau cedera meningkat tajam. Rincian tiap bagian:
 - a) Bokong (presentasi utama) Lahir pertama, waktunya relatif cepat biasanya dalam hitungan menit, tanpa ambang resmi yang disebutkan secara kuantitatif dalam literatur, karena bagian ini mudah menyesuaikan jalan lahir.
 - b) Perut/Bahu (trunk) Segera setelah bokong lahir, badan bagian atas termasuk perut dan bahu akan menyusul. Tahap ini juga berlangsung

cepat, biasanya hanya beberapa menit, karena fungsi fisiologis jalan lahir bekerja normal.

- c) Kepala Setelah seluruh badan lahir, waktu kritis dimulai: maksimum (8 menit) untuk lahirnya kepala. Saat kepala belum keluar dalam rentang ini, risiko hipoksia dan kematian bayi meningkat drastis karena tidak ada adaptasi seperti (moulage kepala pada presentasi vertex).

Penanganan dan manajemen pertolongan persalinan presentasi bokong

- 1) Metode Bracht: Setelah bokong lahir, tenaga penolong cukup memegang bokong dan membiarkan tubuh keluar tanpa terlalu menarik, kemudian memperhatikan urutan lahir perut dan kepala.
- 2) Kontrol ketat waktu: Kepala harus lahir dalam (≤ 8) menit. Jika ada keterlambatan, segera intervensi (misalnya SC darurat atau manuver Mauriceau-Smellie-Veit) Bagian bagian persalinan persentasi bokong yaitu :
 - a) Bokong lahir dalam hitungan menit (tiap kasus bisa berbeda).
 - b) Perut/bahu menyusul langsung setelah bokong, juga menit-menit.
 - c) Kepala harus selesai lahir ≤ 8 menit setelah badan; lebih lama (risiko serius).

contohnya yaitu seperti jarak menit antara bokong-perut, perut-kepala), itu bervariasi tergantung kondisi ibu, bayi, dan tenaga penolong; tapi literatur menyepakati batas maksimum 8 menit sejak badan lahir sampai kepala lahir.

2.1.3 Etiologi Persalinan Presentasi Bokong

Penyebab letak sungsang dapat berasal dari faktor janin maupun faktor ibu, diantaranya: Beberapa penyebab umum letak sungsang adalah:

1) Dari faktor janin

a) Gemeli (kehamilan ganda)

Kehamilan dua janin atau lebih dalam rahim sehingga menyebabkan terjadinya perebutan tempat. Setiap janin berusaha mencari tempat yang lebih nyaman, sehingga ada kemungkinan bagian tubuh yang lebih besar (yakni bokong janin) berada di bagian bawah Rahim.

b) Poli Hidramnion

Didefinisikan jumlah air ketuban melebihi normal (lebih dari 2000 cc) sehingga hal ini bisa menyebabkan janin bergerak lebih leluasa walau sudah memasuki trisemester ke tiga.

c) Hidrocephalus

Keadaan dimana terjadi penimbunan cairan serebropinalis dalam vartikel otak, sehingga kepala menjadi besar serta terjadi pelebaran sutura-sutura dan ubun-ubun. Karena ukuran kepala janin terlalu besar dan tidak dapat berakomodasi dibagian bawah uterus, maka sering di temukan dalam letak sungsang.

2) Faktor ibu

a) Usia Ibu

Ibu hamil yang berusia di bawah 20 tahun atau di atas 35 tahun memiliki risiko lebih tinggi mengalami persalinan dengan presentasi

bokong. Pada usia muda, sistem reproduksi, termasuk otot rahim dan ligamentum penyangga, mungkin belum berkembang dan matang sepenuhnya sehingga janin memiliki ruang gerak lebih bebas untuk tidak berputar ke posisi kepala. Sedangkan pada ibu berusia lanjut (>35 tahun), terjadi penurunan elastisitas rahim dan otot panggul akibat proses penuaan, yang dapat menghambat janin untuk berputar ke posisi kepala di bawah (Sari and Pratiwi 2023).

Penelitian menunjukkan bahwa prevalensi presentasi bokong lebih tinggi pada ibu hamil usia ekstrem dibandingkan usia optimal (20–35 tahun), dengan odds ratio 2,1 (CI 95%, $p < 0,05$), menegaskan bahwa usia ibu adalah faktor risiko penting dalam posisi janin (A. D. Putri 2022).

b) Paritas

Wanita dengan paritas tinggi (lebih dari dua kali persalinan) cenderung memiliki tonus otot rahim dan otot panggul yang menurun karena peregangan berulang selama persalinan sebelumnya. Kondisi ini menyebabkan ruang dalam rahim menjadi lebih longgar, sehingga janin memiliki lebih banyak ruang gerak yang meningkatkan kemungkinan posisi sungsang (L. R. Putri 2022).

Dalam studi mengungkapkan bahwa ibu dengan paritas ≥ 3 memiliki risiko 1,8 kali lebih besar mengalami letak sungsang dibandingkan primipara. Hal ini disebabkan oleh lemahnya tonus otot penyangga

yang membuat janin kurang terjaga posisi kepala di bawah saat kehamilan lanjut (Handayani and Mulyati 2017).

c) Bentuk dan Struktur Rahim

Kelainan bentuk rahim, seperti rahim bikornuatus (rahim dua tanduk) atau rahim septat (bersekat), dapat mengurangi ruang gerak janin dan menyebabkan janin sulit berputar ke posisi kepala bawah (Nugroho, 2022). Selain itu, keberadaan mioma uteri (tumor jinak pada rahim) secara mekanis dapat menghalangi janin melakukan putaran sehingga posisi sungsang lebih sering terjadi (Sari and Pratiwi 2023).

d) Volume Cairan Ketuban

Volume cairan ketuban yang abnormal, baik polihidramnion (kelebihan cairan ketuban) maupun oligohidramnion (kekurangan cairan ketuban), berpengaruh pada posisi janin. Polihidramnion menyebabkan janin lebih leluasa bergerak sehingga risiko tidak berputar ke posisi kepala bawah meningkat. Sebaliknya, oligohidramnion membatasi ruang gerak janin dan dapat memaksa janin tetap dalam posisi sungsang (Kusuma, 2023).

Dewi dan Utami melaporkan hubungan signifikan antara polihidramnion dengan letak sungsang ($p < 0,01$), dengan kemungkinan risiko 2,4 kali dibanding kehamilan dengan volume cairan normal. Studi ini menyoroti pentingnya monitoring volume ketuban selama kehamilan (Dewi & Hana, 2021)

e) Plasenta Previa

Plasenta previa yang menutupi sebagian atau seluruh serviks akan menghalangi jalan lahir sehingga kepala janin tidak dapat masuk ke panggul. Akibatnya, janin cenderung mempertahankan posisi bokong sebagai bagian terendah (Hidayat, 2024).

Yulianti & Firdaus mengamati 50 kasus plasenta previa, dimana 60% janin berada dalam posisi sungsang, dan hubungan ini signifikan secara statistik ($p=0,03$). Plasenta previa merupakan salah satu komplikasi kehamilan yang perlu diwaspadai karena risiko letak janin abnormal (Yulianita, Rosyidah, and Widowati 2023).

Wanita yang pernah melahirkan bayi dengan presentasi bokong memiliki kemungkinan lebih besar untuk mengulang kondisi serupa pada kehamilan berikutnya, yang mengindikasikan adanya faktor predisposisi, baik anatomis maupun fisiologis (Pratama, 2023).

Dalam studi retrospektifnya menemukan risiko ulang letak sungsang sebesar 15%, dan ibu dengan riwayat letak sungsang sebelumnya memiliki peluang 3 kali lebih besar mengalami presentasi yang sama pada kehamilan berikutnya ($p<0,05$) (Andriani, 2021).

f) Kehamilan Ganda

Kehamilan kembar atau lebih membatasi ruang gerak janin karena ruang rahim yang terbagi dan lebih sempit. Hal ini menyebabkan salah satu atau kedua janin sulit untuk berputar ke posisi kepala di bawah, sehingga risiko presentasi bokong meningkat (Samita, 2023).

Dalam kehamilan kembar, frekuensi presentasi sungsang mencapai 25%, jauh lebih tinggi dibandingkan kehamilan tunggal yang hanya sekitar 3–4%. Pengawasan lebih ketat diperlukan pada kehamilan ganda (Wibowo, 2022).

g) Kelainan Janin

Kelainan janin seperti anensefali (tidak berkembangnya sebagian besar otak dan tengkorak) atau hidrosefalus (penumpukan cairan diotak) menyebabkan bentuk kepala abnormal dan berat janin yang tidak seimbang sehingga janin sulit melakukan putaran (Rizky, 2024).

Dari 20 kasus kelainan janin, 65% memiliki posisi sungsang, menunjukkan bahwa kelainan janin adalah faktor risiko penting untuk presentasi bokong (Nasution, 2021).

h) Kondisi Kesehatan Ibu

Penyakit seperti diabetes gestasional dapat menyebabkan janin mengalami makrosomia (berat badan besar), sehingga kepala sulit masuk ke panggul dan janin tetap dalam posisi bokong. Hipertensi pada ibu juga berkontribusi terhadap gangguan plasenta dan posisi janin (Hartono, 2023).

Diabetes gestasional meningkatkan risiko presentasi sungsang hingga 2,5 kali dibandingkan ibu tanpa diabetes ($p < 0,05$). Kondisi kesehatan ibu yang buruk memerlukan pemantauan intensif agar persalinan berlangsung aman (Sutrisno, 2022).

i) Aktivitas Fisik dan Gaya Hidup

Kurangnya aktivitas fisik selama kehamilan, gaya hidup sedentari, dan posisi duduk yang terlalu lama dapat mempengaruhi posisi janin dalam rahim. Walaupun bukti ilmiah masih terbatas dan membutuhkan penelitian lebih lanjut, beberapa studi mengindikasikan hubungan antara aktivitas ibu dengan posisi janin (Amelia, 2023).

Ibu hamil dengan aktivitas fisik rendah cenderung memiliki presentasi bokong 1,5 kali lebih tinggi, namun hasil ini belum konklusif sehingga diperlukan studi lanjutan (Lestari & Handayani, 2021).

2.1.4 Patofisiologis Presentasi Bokong

Menurut perjalanan terjadinya Presentasi Bokong adalah sebagai berikut:

1) Awal Kehamilan (Trimester I–II):

Pada usia kehamilan <28 minggu, posisi janin masih sering berubah-ubah (mobile) karena ukuran janin masih kecil relatif terhadap volume cairan ketuban. Ruang dalam rahim masih cukup luas, pada tahap ini, presentasi bokong masih dianggap normal dan tidak menetap.

2) Trimester III Awal (28–32 Minggu)

Janin mulai membesar, dan ruang gerak semakin sempit. Biasanya, janin mulai berputar ke posisi cephalic (kepala di bawah) karena kepala lebih berat sehingga gravitasi menarik ke bawah.

Bentuk rahim yang lebih sempit di bagian bawah mendukung kepala untuk “terjebak” di situ. Bila tidak ada hambatan, janin akan berhasil masuk ke presentasi kepala (normal).

3) Terjadi Gangguan Faktor-Faktor Penentu Posisi Janin

Salah satu atau lebih faktor berikut menyebabkan gagalnya rotasi ke bawah kelainan rahim (bicornuate, septate, fibroid). Volume ketuban abnormal (terlalu banyak atau terlalu sedikit). Prematuritas (janin terlalu kecil, mudah bergerak, tidak sempat atau belum berputar).

- (a) Plasenta previa (menghalangi jalan kepala ke bawah).
- (b) Multiparitas (rahim longgar sehingga posisi janin tidak stabil).
- (c) Kelainan janin (tonus otot lemah sehingga sulit berputar).

4) Posisi Janin Menetap dalam Sungsang (≥ 36 Minggu):

Akibat faktor di atas, janin gagal melakukan rotasi ke cephalic. Bagian terendah dalam rahim tetap adalah bokong atau kaki. Bokong tertanam di bagian bawah rahim, menjadi bagian presentasi. Ini dinamakan presentasi bokong menetap.

5) Menjelang Persalinan (≥ 37 Minggu):

Presentasi bokong sekarang menjadi masalah klinis, Persalinan pervaginam sulit dan berisiko. Dipertimbangkan persalinan dengan sectio caesarea, terutama jika primigravida (Dinda, Saleha, and Haruna 2021).

2.1.5 Diagnosis Persalinan Presentasi Bokong

1) Anamnesis :

a) Riwayat Kehamilan dan Persalinan Sebelumnya

Menanyakan apakah ibu pernah mengalami persalinan dengan letak sungsang pada kehamilan sebelumnya sangat penting. Riwayat ini menunjukkan adanya predisposisi anatomis atau fisiologis yang meningkatkan risiko presentasi bokong berulang (Pratama, 2023).

b) Usia Kehamilan dan Perkembangan Kehamilan Saat Ini

Mengetahui usia kehamilan dapat membantu menentukan kemungkinan posisi janin, karena letak janin biasanya berputar ke kepala bawah pada trimester akhir. Jika janin masih dalam posisi bokong menjelang persalinan, risiko presentasi bokong meningkat (Sari and Pratiwi 2023).

c) Keluhan Utama Ibu Hamil

Ibu dapat melaporkan keluhan berupa posisi tendangan janin yang tidak biasa. Pada letak sungsang, tendangan janin biasanya dirasakan di bawah perut atau daerah panggul, bukan di atas perut bagian atas seperti pada letak kepala bawah (Wulandari & Santoso, 2024).

d) Riwayat Kelainan Rahim atau Kehamilan Ganda

Adanya riwayat kelainan bentuk rahim (seperti rahim bikornuatus) atau kehamilan ganda yang dibicarakan dalam

anamnesis akan membantu bidan atau dokter mengantisipasi kemungkinan presentasi sungsang (Wibowo, 2022).

e) Penyakit Penyerta dan Kebiasaan Ibu

Menanyakan kondisi kesehatan ibu, seperti diabetes gestasional, hipertensi, dan kebiasaan gaya hidup, karena hal-hal ini juga dapat memengaruhi posisi janin (Hartono, 2023).

2) Pemeriksaan palpasi leopold

Leopold I : Fundus teraba kepala, bulat, keras, melenting.

Leopold II : Bagian kanan atau kiri teraba punggung atau bagian kecil janin.

Leopold III : Teraba bokong agak bulat, lunak tidak melenting.

3) Pemeriksaan auskultasi

Pada pemeriksaan ini puctum maksimum/letak DJJ yang paling jelas diatas umbilikal.

4) Pemeriksaan USG

Kesan terlihat kepala diatas fundus.

5) Pemeriksaan dalam (*vaginal taucher*)

Teraba sacrum, anus, tuber ischiadicum, kadang-kadang kaki atau lutut.

Perlu di bedakan beberapa perbedaannya dalam hasilnya sebagai berikut:

a) Apabila menemukan lubang kecil tanpa tulang, tidak ada hisapan, terdapat mekonium. Kesimpulannya adalah anus.

b) Apabila menekan lubang, menghisap, lidah, prosesua zigomatikus.

Maka kesimpulannya adalah mulut.

- c) Apabila menemukan tumit, sudut 90% dengan jari-jari rata maka kesimpulannya adalah kaki.
- d) Apabila menemukan jari-jari panjang tidak rata dan terdapat sudut maka dapat di simpulkan hal tersebut adalah tangan.
- e) Apabila teraba patella dan poplitea, maka kesimpulannya adalah lutut (A. Happy 2021).

2.1.6 Persalinan Presentasi Bokong

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

1) Persalinan pervaginam

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

a) Persalian spontan (*Spontaneous Breech*)

Merupakan tahap pertama dimana persalinan yang dilahirkan dengan kekuatan dan tenaga ibu sendiri, pada umumnya persalinan dalam letak sungsang berlangsung lebih lama, karena his sering kalitidak begitu kuat. Ini disebabkan bokong atau pantat tidak begitu keras seperti kepala sehingga tekanannya pada bagian bawah rahim pun menjadi kurang. Adapun mekanisme persalinan yaitu :

- (a) Tahap pertama (fase lambat) yaitu mulai lahirnya bokong sampai pusat (skapula depan). Fase ini hanya untuk melahirkan bokong yang tidak berbahaya tahapan lahirnya bokong yaitu garis pangkal

paha (diameter bitrokanteriksa) masuk miring/melintang ke dalam pintu atas panggul, terjadi laterofleksi dan badan janin menyesuaikan diri dengan lengkung panggul. Saat bokong depan tampak dipulva trokanter mayor depan sebagai hipomokklion. Lalu terjadi laterofleksi badan janin dan disusul lahirnya bokong belakang melalui perineum dan lahir bokong depan.

(b) Tahap kedua (fase cepat) yaitu di mulai dari lahirnya pusar sampai mulut, pada fase ini kepala janin mulai masuk pintu atas panggul dan kemungkinan tali pusat terjepit sehingga fase ini harus segera di selesaikan dan tali pusat segera dilonggarkan.

(c) Tahap ketiga (fase lambat) yaitu mulai lahirnya mulut sampai seluruh kepala lahir, kepala harus dilahirkan secara perlahan-lahan untuk menghindari terjadinya perdarahan intra kranial (adanya rupture tentorium). Tahapan lahirnya kepala yaitu pada saat bahu lahir kepala berada pada keadaan fleksi dengan ukuran miring/melintang pintu atas panggul. Kepala putar paksi sedemikian rupa sehingga kuduk/leher bagian belakang di bawah symphysis dan dagu sebelah belakang. Dengan suboksiput sebagai hipomokklion maka lahirnya berturut-turut melalui perineum dagu, mulut, hidung, dahi, dan belakang kepala.

2) Manual Aid (*Partial Reece Extraction; Assisted Breech Delivery*)

Cara ini merupakan tahap kedua, dimana untuk melahirkan bahu dan lengan janin dengan tenaga dan kekuatan ibu, sebagian lagi

tenaga penolong. Ada beberapa cara dalam Manual Aid, diantaranya:

a) Cara Klasik/ Deventer

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

b) Muller

Prinsipnya yaitu melahirkan bahu dan lengan depan lebih dahulu dengan ekstraksi kemudian melahirkan bahu dan lengan belakang. Bokong janin di pegang secara femuro – pelviks

dengan kedua jari penolong diletakkan sejajar spina sacralis media, jari telunjuk pada crista illiaca dan jari-jari lain mencengkram pahabagian depan. Badan janin ditarik curam ke bawah sampai bahu depan tampak dibawah simpisis dan lengan depan dilahirkan dengan mengait lengan bawahnya. Seelah bahu dan lengan depan lahir maka badan janin yangmasih dipegang secara femuro-pelviks ditarik ke atas sampai bahu belakang lahir. Bila bahu belakang tak lahir dengan sendirinya maka lengan belakang di lahirkan dengan mengait lengan bawah dengan kedua jari penolong. Keuntungannya yaitu tangan penolong tidak masuk jauh ke dalam jalan lahir sehingga bahaya infeksi minimal.

c) Cara Bickenbach's

Merupakan kombinasi antara muller dengan klasik namun tekniknya hampir sama dengan cara klasik. Teknik ini dapat disebut dengan melahirkan lengan menunjuk. Yang dimaksud lengan menunjuk ialah bila salah satu lengan janin melingkar di belakang leher dan menunjuk ke suatu arah. Posisi lengan semacam ini tidak mungkin dilahirkan karena tersangkut di belakang leher, maka lengan tersebut harus dapat di ubah sehingga terletak didepan dada. Bila lengan belakang yang menunjuk, maka badan atas janin dicengkam dengan kedua tangan penolong, sehingga jari-jari lain mencengkam dada.

Badan anak diputar searah dengan arah lengan menunjuk ke arah belakang, sehingga lengan tersebut terletak didepan dada dan menjadi lengan belakang. Kemudian lengan ini dilahirkan dengan klasik.

d) Lovset

Pada prinsipnya yaitu memutar badan janin dalam setengah lingkaran bolak-balik sambil dilakukan traksi awam ke bawah sehingga bahu yang sebelumnya berada di belakang akhirnya lahir di bawah simfisis (Prajatna 2022).

Pertolongan persalinan letak sungsang secara fisiologis dilakukan menurut metode Brach. Kegagalan pertolongan secara brach diikuti oleh persalinan dengan ekstraksi bokong partial atau dengan ekstraksi bokong total yang dapat menimbulkan komplikasi. Komplikasi persalinan letak sungsang dapat dibagi sebagai berikut:

1) Komplikasi pada ibu

Trias komplikasi ibu: Perdarahan, infeksi (endometritis) dan robekan jalan lahir (pada vagina/serviks). Robekan jalan lahir pada saat persalinan sungsang baik pada vagina ataupun serviks.

2) Komplikasi pada bayi

Trias komplikasi pada bayi: asfiksia, trauma persalinan, infeksi.

a) Asfiksia bayi, dapat disebabkan oleh kemacetan persalinan kepala (aspirasi air ketuban-lendir), perdarahan atau oedema jaringan otak, kerusakan medula oblongata, kerusakan persendian tulang leher, kematian bayi akibat asfiksia berat.

b) Trauma persalinan, dapat disebabkan oleh dislokasi-fraktura persendian dan juga tulang ekstremitas, kerusakan alat vital (Lien hati, paru, jantung), dan dislokasi fraktura persendian tulang leher.

Infeksi dapat disebabkan oleh: Persalinan lama, ketuban pecah dini, manipulasi pada pemeriksaan dalam (Prajatna 2022).

Induksi persalinan adalah dilakukannya stimulasi buatan terhadap kontraksi uteri sebelum terjadi awitan sesungguhnya dari persalinan spontan yang dilakukan untuk mencapai persalinan pervaginam (Adaniyah, 2021).

Induksi persalinan merupakan salah satu metode yang sering di gunakan pada persalinan normal apabila terdapat indikasi yang menyebabkan persalinan spontan tidak berjalan lancar (Rohmah, 2020).

Induksi persalinan merupakan intervensi obsetrik yang harus dilakukan jika kelahiran elektif akan menguntungkan bagi ibu dan bayi. Tujuan induksi adalah

menyebabkan kelahiran bayi sehingga mengakhiri kehamilan.

Keberhasilan induksi bergantung pada kontraksi adekuat yang efektif dalam menimbulkan dilatasi serviks yang progresif, induksi dimaksudkan sebagai stimulasi kontraksi sebelum mulai terjadi persalinan spontan yang dianggap tidak adekuat karena kegagalan dilatasi serviks dan penurunan janin. Jika terjadi kegagalan his menyebabkan persalinan lambat dan lama serta menyebabkan terjadi gangguan metabolisme kearah asidosis dan dehidrasi yang memerlukan penanganan sesuai dengan penyebabnya, bila hanya kekuatan his yang lemah maka dapat dilakukan upaya induksi persalinan dengan metode infus oksitosin (Yanuarini, 2022).

2.2 Etiologi

- 1) Penyakit hipertensi dalam kehamilan termasuk pre eklamsia dan eklamsi
- 2) Kehamilan lewat waktu
- 3) Ketuban pecah dini
- 4) Kematian janin dalam kandungan
- 5) Diabeter miltus pada kehamilan 37 minggu
- 6) Keadaan cacat janin atau gangguan pertumbuhan janin (Rohmah, 2020).

2.3 Indikasi

- 1) Indikasi janin
 - a) Kehamilan lewat waktu
 - b) Ketuban pecah dini
 - c) Janin mati
- 2) Indikasi kontra
 - a) Disproporsi sefalopelvik
 - b) Insufisiensi plasenta
 - c) Malposisi dan malpresentasi
 - d) Plasenta previa
 - e) Gemeli
 - f) Distensi rahim yang berlebihan
 - g) Grande multipara
- 3) Indikasi ibu
 - a) Kehamilan dengan diabetes mellitus
 - b) Kehamilan dengan hipertensi (Rohmah, 2020)

2.4 Komplikasi

- 1) Kehilangan Darah Karena tindakan Episiotomi mengakibatkan terputusnya jaringan sehingga merusak pembuluh darah maka akan terjadi perdarahan selain itu juga bisa disebabkan karena tindakan Episiotomi terlalu dini, sedangkan persalinan masih jauh, jika perdarahan merembes yang tidak diketahui akan menimbulkan hematoma lokal.

- 2) Dispareunia Mungkin hanya bersifat sementara, karena takut, tetapi sekitar 5% dapat menjadi permanen.
- 3) Infeksi Terputusnya jaringan pada tindakan Episiotomi jika tidak dilakukan perawatan luka yang benar maka akan menyebabkan kuman mudah berkembang, selain itu resiko infeksi juga berhubungan dengan ketidaksterilan alat-alat yang digunakan dan adanya jahitan terbuka kembali.
- 4) Gangguan Psikososial Ibu pasca lahiran akan mengalami perubahan psikososial yang dapat berpengaruh pada integritas keluarga dan menghambat ikatan emosional antara bayi dan ibu, beberapa kondisi menunjukkan keamanan dan kesejahteraan ibu terancam.
- 5) Hematoma lokal
 - a) Perdarahan merembes yang tidak didasari dapat menimbulkan hematoma
 - b) Hematoma dapat menjadi sumber infeksi sekunder dan menyebabkan terjadi luka terbuka kembali.

2.5 Episiotomi

2.5.1 Pengertian

Episiotomi adalah suatu tindakan insisi pada perineum untuk memperlebar jalan lahir menurut alur waktu tertentu, insisi dilakukan pada saat kontraksi, ketika jaringan sedang merentang, agar mudah terlihat daerahnya, dan perdarahan dengan kemungkinan tidak terlalu parah (Nurasiah, 2016).

Pendapat selanjutnya mengatakan bahwa Episiotomi adalah suatu tindakan insisi bedah yang dilakukan pada perineum untuk memudahkan kelahiran pada bagian presentase janin , praktik ini harus dibatasi sesuai kebutuhan klinis (Baston, 2016).

2.5.2 Tujuan Episiotomi

- 1) Fasilitas untuk persalinan dengan tindakan atau menggunakan instrument
- 2) Mencegah robekan perineum yang baku atau diperkirakan tidak mampu beradaptasi terhadap regangan yang berlebihan (misalnya bayi yang sangat besar atau makrosomia)
- 3) Mencegah kerusakan jaringan pada ibu dan bayi pada kasus presentase upnormal (bokong, muka, ubun-ubun kecil di belakang) dengan menyediakan tempat lebih luas untuk persalinan yang aman (Pudiastuti, 2012).

2.5.3 Etiologi

- 1) Etiologi yang berasal dari janin menurut (Darmayanti, 2014)
 - a) Janin prematur
 - b) Janin letak sungsang, letak defleksi
 - c) Bayi yang besar Berat seorang bayi normal adalah antara 2.500-4.000 gram. Bayi besar (makrosomia) adalah bayi dengan berat badan diatas 4 kilogram (Andalas, 2014)
- 2) Etiologi yang berasal dari ibu
 - a) Primagravida, khusus pada primagravida, laserisasi jalan lahir sulit dihindari sehingga untuk keamanan dan memudahkan menjahit

laserisasi kembali dilakukan Episiotomi, selain itu Episiotomi dipertimbangkan pada multigravida dengan intoritus vaginae yang sempit.

- b) Bekas Episiotomi yang sudah diperbaiki (Mutmainah, 2017)
- c) Perineum kaku dan riwayat robekan perineum pada persalinan lalu.
- d) Terjadi peregangan perineum yang berlebihan misalnya persalinan sungsang, persalinan cunam dan ekstraksi vakum.

2.5.4 Jenis-jenis Episiotomi

- 1) Episiotomi Mediolateralis menurut (Oxorn, 2015)
 - a) Pemotongan dimulai dari garis tengah fossa vestibula vagina ke posterior ditengah antara spina ishiadica dan anus
 - b) Dilakukan pada ibu yang memiliki perineum pendek dan pernah rupture grade.
 - c) Kemungkinan perluasan laserisasi ke sphincter ani akan semakin kecil.
 - d) Penyembuhan terasa lebih sakit dan lama
 - e) Mungkin ibu merasakan kehilangan darah yang lebih banyak
 - f) Sulit dijahit
 - g) Bekas luka parut kurang baik.
 - h) Intritus vagina melebar
 - i) Biasanya luka Episiotomi diikuti dengan rasa nyeri karena berhubungan dengan dyspareunia.

2) Episiotomi Medialis

- a) Tindakan Episiotomi medialis penyembuhannya tidak terlalu sakit karena menghindari pembuluh-pembuluh darah dan syarat
- b) Secara anatomis lebih alamiah
- c) Dengan anatomis yang lebih muda menjadikan penjahitan luka lebih mudah
- d) Kehilangan darah lebih sedikit
- e) Jika meluas bisa lebih memanjang sampai ke sphincter ani yang mengakibatkan kehilangan darah lebih banyak, lebih sulit dijahit dan jika sampai sphincter ani harus dirujuk (Tando 2013).

Ibu dengan persalinan Episiotomi disebabkan adanya persalinan yang lama karena ditemukan janin yang prematur, letak sungsang, janin dengan ukuran besar, selain itu tindakan ini dilakukan karena kondisi ibu dengan perineum yang kaku, ataupun adanya riwayat robekan perineum dimasa lalu. Persalinan Episiotomi mengakibatkan terputusnya jaringan yang dapat menyebabkan penekanan pembuluh syaraf sehingga timbul rasa nyeri, pada kondisi seperti ini ibu pasti akan merasa cemas bahkan untuk BAB pun takut, kondisi seperti ini menyebabkan resti kontipasi. Selain itu terputusnya jaringan juga menyebabkan rusaknya pembuluh darah dan timbul resiko defisit volume cairan, apabila tidak dirawat dengan baik ibu akan mengalami resiko infeksi pada insisi Episiotomi karena kuman akan mudah berkembang.

Pada saat masa nifas setelah 6 minggu persalinan ibu akan mengalami perubahan fisiologis dan psikologis. Perubahan fisiologisnya uterus pada ibu berkontak dengan kondisi ini menyebabkan ibu mengeluhkan nyeri. Pada perubahan psikologis ibu mengalami *Taking In*, *Taking Hold*, dan *Letting Go*. Pada fase *Taking In* biasanya ibu mengalami kondisi yang lemah terfokus pada diri sendiri sehingga ibu sangat membutuhkan bantuan dari orang lain yang mengakibatkan defisit perawatan diri, sedangkan pada fase *Taking Hold* ibu akan menjumpai hal baru sehingga ibu membutuhkan banyak informasi dari orang lain, setelah itu perlahan ibu mampu menyesuaikan diri dengan keluarga sehingga ibu disebut mandiri, menerima tanggung jawab dan peran baru sebagai orang tua fase ini disebut *Letting Go*.

2.5.5 Manifestasi Klinis

- 1) Laserasi perineum Biasanya terjadi sewaktu kepala janin dilahirkan, luas robekan didefinisikan berdasarkan kedalam robekan:
 - a) Derajat pertama (robekan mencapai kulit dan jaringan)
 - b) Derajat kedua (robekan mencapai otot-otot perineum)
 - c) Derajat ketiga (robekan berlanjut ke otot sfingter ani)
 - d) Derajat empat (robekan mencapai dinding rectum anterior)
- 2) Cedera Serviks Terjadi jika serviks beretraksi melalui kepala janin yang keluar, laserasi serviks akibat persalinan terjadi pada sudut lateral ostium eksterna, kebanyakan dangkal dan perdarahan minimal.

- 3) Laserasi Vagina Sering menyertai robekan perineum, robekan vagina cenderung mencapai dinding lateral (sulsi) dan jika cukup dalam, dapat mencapai lavetor ani.

2.5.6 Indikasi Episiotomi

- 1) Gawat janin, untuk menolong keselamatan janin, maka persalinan harus segera diakhiri.
- 2) Persalinan pervaginium dengan penyulit, misalnya presbo, distokia bahu, akan dilakukan ekstraksi forcep, ekstraksi vacum.
- 3) Jaringan parut pada perineum ataupun pada vagina Perinium kaku dan pendek
- 4) Adanya rupture yang membakat pada perineum
- 5) Premature untuk mengurangi tekanan pada kepala janin (Nurasiah, 2016).

2.5.7 Kontraindikasi Episiotomi

- 1) Bila persalinan tidak berlangsung pervaginium
- 2) Bila terdapat kondisi untuk terjadinya perdarahan yang banyak seperti penyakit kelainan darah maupun terdapatnya varises yang luas pada vulva dan vagina

2.5.8 Resiko Episiotomi

Tindakan Episiotomi sering kali mengakibatkan ibu mengalami inkontinensia urine hal ini disebabkan adanya sayatan yang dilakukan dengan memotong jaringan otot dan kulit, selain itu Episiotomi juga berkaitan dengan timbulnya trauma pada perineum yang robek. Ibu yang

mengalami tindakan ini memerlukan penjahitan untuk menutup sayatan dan waktu yang lebih lama untuk pulih, sayatannya juga memberikan ketidaknyamanan yang dirasakan, ibu juga cenderung takut untuk bergerak karena merasakan nyeri pada sayatan. Anastesi lokal yang diberikan kepada ibu sebelum tindakan dilakukan juga menyebabkan edema, penurunan fleksibilitas dan peningkatan robekan area sayatan. Pemulihan area perineum yang robek secara alami menunjukkan hasil yang lebih baik dibandingkan sayatan buatan (Pratami 2016).

2.5.9 Pemeriksaan Penunjang Menurut

Pemeriksaan penunjang menurut (Tucker 2015)

- 1) Pemantauan janin kesehatan janin
- 2) Pemantauan EKG
- 3) JDL dengan diferensial
- 4) Elektrolit
- 5) Hemoglobin/Hematokrit
- 6) Golongan Darah
- 7) Urinalis
- 8) Amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi
- 9) Ultrasound sesuai pesanan.

2.5.10 Perawatan Postpartum Episiotomi

Pada ibu pasca melahirkan biasanya mengalami komplikasi obstetric ataupun medis membutuhkan observasi secara ketat setelah resiko Episiotomi. Ibu sangat memerlukan perawatan intensif, bagi tim

kesehatan harus siap sedia dalam memberikan asuhan keperawatan.

Perawatan yang umum dilakukan kepada ibu, diantaranya :

- 1) Pengkajian tanda-tanda vital dengan interval diatas (15menit). Pastikan ibu dalam kondisi stabil
- 2) Ukur TFU (Tinggi Fundus Uteri), adanya perdarahan dari luka sayatan dan jumlah lokea
- 3) Cairan pada ibu harus seimbang
- 4) Pastikan ibu diberikan anelgesa yang adekuat
- 5) Anjurkan fisioterapi dada dan ambulasi dini jika tidak ada kontraindikasi
- 6) Sebelum pemulangan berikan adukasi ringan seputar hal yang ibu belum ketahui, beri kesempatan ibu untuk bertanya dan jawab pertanyaan-pertanyaan ibu dengan tepat
- 7) Berikan jadwal bagi ibu untuk melakukan pengkajian ulang pasca persalinan guna memastikan penyembuhan akan berlangsung cepat, diskusikan perihal kehamilan berikutnya dan juga tindak lanjut perawatan untuk kondisi medisnya (Fraser and Cooper 2012).
- 8) Paru-paru janin tidak berfungsi sebagai sumber oksigen atau jalan untuk mengeluarkan CO₂ sehingga paru-paru tidak perlu diperfusi atau dialiri darah dalam jumlah besar. Setelah lahir, bayi tidak berhubungan dengan placenta lagi sehingga akan segera bergantung pada paru-paru sebagai sumber utama oksigen. Oleh karena itu, maka beberapa saat sesudah bayi lahir paru-paru harus segera terisi oksigen dan pembuluh darah

paru-paru harus berelaksasi untuk memberikan perfusi pada alveoli dan menyerap oksigen untuk diedarkan ke seluruh tubuh (Dwienda 2014).

Oksigen sangat penting bagi kehidupan sebelum dan sesudah persalinan. Selama di dalam rahim, janin mendapatkan oksigen dan nutrisi dari ibu melalui mekanisme difusi melalui placenta yang berasal dari ibu diberikan kepada janin. Sebelum lahir alveoli paru-paru bayi menguncup dan terisi oleh cairan.

2.6 Asfiksia Neonatorum

2.6.1 Definisi Asfiksia Neonatorum

Asfiksia neonatorum adalah keadaan gawat bayi yang tidak dapat bernafas secara spontan dan teratur, sehingga dapat menurunkan oksigen dan makin meningkatkan karbon dioksida yang menimbulkan akibat buruk bagi kehidupan lebih lanjut (E. Wahyuni 2023).

Asfiksia neonatorum merupakan keadaan dimana bayi tidak bernafas secara spontan dan teratur segera setelah lahir, keadaan tersebut dapat disertai dengan adanya hipoksia, hiperkapnea dan sampai ke asidosis (Dwienda 2014).

Fisiologi Pernapasan Bayi Baru Lahir

Paru-paru janin tidak berfungsi sebagai sumber oksigen atau jalan untuk mengeluarkan CO₂ sehingga paru-paru tidak perlu diperfusi atau dialiri darah dalam jumlah besar. Setelah lahir, bayi tidak berhubungan dengan placenta lagi sehingga akan segera bergantung pada paru-paru sebagai

sumber utama oksigen. Oleh karena itu, maka beberapa saat sesudah bayi lahir paru-paru harus segera terisi

Oksigen dan pembuluh darah paru-paru harus berelaksasi untuk memberikan perfusi pada alveoli dan menyerap oksigen untuk diedarkan ke seluruh tubuh (Dwienda 2014)

Oksigen sangat penting bagi kehidupan sebelum dan sesudah persalinan. Selama di dalam rahim, janin mendapatkan oksigen dan nutrien dari ibu melalui mekanisme difusi melalui placenta yang berasal dari ibu diberikan kepada janin. Sebelum lahir alveoli paru-paru bayi menguncup dan terisi oleh cairan.

2.6.2 Etiologi

- 1) Gangguan sirkulasi pada janin
 - a) Gangguan pada tali pusat
 - b) Lilitan tali pusat
 - c) Simpul tali pusat
 - d) Tekanan
 - e) Ketuban pecah dini
 - f) Kehamilan lebih dari taksiran persalinan
 - g) Pengaruh obat
 - h) Karena narkosa saat persalinan
- 2) Faktor ibu
 - a) Gangguan HIS: tetania uteri-hipertoni Turunnya tekanan darah dapat mendadak: perdarahan pada

- b) Plasenta previa dan solutio plasenta
- c) Hipertensi pada ibu hamil
- d) Gangguan pertukaran nutrisi/O₂: solutio plasenta. (Dwienda, 2014).

2.6.3 Diagnosis Asfiksia Janin dalam Rahim

Untuk dapat menegakkan diagnosis gawat janin dapat ditetapkan dengan melakukan pemeriksaan sebagai berikut:

1) Denyut jantung janin

Denyut jantung janin normal antara 120 sampai 160 kali permenit. Terjadinya gawat janin menimbulkan perubahan denyut jantung janin menimbulkan perubahan denyut jantung janin.

2) Mekonium dalam air ketuban

Pengeluaran mekonium pada letak kepala menunjukan gawat janin. (Dwienda 2014). Penanganan asfiksia yaitu dengan mencegah terjadinya kehilangan panas pada bayi, untuk penatalaksanaannya yaitu mekanisme yang pertama melakukan langkah awal resusitasi jika bayi baru lahir tidak bernafas atau megap-megap atau tetap sianosis sesudah diberikan oksigen 100%, maka lakukan segera VTP (Safutri, 2022).

Penatalaksanaan asfiksia neonatorum dilakukan sebagai berikut:

- 1) Pemantauan gas darah, denyut nadi, fungsi sistem jantung dan paru dengan resusitasi, pemberian oksigen yang cukup, dan memantau perfusi jaringan tiap 2-4 jam.

2) Mempertahankan jalan napas agar tetap baik sehingga proses oksigenasi dapat cukup dan sirkulasi darah tetap baik (Wahyuni, 2023). Selanjutnya untuk langkah awal resusitasi yang pertama ada tiga pertanyaan yang harus segera di jawab untuk menentukan apakah bayi memerlukan tindakan resusitasi:

- a) Apakah bayi cukup bulan?
- b) Apakah bayi bernafas baik atau menangis?
- c) Apakah tonus ototnya baik?

Jika dari jawaban tersebut bayi memerlukan tindakan resusitasi segera lakukan:

- a) Langkah awal resusitasi: pengelolaan jalan napas dan pencegahan hipotermi (JAIKAP)
- b) Penggunaan balon dan sungkup resusitasi (pemberian napas buatan)
- c) Kompresi dada (pemberian napas buatan dan kompresi dada / pijat jantung luar)
- d) Instubasi endotrakeal (untuk pembersihan jalan napas, napas buatan lebih efektif dan pemberian obat darurat jika jalur intravena belum ada).

Pemberian obat-obatan (epinefrin, cairan penambah volume darah, nalakson HCL, natrium bikarbonas).

2.6.4 Bayi Baru Lahir dengan Resusitasi Teknik JAIKAP

1) Definisi Resusitasi Bayi Baru Lahir

Menurut Kemenkes RI, resusitasi bayi baru lahir adalah tindakan pertolongan segera setelah kelahiran untuk membantu bayi yang mengalami kesulitan bernapas spontan atau memiliki sirkulasi yang tidak memadai.

2) Indikasi Resusitasi

Indikasi resusitasi dilakukan jika bayi:

- a) Tidak menangis atau bernapas spontan setelah lahir
- b) Tonus otot lemah
- c) Frekuensi jantung < 100 kali/menit
- d) Terjadi sianosis sentral (warna tubuh kebiruan).

3) Teknik JAIKAP: Prinsip dan Langkah Resusitasi Neonatal

JAIKAP (Jaringan Nasional Pelatihan Kesehatan Anak Indonesia) menyusun langkah resusitasi berdasarkan algoritma "Golden Minute" yaitu seluruh penilaian dan intervensi awal dilakukan dalam 60 detik pertama kehidupan bayi.

4) Langkah-Langkah Awal Resusitasi

- a) Jaga suhu (lap kering, selimut hangat)
- b) Posisikan kepala dalam posisi netral
- c) Bersihkan jalan napas jika perlu (hisap lendir dari mulut, lalu hidung)
- d) Stimulasi taktil lembut (gosok punggung atau telapak kaki)

5) Evaluasi Napas dan Frekuensi Jantung jika:

- a) Apnea atau napas megap-megap
- b) FJ < 100x/menit

6) Lakukan VTP dengan bag and mask

- a) Frekuensi: 40–60 kali/menit
- b) Evaluasi setelah 30 detik: apakah dada naik turun?

Gunakan akronim "MR SOPA":

- (a)M: Mask reposition
- (b)R: Reposition airway
- (c)S: Suction
- (d)O: Open mouth
- (e)P: Pressure increase
- (f) A: Alternate airway (intubasi)

Jika setelah VTP efektif selama 30 detik, FJ < 60x/menit:

- a) Rasio: 3 kompresi : 1 ventilasi
- b) Frekuensi: 90 kompresi dan 30 ventilasi per menit (total 120 tindakan/menit)

Jika FJ tetap < 60x/menit:

- a) Adrenalin IV/ET (0,01–0,03 mg/kgBB) tiap 3–5 menit
- b) Volume ekspander (NaCl 0,9%) jika curiga hipovolemia
- c) Evaluasi Apgar pada menit ke-1 dan ke-5
- d) Rujuk ke NICU jika perlu perawatan lanjutan
- e) Pantau suhu, pernapasan, perfusi.

2.7 Konsep Dokumentasi

2.7.1 Definisi

Dokumentasi Kebidanan adalah proses pencatatan dan penyimpanan data-data yang bermakna dalam pelaksanaan kegiatan asuhan kebidanan dan pelayanan kebidanan (Surtinah, 2019). Dokumentasi berisi dokumen/pencatatan yang memberi bukti dan kesaksian tentang sesuatu atau suatu pencatatan tentang sesuatu.

2.7.2 Manfaat Dan Tujuan Dokumentasi

Menurut (Muslihatun, Mudilla, & Setiyawati, 2009) dokumentasi merupakan aspek penting dalam pelaksanaan asuhan kebidanan. Semua instansi kesehatan memiliki dokumentasi pasien yang dirawat walaupun masing masing instansi berbeda tujuan dokumentasi berdasarkan pada pasien klien adalah :

- 1) Menjamin terbitnya administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan di instansi pelayanan
- 2) Sebagai bahan untuk mempertanggungjawabkan tindakan yang dilakukan pada pasien atau klien
- 3) Bila terjadi gugatan hukum maka dokumentasi kebidanan dapat membantu manfaat dokumentasi asuhan pada pasien atau klien dapat dirasakan oleh pasien, dokter, perawat, bidan , riset, dan tenaga kesehatan lainnya.

2.8 Metode Pendokumentasian

Salah satu format catatan yang dapat menjadi dokumentasi kebidanan adalah format catatan SOAP. Metode catatan soal adalah metode dokumentasi yang paling umum digunakan oleh penyedia layanan Kesehatan termasuk bidan untuk memasukkan catatan ke rekam medis pasien. Selain sebagai otentik yang sah, dokumentasi kebidanan dalam bentuk metode pendokumentasian SOAP (subjektif, objektif, analisis, dan penatalaksanaan) juga digunakan sebagai informasi tentang status Kesehatan pasien pada semua kegiatan asuhan kebidanan dalam pelaksanaan asuhan kebidanan (Handayani and Mulyati 2017).

Pendokumentasian dengan metode SOAP dapat menggambarkan manajemen asuhan kebidanan secara otentik, sistematis, sederhana dan mudah dimengerti. Metode ini merupakan dokumentasi yang sederhana akan tetapi mengandung semua unsur data dan langkah yang dibutuhkan dalam asuhan kebidanan.

Berikut penulisan dokumentasi SOAP adalah:

1) Data Subjektif

Data ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien.

Ekspresi klien mengenai kekhawatiran dan keluhan yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis.

2) Data Objektif

Data objektif merupakan pendokumentasian hasil observasi yang jujur

hasil pemeriksaan fisik klien, hasil pemeriksaan laboratorium, dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif sebagai data penunjang. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis klien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.

3) Analisis

Langkah ini merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif, karena keadaan klien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif dan objektif. Dalam Analisa bidan melakukan interpretasi data yang telah dikumpulkan, mencakup diagnosis, masalah kebidanan, dan kebutuhan. Analisa data yang tepat dan akurat akan mengikuti perkembangan data klien akan menjamin cepat diketahuinya perubahan pada klien sehingga dapat mengambil keputusan/tindakan yang tepat.

4) Penatalaksanaan

Penatalaksanaan adalah mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/ follow up dan rujukan. Tujuan penatalaksanaan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien yang optimal dan mempertahankan kesehatannya.

BAB III

TINJAUAN KASUS

3.1 Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin Ny. E Usia 25 Tahun G1 P0 A0

Parturient 40–41 Minggu Kala I Fase Aktif dengan Letak Sungsang Presentasi Bokong

Tanggal Pengkajian : 10-02-2025

Waktu Pengkajian : 22.25 WIB

Tempat Pengkajian : Ruang Ponek RSUD dr. Slamet Garut

Pengkaji : Nasywa Hasna Nafisah

A. Data Subjektif

1. Identitas Ibu

Nama : Ny. E

Umur : 25 Tahun

Suku : Sunda

Agama : Islam

Pendidikan : SMP

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

Alamat : Kp. Cilimus Barat

Identitas Suami

Nama : Tn.T

Umur : 25 Tahun

Suku : Sunda

Agama : Islam

Pendidikan : SMA

Pekerjaan

2. Alasan datang

Ibu datang ke RS pukul 22.05 WIB tanggal 10-02-2025 atas rujukan dari Puskesmas Malangbong, atas indikasi letak sungsang. Datang ke Puskesmas pukul 18.00 WIB tanggal 10-02-2025 terasa mules sejak pukul

07.00 WIB tidak ada keluar air-air, gerakan janin masih di rasakan, dengan hasil pemeriksaan tensi TTV dalam batas normal, pembukaan 2 cm, ibu mendapat terapi infus RL labu 1 dan DC pukul 21.30,lalu di rujuk ke ponrek RSUD dr.SLAMET GARUT atas indikasi letak sungsang.

3. Keluhan Utama

Ibu mengaku hamil 9 bln mengeluh mengatakan mules semakin sering dan kuat, keluar air-air dan lendir darah dari jalan lahir pukul 07.00 WIB

4. Riwayat Ginokologi

Ibu mengatakan tidak pernah menderita penyakit yang berhubungan dengan alat reproduksi, kehamilan dan kandungan begitu juga suami dan keluarganya.

5. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat kesehatan dahulu

Ibu mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit berat, turunan dan menular.

b. Riwayat kesehatan sekarang

Ibu mengatakan tidak ada riwayat hipertensi sebelumnya, tidak menderita atau memiliki penyakit seperti jantung, asma, tubercolusis, ginjal, diabetes militus, malaria, dan HIV/AIDS.

6. Riwayat kesehatan keluarga

Ibu mengatakan keluarganya tidak memiliki riwayat penyakit berat,turunan, dan menular.

7. Riwayat pernikahan

Ibu mengatakan ini pernikahan pertamanya usia saat menikah 24 tahun
usia suami saat menikah 24 tahun, lama menikah 1 tahun.

8. Riwayat Obsetri

- a. Menarche 14 thn, siklus 28 hari, lamanya 5-7 hari, banyaknya ganti pembalut 2-3x/hari, tidak ada keluhan.

- b. Riwayat kehamilan sekarang

HPHT : 02-05-2024

Kehamilan ini merupakan kehamilan pertama, ibu tidak pernah keguguran dan kehamilan ini kehamilan yang direncanakan, ibu mengetahui dirinya hamil pada usia kandungan 1 bulan. Dilakukan pemeriksaan di bidan di dapatkan hasil PP Test positif dan tensi normal, selanjutnya ibu dianjurkan oleh bidan untuk melakukan pemeriksaan USG ke dr. Spesialis. Ibu baru mengetahui posisi janin nya sungsang di usia kehamilan 36-37 minggu, sudah direkomendasikan untuk melakukan aktifitas yang menunjang perubahan posisi janin namun sampai usia kehamilan 40-41 minggu posisi janin masih sungsang.

Ibu melakukan ANC di puskesmas 6x, di BPM 1x dan melakukan pemeriksaan USG sebanyak 2x

Ibu tidak mengonsumsi obat-obatan atau jamu-jamuan kecuali obat yang diberikan oleh bidan.

Ibu merasakan gerakan janin yang pertama saat usia kandungan 20 minggu dan gerakan janin aktif lebih dari 10 kali dalam 12 jam.

Ibu tidak merokok, tidak mengonsumsi obat-obatan terlarang dan tidak minum-minuman keras.

c. Rencana persalinan

Ibu berencana bersalin di rumah sakit dengan pendamping persalinan adalah suami dan keluarga. Dan ibu juga sudah mempersiapkan alat yang dibutuhkan untuk bersalin.

9. Riwayat KB

Ibu belum pernah menggunakan atau mengonsumsi kontrasepsi apapun, hal itu sengaja karena ingin merencanakan kehamilannya.

10. Pola kebutuhan sehari-hari

a. Pola nutrisi

Ibu mengatakan makan 3 kali sehari, suka mengonsumsi sayuran, ikan asin dan jarang makan daging, dan minum lebih dari 8 gelas / sehari.

b. Pola eliminasi

Ibu mengatakan BAB 1-2 kali sehari dan BAK kurang lebih >7 kali/hari.

c. Pola aktivitas pekerjaan

Ibu mengerjakan pekerjaan rumah dan jarang berolah raga atau jalan-jalan kecil, sudah diinstruksikan bidan untuk jalan-jalan.

d. Pola Istirahat

Ibu mengatakan dalam sehari kurang lebih 7-8 jam tidur malam, dan kadang-kadang tidur siang 1-2 jam.

e. Personal hygiene

Ibu mengatakan mandi 1 kali sehari, gosok gigi 2 kali dalam sehari, keramas 2x seminggu.

f. Pola seksual

Ibu mengatakan hubungan seksual dengan suaminya 3-4 kali dalam seminggu.

11. Psikososial Spiritual

Ibu mengatakan mempunyai hubungan baik dengan suami dan keluarganya, ibu dan keluarganya senang dengan kehamilan yang sekarang ini, pengambil keputusan di keluarga ibu adalah suami ibu sendiri.

B. Data Objektif

1. Pemeriksaan umum

Keadaan umum : Sakit ringan

Kesadaran : Composmentis

2. Tanda-tanda Vital

Tekanan darah : 110/70 mmHg

Nadi : 94x/menit

Respirasi : 22x/menit

Suhu : 36,2 C

3. Antropometri

Bb sekarang : 60 kg

Bb sebelum hamil : 49 kg

Kenaikan Bb : 11 kg

Tb : 153 cm
 LILA : 24 cm
 IMT : 20,9 (normal)

4. Pemeriksaan fisik

Kepala : warna rambut Hitam, bersih, tidak ada benjolan, tidak rontok, tidak nyeri tekan
 Muka : Bersih, tidak oedema, tidak pucat.
 Mata : Simetris, sklera putih, konjungtiva merah muda
 Hidung : Bersih, tidak ada polip, penciuman baik
 Telinga : Simetris, fungsi pendengaran baik.
 Mulut : Bersih, tidak ada stomatitis, tidak ada caries gigi, bibir tidak pucat.
 Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, limfe, dan vena jugularis, tidak nyeri tekan.
 Dada : Payudara simetris, tidak ada benjolan, puting susu menonjol, areola hitam, tidak nyeri tekan, kolostrum belum ada

Abdomen

Palpasi : TFU 30 cm TBBJ: 2.945 HIS : 3x10'25"
 Leopold I : Di fundus teraba bagian bulat, keras, melenting.
 Leopold II : Dibagian kanan ibu teraba bagian keras memanjang

seperti papan dan dibagian kiri ibu terdapat bagian-bagian terkecil janin.

Leopold III : Dibagian terbawah janin teraba bagian bulat, tidak melenting dan tidak bisa digoyangkan

Leopold IV : Divergen

Auskultasi : DJJ 125 x/menit Reguler di sebelah kanan diatas umbilikal

Vulva/ vagina : Tidak ada kelainan

Portio : Tipis Lunak

Pembukaan : 7-8 cm

Genitalia Ketuban : Utuh

Presentasi : teraba bagian kecil disamping bokong

Penurunan : Hodge III

Ekstremitas atas : Tangan simetris, kuku bersih, tidak pucat, tidak oedema, jari lengkap terpasang Infus RI di tangan kanan.

Ekstremitas bawah : Kaki simetris, tidak oedema, kuku bersih dan tidak pucat, jari lengkap, tidak varices,refleks patella +

5. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan Laboratorium

HB : 11,5 gr%

Gol darah : O

Protein urine : Negatif

Glukosa urine : Negatif

HIV/AIDS : Negatif

Sypillis : Negatif

HBsAg : Negatif

C. Analisa

G1 P0 A0 parturient 40-41 minggu kala 1 fase aktif dengan presentasi

Bokong janin tunggal hidup intra uterine.

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan tentang asuhan yang akan diberikan

Evaluasi : ibu paham dan mengerti

2. Melakukan kolaborasi dengan Dr. SpOg

Evaluasi : drip oxy 0,5 IU dengan 500 ml cairan rl (Dilakukan pukul :23.18 WIB)

3. Melakukan inform consent kepada ibu akan dilakukan induksi

Evaluasi : ibu bersedia dan mengerti

4. Memasang CTG

Evaluasi : Terpasang CTG

5. Menganjurkan ibu untuk miring kiri

Evaluasi : ibu bersedia.

6. Memenuhi kebutuhan nutrisi ibu

Evaluasi : memberikan teh manis dan cemilan

7. Menyiapkan partus set

Evaluasi : dilakukan

8. Melakukan observasi ibu dan bayi setiap 4 jam sekali (TD, suhu dan pemeriksaan dalam) dan setiap 30 menit sekali (DJJ, HIS, nadi)

Evaluasi : Terlampir dalam partograf

9. Melakukan pendokumentasian dalam bentuk SOAP

Evaluasi : telah dilakukan

3.2 Asuhan Persalinan Kala II

Pukul : 23.50 WIB

A. Data Subjektif

Ibu mengeluh mulas semakin kuat, ada dorongan ingin Mengedan dan keluar air-air dari jalan lahir

B. Data Objektif

1. Pemeriksaan umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

2. Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 110 /80 mmHg

Respirasi : 24 x/menit

Suhu : 36,6 C

Nadi : 95x/menit

3. Abdomen

DJJ : 135 x/menit

HIS : 5x10'50"

4. Pemeriksaan dalam

Vulva/vagina : kaki sudah tampak di depan vulva

Portio : Tidak teraba

Pembukaan : 10 cm

Ketuban : (-) Pecah seponatan pukul 23.45

Presentasi : kaki

Penurunan : Hodge 4

C. Analisa

G1 P0 A0 inpartu kala II dengan presentasi kaki

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa ibu akan segera bersalin

Evaluasi : ibu senang mendengar hasil pemeriksaan.

2. Mengatur posisi ibu, siapkan diri dan alat

Evaluasi : Menganjurkan ibu dengan posisi litotomi

3. Memberitahu ibu untuk meneran saat mules.

Evaluasi : ibu mengerti dan bersedia

4. Memberitahu ibu bahwa akan dilakukan episiotomi.

Evaluasi : dilakukan

5. Melakukan episiotomi tanpa anestesi

Evaluasi : dilakukan secara mediolateral

6. Membantu menolong persalihan dengan Teknik Lovset dan manuver mauriceau serta Petugas lain melakukan prasat wigant (*Footling breech*).

Evaluasi : Pukul 00.10 WIB, bayi lahir, merintih, tonus otot sedikit lemas, kulit pucat, jk perempuan,

7. Mengeringkan bayi

Evaluasi : Dilakukan

8. Melakukan kolaborasi dengan Perinatologi

Evaluasi : bayi di lakukan tindakan awal resusitasi

3.3 Asuhan Persalinan Kala III

Jam: 00.10 WIB

A. Data Subjektif

Ibu mengatakan senang atas kelahiran bayinya dan masih merasa mules.

B. Data Objektif

1. Keadaan umum

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

2. Pemeriksaan fisik

Abdomen : Tidak terdapat janin ke 2, kontraksi keras, kandung kemih kosong.

Genitalia : Terdapat tali pusat memanjang di depan vulva, dan

semburan darah.

C. Analisa

P1 A0 Kala III

D. Penatalaksanaan

1. Menjelaskan kepada ibu tindakan yang akan dilakukan.
Evaluasi : Ibu mengerti dan bersedia.
2. Memberitahukan ibu akan dilakukan penyuntikan oxytosin.
Evaluasi : menyuntikan oxytocin 10 IU IM paha kanan.
3. Melakukan PTT.
Evaluasi : Plasenta lahir spontan pukul 00.15 WIB
4. Melakukan masase
Evaluasi : kontraksi keras
5. Melakukan cek plasenta
Evaluasi : selaput plasenta kesan tidak lengkap
6. Melakukan eksplorasi
Evaluasi : Terdapat sisa plasenta +/- 20 gr
7. Melakukan cek laserasi
Evaluasi : Terdapat laserasi Derajat II
8. KIE mengenai perdarahan
Evaluasi : ibu mengerti
9. Cek pengeluaran darah.
Evaluasi : terdapat pengeluaran darah $\pm$ 300cc.

3.4 Asuhan Kebidanan Kala IV

Jam: 00.15

A. Data subjektif

Ibu mengatakan merasa senang atas kelahiran bayinya dan masih terasa sedikit mules.

B. Data objektif

1. Pemeriksaan umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

2. Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 120/80 mmHg

Respirasi : 24 x/menit

Nadi : 88 x:/menit

Suhu : 36,7 c

3. Pemeriksaan fisik

Abdomen : TFU: 2 jari di bawah pusat

Kontraksi uterus: Baik

Genitalia : Terdapat Luka laserasi derajat II,terdapat pengeluaran darah +/- 100 cc

C. Analisa

P1 A0 Kala IV

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu ibu bahwa persalinan telah selesai
2. Melakukan inform consent kepada ibu akan dilakukan penjahitan di area jalan lahir.
Evaluasi : ibu bersedia
3. Melakukan hecting
Evaluasi : Telah dilakukan tanpa anestesi
4. Memberitahu ibu untuk mengenali tanda-tanda bahaya nifas.
Evaluasi : Ibu mengerti.
5. Memberitahu dan mengajarkan ibu untuk melakukan massase uterus untuk mencegah perdarahan.
Evaluasi : Ibu bisa melakukannya.
6. Membersihkan ibu dan mengganti pakaian
Evaluasi : melakukan waslap, mengganti pempers dan sarung, ibu merasa nyaman
7. Membereskan alat
Evaluasi : dilakukan
8. Memberikan ibu minum
Evaluasi : ibu diberikan teh manis
9. Menganjurkan ibu untuk makan.
Evaluasi : ibu belum bersedia untuk makan
10. Melakukan dekontaminasi alat.
Evaluasi : dilakukan menggunakan cairan clorin

11. Melakukan pemantauan kala IV.

Evaluasi : Hasil terlampir di partograf.

3.5 Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas Ny. E 25 Tahun P1 AO 6 Jam Post

Partum

Tanggal pengkajian : 11-02-2025
 Waktu pengkajian : 06.15 WIB
 Tempat pengkajian : Ruang Jade
 Pengkaji : Nasywa Hasna Nafisah

A. Data Subjektif

Ibu mengatakan senang atas kelahiran bayinya, mengeluh sakit di area jalan lahir, dan masih sedikit lemas, ibu sudah bisa duduk.

B. Data Objektif

1. Pemeriksaan umum:

Keadaan umum : Baik
 Kesadaran : Composmentis

2. Tanda-tanda vital

Tekanan darah: 100/70 mmHg
 Nadi : 88 x/menit
 Respirasi : 24 x/menit
 Suhu : 36,5 C

3. Pemeriksaan Fisik

Mata : Konjungtiva merah muda, sklera +

Payudara : Puting menonjol, klostrum +
 Abdomen : TFU: 2 jari di bawah pusat
 Kontraksi: Baik
 Kandung kemih: Kosong
 Genitalia : Terdapat luka jahitan, pengeluaran lochea rubra
 Ekstremitas : Normal tidak ada oedema, vasises, dan reflek patella +

4. Pemeriksaan penunjang

Hemoglobin : 11,8 g/dL
 Hematokrit : 34 %
 Jumlah Lekosit : 8,500 /mm³
 Jumlah Trombosit : 273,000 /mm³
 Jumlah Eritrosit : 3.93 Juta/mm

C. Analisa

P1 A0 6 Jam Post Partum

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahukan hasil pemeriksaan

Evaluasi : Ibu mengetahui hasil pemeriksaan

2. Memberitahukan kepada ibu dan keluarga tentang tanda bahaya masa nifas.

Evaluasi : Ibu dan keluarga mengetahui

3. Mengajarkan ibu dan keluarga menilai kontraksi dan massase uterus untuk mencegah perdarahan

Evaluasi : Ibu dan keluarga mengerti

4. Pemberian therapy obat Vitamin A 1x1, Amoxicilin 3x1, Mefenamic acid 3x1.

Evaluasi : ibu bersedia dan mengerti untuk minum obat sesuai dengan anjuran yang diberikan

5. Mengobservasi keadaan umum ibu, TTV, kontraksi uterus.

Evaluasi : Dilakukan

6. Menganjurkan ibu untuk segera istirahat.

7. Melakukan pendokumentasian dalam bentuk SOAP

Evaluasi : Dilakukan

3.6 Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas Ny. E 25 Tahun P1A0 Post Partum 1 hari

Tanggal pengkajian : 16-02-2025

Waktu pengkajian : 14.00 WIB

Tempat pengkajian : Ruang Jade

Pengkaji : Nasywa Hasna Nafisah

A. Data Subjektif

Ibu mengeluh masih terasa sedikit linu di luka jahitan

B. Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

2. Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 120/70 mmHg

Nadi : 89x/menit

Respirasi : 24x/menit

Suhu : 36,5 C

3. Pemeriksaan fisik

Mata : Simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih

Payudara : Puting menonjol, kolostrum +

Abdomen : Tfu: 3 jari di bawah pusat

Kontraksi: keras

Genitalia : Terdapat luka jahitan masih basah, lochea rubra

Ekstremitas : Normal, tidak ada oedema, varises dan reflek patella +

C. Analisa

P1 A0 Post Partum 1 Hari

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahukan hasil pemeriksaan

Evaluasi : Ibu mengetahui hasil pemeriksaan

2. Melakukan Up Infus

Evaluasi : Dilakukan

3. Mengajarkan ibu cara cebok yang benar

Evaluasi : ibu mengerti

4. Melakukan KIE asi eksklusif

Evaluasi : ibu mengerti dan paham manfaat asi eksklusif

5. Menganjurkan ibu untuk melakukan pemeriksaan nifas di 3 hari ke depan ke Puskesmas atau BPM

Evaluasi : Ibu mengetahui dan memilih untuk melakukan pemeriksaan ke BPM.

6. Persiapan pulang

Evaluasi : Merapihkan barang-barang dan mengurus administrasi

7. Melakukan pencatatan dan pendokumentasian

Evaluasi : dilakukan

3.7 Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir By Ny. E

Tanggal pengkajian	: 11-02-2025
Waktu pengkajian	: 00.10 WIB
Tempat pengkajian	: Ruang Perinatologi
Pengkaji	: Nasywa Hasna Nafisah

A. Data Subjektif

1. Identitas bayi

Nama	: By Ny. E
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Jam/ tanggal lahir	: 11-02-2025 Jam:17 WIB

2. Identitas orang tua

Identitas Ibu

Nama : Ny. E
 Umur : 25 Tahun
 Suku : Sunda
 Agama : Islam
 Pendidikan : SMP
 Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
 Alamat : Kp. Cilimus Barat

Identitas Suami

Nama : Tn.T
 Umur : 25 Tahun
 Suku : Sunda
 Agama : Islam
 Pendidikan : SMA
 Pekerjaan : Wiraswasta

B. Data Objektif

1. Pemeriksaan umum

Pernafasan : Menangis merintih
 Warna Kulit : Pucat
 Tonus Otot : Lemah

C. Analisa

Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan dengan asfiksia neonatorum

D. Penatalaksanaan

1. Mengeringkan bayi

Evaluasi: dilakukan

2. Mengganti kain dengan yang kering

Evaluasi: dilakukan

3. Memindahkan bayi ke ruang Perinatologi

4. Mengatur posisi bayi

Evaluasi: membebaskan jalan nafas dengan posisi semi ekstensi

5. Melakukan suction

Evaluasi: Bayi menangis kuat

6. Memakaikan baju bayi

Evaluasi: dilakukan

7. Menyuntikan vit K 1 mg di paha kiri bayi

Evaluasi: dilakukan

8. Mengoleskan salep mata

Evaluasi: dilakukan

9. Menjaga kehangatan bayi.

Evaluasi: dilakukan

3.8 Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir By Ny. E usia 1 Hari

Tanggal pengkajian : 16-02-2024

Waktu pengkajian : 14.00 WIB

Tempat pengkajian : Ruang Perinatologi

Pengkaji : Nasywa Hasna Nafisa

A. Data Subjektif

Bayi tampak tidak ada keluhan

B. Data Objektif

1. Pemeriksaan umum:

Keadaan umum : Baik

Warna Kulit : Kemerahan

Tonus Otot : Bergerak lemas

2. Tanda-tanda vital

Nadi : 147x/menit

Respirasi : 56x/menit

Suhu : 37°C

3. Antropometri

BB : 2.900 gram

PB : 48 cm

LK : 31 cm

LD : 30 cm

LP : 30 cm

LILA : 9 cm

4. Pemeriksaan fisik

Kepala : Keadaan ubun-ubun lunak, berdenyut, tidak ada molase, tidak ada caput succedaneum.

Mata : Simetris, konjungtiva merah muda, sklera bersih

Hidung : Bersih, tidak ada pernafasan cuping hidung.

Mulut : Labioskizis tidak ada, refleks Rooting ada, refleks Sucking ada, refleks Swallowing ada.

Leher : Tidak ada pembengkakan di daerah leher, refleks tonicneck ada.

Dada : Bentuk dada simetris, keadaan puting susu simetris, tidak ada retraksi dinding dada.

Bahu, lengan : Gerakan bahu, lengan dan tangan simetris jumlah jari tangan kanan dan kiri lengkap, gerak aktif.

Abdomen : Tidak ada perdarahan pada tali pusat, bentuk abdomen normal, tali pusat tampak basah dan bersih.

Genetalia : Labia mayora sudah menutupi labia minora, sudah bak.

Tungkai, kaki : Keadaan tungkai dan kaki simetris, gerakan aktif, jumlah jari kaki kanan dan kiri normal, refleks babinski ada.

Punggung : Tidak ada cekungan dan tonjolan reflek galant ada.

Anus : Lubang anus ada, sudah bab.

Kulit : warna kulit kemerahan.

C. Analisa

Neonatus Cukup Bulan Sesuai Massa Kehamilan usia 1 hari

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan

Evaluasi: hasil pemeriksaan ttv dan keadaan umum Normal

2. Memandikan bayi

Evaluasi: dilakukan

3. Melakukan vaksin HB0

Evaluasi: diberikan secara IM di paha kanan

4. Membantu melakukan SHK

Evaluasi: mengambil sample darah di tangan

5. Persiapan pulang

Evaluasi: mengganti pakaian bayi

6. Memberitahu kepada keluarga bahwa bayinya sudah di vaksin Hb0 dan di SHK

Evaluasi: keluarga mengetahui

7. Melakukan pencatatan dan pendokumentasian.

BAB IV

PEMBAHASAN

4.1. Subjektif

Pada pengkajian subjektif, Ny. E datang ke RSUD dr. Slamet Garut dengan keluhan mules yang semakin sering dan kuat, serta disertai keluarnya air dan lendir darah dari jalan lahir sejak pukul 07.00 WIB. Keluhan ibu mengenai mules yang semakin kuat dan teratur merupakan ciri khas fase aktif kala I, di mana pembukaan serviks terjadi lebih cepat dan intensitas kontraksi meningkat. Hal ini terdapat kesesuaian antara kasus dengan teori bahwa tanda-tanda persalinan aktif meliputi kontraksi uterus yang kuat dan teratur, rasa nyeri yang meningkat, serta pengeluaran lendir bercampur darah (N. Happy 2021).

Presentasi bokong masih dimungkinkan untuk dilakukan persalinan pervaginam apabila tidak terdapat kontraindikasi seperti janin besar (>3500 gram), janin kecil (<2000 gram), kepala janin defleksi, panggul sempit, atau kondisi gawat janin. Data subjektif Ny.E yang diperoleh tidak ditemukan keluhan atau faktor risiko yang mengarah pada kontraindikasi tersebut, sehingga indikasi persalinan pervaginam masih dapat dipertimbangkan (Manuaba, 2022).

Riwayat kesehatan ibu secara umum baik. Ny. E tidak memiliki riwayat penyakit kronis seperti hipertensi, diabetes, atau asma, yang dapat memperberat kondisi saat persalinan. Ini merupakan indikator yang baik

dalam menghadapi persalinan sungsang karena tidak ada komorbiditas yang menambah risiko komplikasi.

Riwayat obstetri menunjukkan bahwa kehamilan ini adalah kehamilan pertama (G1P0A0) dan merupakan kehamilan yang direncanakan. ANC dilakukan secara rutin sebanyak 6 kali di puskesmas dan 1 kali di BPM, serta dilakukan pemeriksaan USG sebanyak 2x pada Trimester 1 dan Trimester 3. Hal ini menunjukkan bahwa ibu memiliki kepatuhan terhadap pemeriksaan kehamilan, namun tetap mengalami persalinan dengan letak sungsang.

Berdasarkan teori, letak sungsang pada primigravida memang sering kali sulit dicegah, meskipun telah dilakukan pemeriksaan kehamilan secara rutin. Hal ini bisa terjadi karena berbagai faktor seperti bentuk rahim, posisi plasenta, volume cairan ketuban, dan kurangnya aktivitas seperti senam hamil atau posisi knee-chest yang konsisten (Mulyati, 2023).

Salah satu faktor predisposisi yang mendasari pasien terjadinya letak sungsang dengan presentasi bokong pada kasus ini adalah status kehamilan pertama (primigravida) dan keterlambatan deteksi posisi janin. Sebagai primigravida, tonus uterus yang masih relatif kaku berkontribusi terhadap kesulitan rotasi janin ke posisi sefalik, sebagaimana dijelaskan oleh (Wulandari & Santoso, 2024) dalam etiologi presentasi bokong yang menyebut bahwa tonus otot uterus yang belum optimal pada primigravida dapat menghambat rotasi janin ke posisi normal.

Selain itu, posisi sungsang yang baru teridentifikasi saat usia kehamilan 36–37 minggu mengurangi efektivitas intervensi non-invasif seperti senam hamil atau posisi knee chest. Menurut (N. Happy 2021).

Identifikasi dini posisi janin melalui pemeriksaan fisik dan USG sangat penting untuk mencegah komplikasi yang lebih serius selama proses persalinan.

Dari data subjektif ini, dapat disimpulkan bahwa keluhan ibu sesuai dengan kondisi fisiologis persalinan, namun dengan komplikasi berupa letak sungsang yang tidak dapat diperbaiki secara konservatif menjelang persalinan. Maka, keluhan ibu dan riwayat kehamilan mendukung penegakan diagnosis awal sesuai teori letak sungsang dan risiko komplikasinya (Azizah, Rahmawati, and Santoso 2023).

Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktik dimana ibu telat melakukan pemeriksaan USG sudah memasuki 37 minggu yang menyebabkan keterlambatan deteksi posisi janin, dimana pada usia kehamilan 37 minggu dengan primigravida sudah masuk PAP yang dapat menghambat rotasi janin keposisi normal.

4.2 Objektif

Hasil pemeriksaan objektif pada Ny. E menunjukkan keadaan umum ibu dalam kondisi sadar penuh (*compos mentis*), dengan tanda-tanda vital dalam batas normal (TD: 110/70 mmHg, Nadi: 94x/menit, RR: 22x/menit, Suhu: 36,2°C). Pemeriksaan Leopold menunjukkan kepala berada di fundus

dan bokong berada di bawah, dengan DJJ terdengar di atas umbilikus. Posisi ini mengonfirmasi diagnosis presentasi bokong.

Temuan ini terdapat kesesuaian antara kasus dengan teori bahwa diagnosis presentasi bokong dapat ditegakkan melalui pemeriksaan Leopold yang menunjukkan kepala di fundus dan bokong di bawah (Leopold I dan III), serta DJJ yang terdengar paling jelas di atas umbilikus. Pemeriksaan dalam yang menemukan bagian-bagian janin seperti sacrum atau kaki juga mendukung diagnosis ini. Konfirmasi dapat dilakukan melalui USG yang memperlihatkan posisi kepala di fundus dan bokong mendekati jalan lahir (N. Happy 2021).

Saat dilakukan pemeriksaan dalam di Rs menunjukkan hasil pemeriksaan pembukaan 7-8 teraba di bagian terbawah janin teraba bulat, lunak, dan tidak melenting (bokong). Pemeriksaan USG yang dilakukan juga mendukung posisi janin sungsang jenis footling. Temuan ini sesuai dengan teori bahwa presentasi bokong dapat dideteksi melalui palpasi Leopold, auskultasi DJJ, dan dikonfirmasi melalui USG (A. Happy 2021).

Keseluruhan data objektif menunjukkan bahwa asuhan yang dilakukan telah sesuai dengan pedoman teori presentasi bokong dan penatalaksanaan asfiksia. Hal ini menunjukkan kesesuaian antara teori dan praktik di lapangan.

4.3 Analisis

Berdasarkan data subjektif dan objektif yang telah dikaji, maka dapat ditegakkan analisa bahwa Ny. E, usia 25 tahun, G1P0A0, parturient 40–41 minggu kala I fase aktif dengan presentasi bokong di RSUD dr. Slamet Garut.

Diagnosis ini ditegakkan melalui serangkaian pemeriksaan penunjang yang sesuai dengan teori, meliputi palpasi Leopold, auskultasi denyut jantung janin (DJJ), pemeriksaan dalam, dan konfirmasi melalui USG (A. Happy 2021).

Kedua faktor ini, yaitu primigravida dan keterlambatan deteksi posisi janin, saling berkontribusi dalam terjadinya persalinan dengan presentasi bokong pada Ny. E. Hal ini menegaskan pentingnya pemantauan kehamilan secara teratur, khususnya pada kehamilan pertama, agar posisi janin dapat terdeteksi sejak dini dan intervensi yang tepat dapat segera dilakukan.

4.4 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada Ny. E dilakukan sesuai dengan tahapan kala persalinan serta mempertimbangkan kondisi klinis yang terjadi. Pada kala I, dilakukan observasi ketat terhadap kemajuan persalinan, termasuk pemantauan denyut jantung janin, kekuatan kontraksi uterus, dan pembukaan serviks.

Pada kasus Ny. E ditemukan HIS adekuat namun diberikan drip oksitosin sebanyak 5IU secara IV. Sesuai teori, pemberian drip oksitosin seharusnya tidak dilakukan dalam kondisi kontraksi yang telah adekuat. Penatalaksanaan yang sesuai adalah dengan melakukan observasi ketat terhadap kemajuan persalinan serta mempersiapkan tindakan manual seperti Manuver Lovset dan Mauriceau-Smellie-Veit jika diperlukan. Pemberian oksitosin hanya dianjurkan apabila terjadi inersia uteri atau kontraksi tidak efektif, dan harus dilakukan di fasilitas rujukan dengan pengawasan tenaga

kesehatan terlatih (Yanuarini, 2022). Sehingga terdapat kesenjangan antara praktik dan teori.

Saat memasuki kala II, dilakukan episiotomi mediolateral untuk memperluas jalan lahir dan mempercepat pengeluaran janin. Pilihan teknik episiotomi ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa mediolateral lebih aman terhadap perluasan robekan ke anus, meskipun penyembuhannya lebih lama (Naomy & Marie, 2023). Bidan juga melakukan manuver Lovset saat pengeluaran bahu.

Saat memasuki kala II, dilakukan episiotomi untuk memperluas jalan lahir karena bayi lahir dengan presentasi bokong . Keputusan tindakan ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa persalinan sungsang seringkali membutuhkan episiotomi untuk menghindari robekan spontan dan trauma lahir (Dewi & Hana, 2021).

Pada saat pembukaan lengkap dilakukan tindakan persalinan pervaginam dengan menggunakan manuver Lovset dan Mauriceau-Smellie-Veit (MSV). Tindakan ini dilakukan karena bagian bokong janin telah lahir. Kedua manuver ini sesuai dengan teori, di mana penatalaksanaan aktif pada persalinan letak sungsang dapat dilakukan jika janin cukup bulan, tidak terdapat disproporsi sefalopelvik, dan persalinan ditangani oleh tenaga kesehatan terlatih di fasilitas kesehatan yang memadai (Prajatna, 2022). Pelaksanaan kedua tindakan ini bertujuan untuk mencegah komplikasi seperti distosia bahu, asfiksia, dan trauma kepala pada bayi.

Berat badan bayi lahir adalah 2800 gram, panjang 48 cm. Tidak ditemukan cacat bawaan, namun adaptasi pernapasan lambat. Diagnosis asfiksia neonatorum ditegakkan berdasarkan kriteria gangguan napas, sianosis, dan APGAR rendah. Penanganan awal berjalan sesuai protap dan hasilnya bayi tertolong.

Bayi lahir dengan kondisi asfiksia dan segera dilakukan langkah resusitasi neonatus sesuai algoritma Neonatal Resuscitation Program (NRP). Tindakan “JAIKAP” ini meliputi pengeringan, penghisapan jalan napas, stimulasi, dan penggunaan sungkup balon. Bayi dirujuk ke ruang perinatologi untuk pemantauan lebih lanjut. Ini sesuai dengan pedoman penanganan asfiksia neonatorum (Rehatta 2020).

Pada kala III dan IV, dilakukan manajemen aktif persalinan dengan pemberian oksitosin, penjahitan luka episiotomi, observasi perdarahan, dan pemantauan tanda vital ibu. Diberikan edukasi menyusui dini dan rawat gabung jika kondisi ibu dan bayi stabil. Ny. E menunjukkan respons yang baik terhadap intervensi.

Perawatan postnatal meliputi edukasi perawatan luka episiotomi, pemberian analgesik, serta pemantauan involusi uterus dan lochia. Ibu juga diedukasi tentang tanda bahaya masa nifas dan kapan harus kembali ke fasilitas kesehatan. Perawatan ini sesuai dengan teori yang menyebutkan pentingnya edukasi ibu pasca-episiotomi untuk mencegah infeksi dan gangguan psikososial (Fraser and Cooper 2012).

Dengan demikian, seluruh penatalaksanaan dari kala I hingga masa nifas pada Ny. E sesuai dengan teori dan standar pelayanan kebidanan terkini. Penanganan kasus sudah sesuai dengan kebutuhan klinis, dan intervensi dilakukan berdasarkan temuan objektif dan diagnosis yang ditegakkan secara sistematis.

4.5 Pendokumentasian

Pada pendokumentasian dilakukan pencatatan dalam metode pendokumentasian SOAP, dimana pada Data Subjektif dilakukan pencatatandengan cara melakukan Anamnesa atau wawancara kepada pasien, data yang didapat murni didapatkan atas dari jawaban yang bidan dan pengkajitanyakan kepada pasien, menurut dikatakan bahwa data Subjektif berisi sudut pandang pasien atau segala bentuk pernyataan keluhan dari pasien.

Pada Data Objektif yang dicantumkan merupakan data dari hasil yang diperoleh dengan cara melakukan pemeriksaan, dan observasi secara spesifik,dan akurat kepada pasien untuk mendapatkan data dari hasil pemeriksaan sehingga kita dapat menemukan titik permasalahan yang terdapat pada pasien. Setelah di temukan Data Subjektif dan Objektif pada pasien maka dari itu dapat ditegakkan sebuah Analisa atau diagnosa pada pasien yang diperlukan guna pengambilan keputusan atau tindakan yang tepat, hal ini sesuai dengan teori menurut. Dalam buku ajar dokumentasi kebidanan bahwa data objektif merupakan data yang diperoleh dari hasil

pemeriksaan atau observasi bidan atau tenaga kesehatan lain sedangkan Analisa didapatkan dari hasil data Subjektif dan Objektif.

Seperti hal nya pada Ny. E ini dapat ditegakkan sebuah Analisa yaitu G1P0A0 Parturient 40-41 Minggu Kala I Fase Aktif Tahun Dengan LetakSungsang. Dalam Analisa tersebut dijelaskan Kala I Fase Aktif Dengan Letak Sungsang, didapatkan dari hasil pemeriksaan leopold, DJJ, pemeriksaandalam dan USG. Maka dari itu kita dapat menentukan tindakan asuhan atau penatalaksaan dan perencanaan tindakan apa yang akan dilakukan kepada Ny.E tersebut.

BAB V

KESIMPULAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil pemeriksaan asuhan kebidanan pada Ny. E usia 25 tahun G1P0A0 parturient 40–41 minggu dengan presentasi bokong di RSUD dr. Slamet Garut, penulis mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Hasil pengkajian data subjektif menunjukkan bahwa ibu mengeluh mules semakin kuat, keluar lendir darah, dan merasa cemas terhadap proses persalinan. Keluhan tersebut sesuai dengan tanda-tanda persalinan kala I fase aktif.
2. Hasil pengkajian data objektif menunjukkan janin dalam posisi sungsang jenis kaki, DJJ terdengar di atas umbilikus, dan hasil USG mendukung presentasi bokong.
3. Berdasarkan data subjektif dan objektif ditegakkan analisa bahwa Ny. E mengalami persalinan dengan presentasi bokong jenis kaki dan komplikasi asfiksia pada bayi.
4. Penatalaksanaan yang dilakukan meliputi observasi kala demi kala dan ibu diberikan drip oxy 5IU. Penggunaan Tindakan Lovset dan serta tindakan resusitasi bayi dan rujukan ke ruang perinatologi. Terdapat kesenjangan antara teori dan praktik.
5. Asuhan kebidanan pada Ny. E dengan presentasi bokong sudah terdokumentasi menggunakan metode SOAP, dan sebagian besar tindakan sesuai teori, baik pada ibu maupun bayi.

5.2 Saran

1. Untuk Institusi Kesehatan

Meningkatkan keterampilan dalam mendeteksi dini komplikasi letak sungsang melalui pemeriksaan USG minimal tiga kali selama kehamilan, yaitu pada trimester pertama, kedua, dan ketiga (usia kehamilan 32–36 minggu) (Kemenkes RI 2022). Pemeriksaan ini perlu dilengkapi dengan palpasi Leopold dan auskultasi DJJ untuk mengetahui posisi janin secara tepat. Selain itu, pelatihan kepada tenaga kesehatan mengenai penatalaksanaan dini posisi sungsang juga perlu ditingkatkan.

2. Untuk Institusi pendidikan

Diharapkan bagi instansi pendidikan dapat melakukan penilaian sejauh mana kemampuan mahasiswa dalam menerapkan pengetahuan yang telah di dapat dengan mempraktekan dan mengimplementasikannya pada pasien atau klien secara langsung.

3. Untuk pasien

Diharapkan untuk melakukan pemeriksaan kehamilan secara rutin minimal enam kali selama kehamilan dan segera berkonsultasi jika ditemukan posisi janin sungsang. Apabila diketahui sebelum usia kehamilan 36 minggu, pasien dianjurkan melakukan latihan posisi knee-chest secara teratur serta mengikuti semua anjuran tenaga kesehatan guna mencegah komplikasi saat persalinan.

DAFTAR PUSTAKA

- Aston, H., & Hall, J. (2016). *Midwifery Essentials: Labour*. Jakarta: EGC.
- Azizah, N., Rahmawati, D., & Santoso, A. (2023). Kejadian presentasi bokong pada kehamilan cukup bulan di Indonesia. *Jurnal Kebidanan Nasional*, 10(2), 45-53.
- Dinas Kesehatan Jawa Barat. (2023). Laporan surveilans persalinan dan malpresentasi di Jawa Barat. Dinkes Jawa Barat.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Garut. (2024). Data rujukan obstetri RSUD dr. Slamet Kabupaten Garut. Dinkes Garut.
- Peraturan menteri kesehatan. (2023). Peran bidan dalam mendeteksi menangani kasus persalinan sungsang.
- Dwienda, D. (2014). *Asuhan Neonatus, Bayi dan Balita*. Jakarta: Salemba Medika.
- Fitriyani, S. (2024). Perubahan posisi janin selama kehamilan: Studi longitudinal pada kehamilan di Indonesia. *Jurnal Obstetri dan Ginekologi*, 15(1), 12-20.
- Fraser, D. M., & Cooper, M. A. (2012). *Myles Buku Ajar Bidan (Edisi 14)*. Jakarta: EGC.
- Handayani, R., & Mulyati, E. (2017). *Dokumentasi Kebidanan dan Pendokumentasian SOAP*. Bandung: Alfabeta.
- Happy, A. (2021). *Manajemen Kebidanan Persalinan Sungsang*. Bandung: Media Ilmu.
- Happy, N. (2021). Deteksi dini posisi janin dan langkah penanganannya. *Jurnal Kebidanan Praktis*, 8(3), 27-34.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). *Pedoman pelayanan kesehatan ibu hamil dengan komplikasi kehamilan*. Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2022). *Profil Kesehatan Indonesia 2022*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Maulida, D. (2023). Faktor Risiko Presentasi Bokong di RSUD Dr. Soetomo Surabaya. *Jurnal Kebidanan Indonesia*, 10(2), 110–116.

- Maulida, R. (2023). Faktor risiko presentasi bokong pada kehamilan di RSUD Dr. Soetomo Surabaya. *Jurnal Kedokteran dan Kesehatan*, 12(4), 67-75.
- Mulyati. (2023). Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Keberhasilan Posisi Knee-Chest pada Ibu Hamil Trimester III dengan Letak Sungsang. Karawang: Puskesmas Jayakarta.
- Permenkes RI. (2025). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2025 tentang Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Reproduksi. Jakarta: Kemenkes.
- Prajatna, R. (2022). Komplikasi letak sungsang dalam persalinan. *Jurnal Obstetri Indonesia*, 9(2), 33-40
- Pratami, N. (2016). Risiko Episiotomi dan Perawatannya. *Jurnal Kebidanan Nusantara*, 5(1), 25–30.
- Putri, A. D. (2022). Hubungan paritas dengan posisi janin pada kehamilan. *Jurnal Kebidanan dan Kesehatan*, 11(1), 55-60.
- Putri, L. R. (2022). Hubungan Paritas Tinggi dengan Letak Sungsang. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, 8(1), 45–50.
- Rehatta, N. M. (2020). Asuhan Bayi Risiko Tinggi dan Neonatus. Surabaya: Airlangga University Press.
- Sari, A., & Pratiwi, I. (2023). Panduan Asuhan Persalinan Normal dan Komplikasi Kebidanan. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Tando, N. M. (2013). Jenis-Jenis Episiotomi dan Teknik Penjahitan. Medan: Sinar Medika.
- Tucker, S. M. (2015). Aplikasi NANDA Diagnosis dan Penatalaksanaan. Jakarta: EGC.
- Wahyuni, E. (2023). Panduan Praktis Asfiksia Neonatorum untuk Bidan dan Dokter. Surabaya: CV Karya Medika..
- Wahyuni, S. (2023). Komplikasi maternal dan neonatal akibat presentasi bokong. *Jurnal Obstetri dan Neonatologi*, 16(2), 44-51.
- Wardoyo, B. (2023). Prevalensi letak sungsang dan faktor risiko berdasarkan paritas. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, 14(1), 22-29.
- Wardoyo, H. (2023). Prevalensi Letak Sungsang Berdasarkan Paritas di Puskesmas Wilayah Jawa Tengah. *Jurnal Bidan Sejahtera*, 9(1), 32–38.

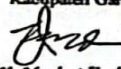
World Health Organization. (2023). Global report on neonatal mortality and malpresentation. WHO Press

Yulianita, E. D., Rosyidah, R., & Widowati, H. (2023). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Janin Letak Sungsang pada Trimester Ketiga. *Jurnal Ilmiah Kebidanan*, 11(2), 88–95.

Morula IVF. (2024). Hal yang perlu di ketahui tentang posisi bayi sungsang yang bertujuan dengan kesehatan perempuan

LAMPIRAN

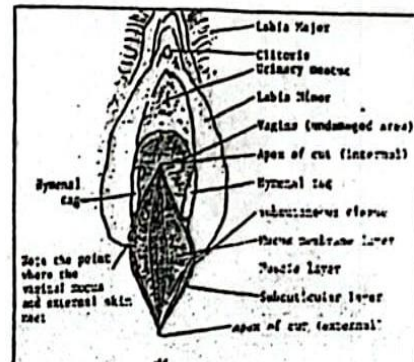
Lampiran 1 : SOP Persalinan Sungsang

 PEMERINTAH KABUPATEN GARUT RSUD dr. SLAMET	LETAK SUNGSANG		
	No. Dokumen : Kep/obg/003/049/2016	No. Revisi :	Halaman 1/2
PANDUAN PRAKTEK KLINIS	Tanggal Terbit : 01/10/2016	Ditetapkan Oleh : Direktur RSUD dr. Slamet Kabupaten Garut  <u>dr. H. Maskut Farid, MM</u> NIP. 19670625 199803 1 004	
BATASAN	Kehamilan dengan anak letak memanjang dengan bokong/kaki sebagai bagian terendah		
KLASIFIKASI	1. Letak bokong murni 2. Letak bokong kaki 3. Letak kaki		
KEBIJAKAN	SK Direktur RSUD dr. Slamet Garut No. Tentang Kebijakan Umum Pelayanan RSUD dr. Slamet Garut.		
ETIOLOGI/FAKTOR PREDIPOSISI	Umumnya penyebab belum jelas, tapi ada beberapa faktor predisposisi : • Multiparitas • Bayi kembar • Hidramnion • Oligohidramnion • Hidrosefal • Anensefal • Letak sungsang pada kehamilan sebelumnya • Tumor-tumor dalam panggul		
DIAGNOSIS	Diagnosis dengan pemeriksaan luar Pemeriksaan penunjang USG dilakukan pada usia kehamilan 32-34 minggu untuk mengetahui : 1. Kelainan janin yang menyebabkan letak sungsang Kelainan diluar janin yang menyebabkan letak sungsang		

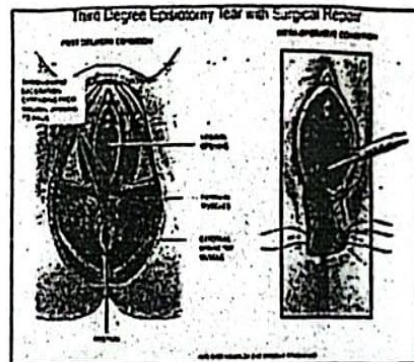
Lampiran 2 : SOP Episiotomi

 PEMERINTAH KABUPATEN GARUT RSUD dr. SLAMET	EPISIOTOMI		
	No. Dokumen : Kep/obg/003/047/2016	No. Revisi :	Halaman 1/3
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit : 01/10/2016	Ditetapkan Oleh : Direktur RSUD dr. Slamet Kabupaten Garut  <u>dr. H. Maskni Farid, MM</u> NIP. 19670625 199803 1 004	
	PENGERTIAN Insisi perineum pada kala II persalinan untuk mencegah robekan perineum secara total dan memperlebar jalan lahir sehingga memudahkan kelahiran janin. Episiotomi ini dilakukan atas indikasi janin atau adanya ancaman robekan perineum total. Saat melakukan episiotomi yaitu kepala atau bokong membuka vulva 3-4 cm.		
TUJUAN			
KEBIJAKAN	SK Direktur RSUD dr. Slamet Garut No. Tentang Kebijakan Umum Pelayanan RSUD dr. Slamet Garut.		
TUJUAN	1. Fasilitas untuk persalinan dengan tindakan atau menggunakan instrumen 2. Mencegah robekan perineum yang kaku atau diperkirakan tidak mampu beradaptasi terhadap regangan yang berlebihan 3. Mencegah kerusakan jaringan pada ibu dan janin pada saat persalinan pada letak / presentasi abnormal (bokong, muka, ubun-ubun kecil di belakang) dengan menyediakan tempat lebih luas untuk persalinan yang aman		
PROSEDUR	Episiotomi Mediana : - Insisi perineum dari komisura posterior sepanjang garis tengah ke bawah menuju ke muskulus sfingter ani - Dilakukan pada persalinan kurang bulan Episiotomi Mediolateral : - Insisi perineum dimulai pada komisura posterior, kemudian diteruskan ke lateral - Sering timbul perdarahan, karena pleksus bulbokavernosus ikut terluka - Untuk persalinan cukup bulan		
	Terapi : - Antibiotik		

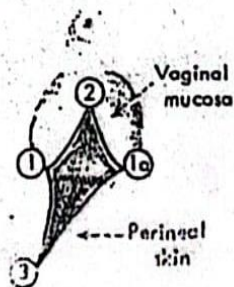
- Kompres betadine



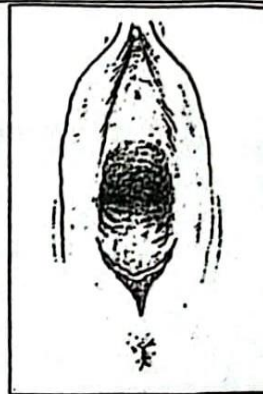
Gambar 1
Skema Luka Episitomi Media



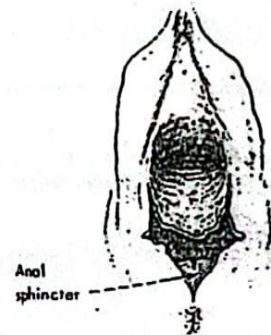
Gambar 2
Repair Robekan Parineum Tingkat III



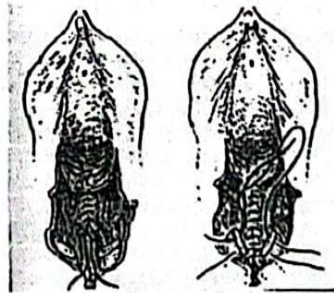
Gambar 3
Hubungan antara Kulit Perineum dengan Mukosa Vagina



Gambar 4
Robekan Perineum Derajat II



Gambar 5
Robekan Perineum Derajat III



Gambar 6
Repair Robekan Perineum Derajat III - IV

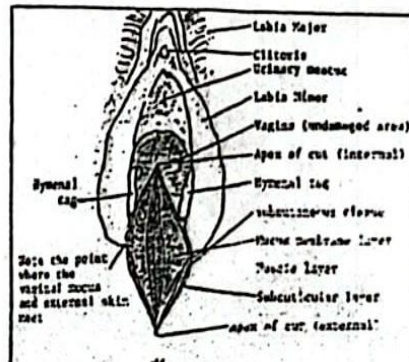
Lampiran 3 : SOP Asfiksia Neonatorum

ASFIKZIA NEONATORUM			
 PEMERINTAH KABUPATEN GARUT RSUD dr. SLAMET	No. Dokumen YM/Kep/Per/002/08/2017	No. Revisi	Halaman 1/2
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 2 Januari 2017	Ditetapkan Oleh : Direktur RSUD dr. Slamet Kabupaten Garut  dr H. Maskut Farid, MM NIP: 196706251998031004
Pengertian	Asfiksia Neonatorum adalah kegagalan nafas secara spontan dan teratur pada bayi baru lahir. Prinsip dasar : 1. Asfiksia merupakan penyebab kematian neonatal dan kecacatan 2. Asfiksia perinatal dapat terjadi selama antepartum, intra partum maupun post partum 3. Ditandai dengan : a. bayi tidak bernapas atau napas megap-megap b. denyut jantung < 100x/menit c. kulit sianosis, pucat d. tonus otot menurun 4. untuk diagnosis asfiksia tidak perlu menunggu nilai APGAR		
Tujuan	1. Menangani asfiksia Neonatorum 2. Mengurangi angka kematian dan kecacatan pada neonatus		
Kebijakan Prosedur	SK NO 27.2/Kep/145/2013 tentang Akses ke Pelayanan dan Kontinuitas 1. Lakukan langkah Resusitasi (lihat bagan resusitasi) 2. Kolaborasi dokter dalam pemberian terapi medikamentosa 3. Beri oksigen bila perlu atau bayi masih sianosis saturasi oksigen yang ditunjukkan oleh oksimetri belum mencapai target sesuai usia bayi. Kurangi sampai batas terendah secara bertahap 4. Perawatan dan pemantauan pasca resusitasi : a. Bayi dirawat di ruang perinatologi bukan dirawat gabung, untuk pemantauan keadaan pasca asfiksia b. Pantau keadaan umum bayi, frekuensi jantung, frekuensi dan irama nafas, saturasi oksigen dengan alat oksimetri, tangis bayi, kesadaran, produksi urin dan suhu bayi. c. Jaga kehangatan bayi, masukkan bayi pasca resusitasi di incubator atau cuvis sesuai berat badan dan masa gestasi bayi		

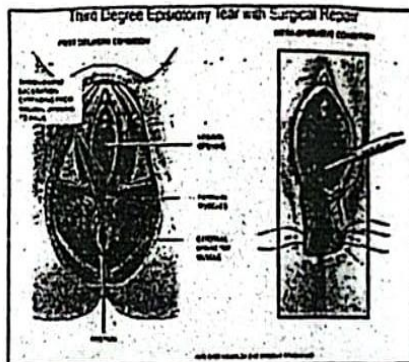
	d. Periksa kadar gula 4 jam pasca resusitasi e. Perhatian khusus diberikan pada waktu malam hari 5. Mencatat tindakan resusitasi a. Kondisi bayi saat lahir b. Tahapan resusitasi yang telah dilakukan c. Waktu antara lahir dengan memulai pernapasan d. Pengamatan klinis selama dan sesudah tindakan resusitasi e. Hasil tindakan resusitasi f. Bila resusitasi gagal, apa kemungkinan penyebab kegagalan g. Nama-nama tenaga kesehatan yang melakukan tindakan resusitasi 6. Yakinkan bayi mampu minum dan mempunyai refleks hisap dan telan setelah keadaan bayi stabil tanpa oksigen dengan pemberian ASI dan menetek pada ibu 7. Bila bayi tidak dapat langsung menetek dan masih memakai oksigen berikan ASI perah dengan pipa lambung 8. Bila bayi tidak dapat menerima asupan dengan pipa lambung sekaligus, pasang jalur infus dan beri cairan infus D10% sesuai dosis rumatan. 9. Konseling pada keluarga a. Bila resusitasi berhasil : beritahu ibu dan keluarga tentang keadaan bayi, serta dituadanya untuk dilakukan IMD dan rawat gabung b. Bila resusitasi gagal : beri dukungan emosional pada keluarga terutama orang tua bayi
Unit terkait	Unit Maternal (Bersalin) Unit Perinatologi IGD IBS

PENGELOLAAN	<i>Dalam kehamilan :</i> Dilakukan versi pada usia kehamilan ≥ 34 minggu (lihat bab versi luar) <i>Dalam persalinan</i> • Bila dicoba dilakukan VL (lihat bab VL) • Bila VL tidak berhasil perhatikan keadaan sebagai berikut : - Panggul sempit - Anak mahal - Primi tua - TBBJ ≥ 3500 gram - Usia kehamilan kurang dari 37 minggu dengan TBBJ ≥ 1800 gram, (menghubungi bagian perinatologi untuk persalinan preterm); - Bila didapatkan salah satu keadaan tersebut diatas, persalinan dilakukan per abdominal - Bila keadaan diatas tidak ada, persalinan direncanakan pervaginam dengan memperhatikan hal-hal sebagai berikut : 1. Persalinan harus lancar 2. Awasi kemungkinan tali pusat menumbung pada ketuban yang sudah pecah. 3. Tetes oksitosin dibatasi hanya 1 labu. 4. Dilakukan penilaian skor Zatuchni. (lihat bab Zatuchni) Pada Kala II Cara persalinan dapat dilakukan • Persalinan spontan (Bracht) Dalam keadaan tertentu dapat dilakukan manual aid (teknik lihat obstetri operatif)
---------------------------	--

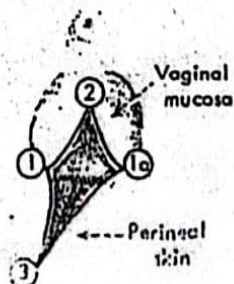
- Kompres betadine



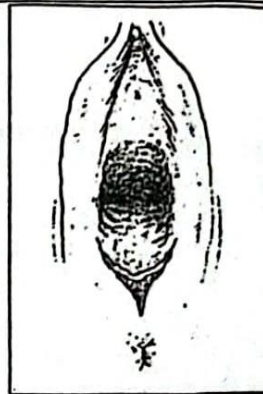
Gambar 1
Skema Luka Episitomi Media



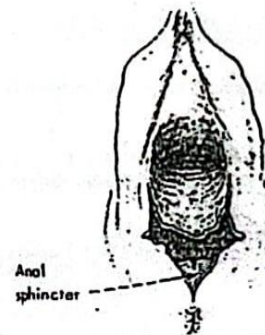
Gambar 2
Repair Robekan Parineum Tingkat III



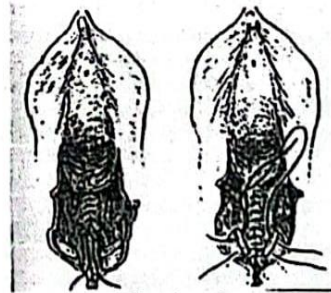
Gambar 3
Hubungan antara Kulit Perineum dengan Mukosa Vagina



Gambar 4
Robekan Perineum Derajat II



Gambar 5
Robekan Perineum Derajat III



Gambar 6
Repair Robekan Perineum Derajat III - IV

	d. Periksa kadar gula 4 jam pasca resusitasi e. Perhatian khusus diberikan pada waktu malam hari 5. Mencatat tindakan resusitasi a. Kondisi bayi saat lahir b. Tahapan resusitasi yang telah dilakukan c. Waktu antara lahir dengan memulai pernapasan d. Pengamatan klinis selama dan sesudah tindakan resusitasi e. Hasil tindakan resusitasi f. Bila resusitasi gagal, apa kemungkinan penyebab kegagalan g. Nama-nama tenaga kesehatan yang melakukan tindakan resusitasi 6. Yakinkan bayi mampu minum dan mempunyai refleks hisap dan telan setelah keadaan bayi stabil tanpa oksigen dengan pemberian ASI dan menetek pada ibu 7. Bila bayi tidak dapat langsung menetek dan masih memakai oksigen berikan ASI perah dengan pipa lambung 8. Bila bayi tidak dapat menerima asupan dengan pipa lambung sekaligus, pasang jalur infus dan beri cairan infus D10% sesuai dosis rumatan. 9. Konseling pada keluarga a. Bila resusitasi berhasil : beritahu ibu dan keluarga tentang keadaan bayi, serta dituadanya untuk dilakukan IMD dan rawat gabung b. Bila resusitasi gagal : beri dukungan emosional pada keluarga terutama orang tua bayi
Unit terkait	Unit Maternal (Bersalin) Unit Perinatologi IGD IBS