

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN NY.A USIA 30
TAHUN G₂P₁A₀ PARTURIEN 37-38 MINGGU DENGAN
PRESENTASI BOKONG DI RUANG AGATE BAWAH
RSUD dr. SLAMET GARUT**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Diajukan Untuk Menyelesaikan Program Studi DIII Kebidanan
Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kebidanan
Institut Kesehatan Karsa Husada Garut

NINA NAISYAH

KHGB23034



**INSTITUT KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN
PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN**

2026

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa:

1. Laporan Tugas Akhir (LTA) saya ini adalah asli dan belum pernah di ajukan untuk mendapatkan gelar akademik Amd.Keb baik di Institut Kesehatan Karsa Husada Garut maupun di perguruan tinggi lain.
2. Laporan Tugas Akhir ini murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan Tim pembimbing.
3. Laporan Tugas Akhir ini tidak terdapat karya atau pendapat lain yang telah di tulis atau dipublikasikan orang lain kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh karena karya ini, serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di Institut Kesehatan Karsa Husada.

Garut, Juni 2026

Yang membuat pernyataan

(Nina Naisyah)
NIM: KHGB23034

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

LAPORAN TUGAS AKHIR

JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. A USIA 30
TAHUN G₂P₁A₀ PARTURIEN 37-38 MINGGU
DENGAN PRESENTASI BOKONG DI RUANG
AGATE BAWAH RSUD dr. SLAMET GARUT

NAMA MAHASISWA : NINA NAISYAH

NIM : KHGB23034

Laporan Tugas Akhir Ini Telah Disetujui Untuk Disidangkan
Dihadapan Tim Penguji Program Studi D3 Kebidanan
Fakultas Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan
Institut Kesehatan Karsa Husada Garut

Garut, 13 Juni 2026

Menyetujui,

Pembimbing



Hj. Esa Risi Suazini, S.Keb., M.K.M

NIK: 042039.1004.031

Mengetahui

Ketua Program Studi DIII-Kebidanan



Lina Humaeroh, SST., M.Kes

NIK: 042039.1009.064

LEMBAR PENGESAHAN

LAPORAN TUGAS AKHIR

JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. A USIA 30
TAHUN G₂P₁A₀ PARTURIEN 37-38 MINGGU
DENGAN PRESENTASI BOKONG DI RUANG
AGATE BAWAH RSUD dr. SLAMET GARUT

NAMA MAHASISWA : NINA NAISYAH
NIM : KHGB23034

Laporan Tugas Akhir Ini Telah Disidangkan Dihadapan Tim Penguji
Program Studi D3 Kebidanan Fakultas Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan
Institut Kesehatan Karsa Husada Garut

Garut, 17 Juni 2026

Mengesahkan,

Pembimbing

Hj. Esa Rizi Suazini, S.Keb.,M.K.M
NIK: 042039.1004.031

Penela'ah I

Bdn. Dian Fitriyani, SST.,M.Keb
NIK: 042039.0823.180

Penela'ah II

Rosita Alvia, SST.,M.K.M
NIK: 042039.0412.106

Mengetahui

Ketua Program Studi DIII-Kebidanan

Lina Humaeroh, SST.,M.Kes
NIK: 042039.1009.064

KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur kehadiran Allah SWT yang telah memberikan Rahmat dan Karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini dengan judul “ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN NY. A USIA 30 TAHUN G₂P₁A₀ PARTURIEN 37-38 MINGGU DENGAN PRESENTASI BOKONG DI RUANG AGATE BAWAH RSUD dr. SLAMET GARUT”. Laporan Tugas Akhir ini diajukan untuk menyelesaikan Program Studi Diploma III Kebidanan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.

Dalam Penyusunan ini, penulis mendapatkan begitu banyak bimbingan, bantuan, dan saran serta dorongan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Dr. H. Hadiat., MA., selaku Ketua Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Sulastini, S.Kep, Ners, M.Kep. selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kebidanan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.
3. Dr. Iwan Wahyudi, S.,Kep.,Ners.,M.Kep., selaku Rektor Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.
4. Lina Humaeroh, SST.,M.Kes selaku Ketua Prodi DIII Kebidanan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.

5. Hj. Esa Risi Suazini, S.Keb.,M.K.M selaku pembimbing yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan serta saran kepada penulis dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.
6. Bdn. Dian Fitriyani, SST.,M.Keb selaku penguji I Laporan Tugas Akhir.
7. Rosita Alvia, SST.,M.K.M selaku penguji II Laporan Tugas Akhir.
8. Para Dosen dan Staf Kependidikan dan Tata Usaha di lingkungan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut, yang telah memberikan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat serta motivasi selama penulis mengikuti pendidikan.
9. Yulan Yunari, S.Tr. Keb, selaku *Clinical Instructure* Ruang Agate Bawah yang selalu memberikan semangat dan memberikan fasilitas selama saya praktik di RSUD dr. Slamet Garut.
10. Ny. A selaku pasien saya, yang telah berkenan untuk mempersilahkan saya melakukan asuhan dan bersedia untuk menjadikan asuhan ini menjadi Laporan Tugas Akhir.

Mudah-mudahan segala kebaikan dan bantuan yang telah di berikan kepada penulis di balas oleh Allah SWT. Akhirnya, penulis berharap semoga laporan Tugas Akhir ini bermanfaat khususnya bagi penulis, umumnya bagi para pembaca. Penulis telah berupaya semaksimal mungkin dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini, namun sebagai manusia tidak luput dari kesalahan dan kekhilafan. Oleh karena itu, dengan penuh rasa rendah hati penulis menerima kritik dan saran para pembaca guna yang sifatnya untuk membangun dan untuk perbaikan selanjutnya.

Akhir kata saya ucapkan terimakasih. Laporan Tugas Akhir ini semoga bermanfaat bagi semua pihak. Aamiin yaa robbal'alam.

Garut, Juni 2026

Penulis

LEMBAR PERSEMBAHAN

Dengan mengucapkan *Alhamdulillah* puji syukur kepada Allah SWT, yang telah memberikan nikmat yang sangat luar biasa, memberikan saya kekuatan, membekali dengan ilmu pengetahuan serta memperkenalkan saya dengan cinta. Atas karunia dan kemudahan yang engkau berikan, akhirnya laporan tugas akhir ini dapat di selesaikan tepat waktu. Sholawat serta salam semoga tercurah limpahkan kepada baginda Rasulullah SAW.

Rasa syukur dan bahagia ini saya persembahkan kepada orang-orang yang saya cintai dan berarti di hidup saya karena menjadi penyemangat atas segala perjuangan selama ini sehingga menjadi alasan terkuat dalam proses penyelesaian tugas akhir

1. Terimakasih banyak kepada cinta pertama dan pintu surgaku, Bapak Endang dan Ibu Elin Suryati, dua orang yang sangat berjasa dalam hidup penulis, dua orang yang menjadi sumber kekuatan di setiap langkah penulis, dua orang yang selalu mengusahakan anak perempuan pertamanya ini untuk bisa menempuh pendidikan setinggi-tingginya. Terimakasih yang tak terhingga telah memberikan kasih sayang, dan dukungan, memberikan banyak motivasi, nasehat, dan selalu mendo'akan di setiap langkah penulis. Semoga ini menjadi awal untuk membuat mama dan bapak bangga dan bahagia. Sehat selalu, panjang umur, karena mama dan bapak harus selalu ada di setiap perjalanan dan pencapaian hidup penulis.

2. Kepada cinta dan kasih sayang kedua, adik kandung saya Nayla Khairunnissa, terimakasih atas semangat, do'a dan cinta yang selalu di berikan kepada penulis. Tumbuh dan terus berproseslah menjadi versi yang lebih baik.
3. Kepada seseorang yang telah menemani perjalanan saya selama beberapa tahun terakhir. Fahmi Ahmad Fauzi, M.Pd. Terimakasih karena telah bertahan, memberikan dukungan tanpa pamrih, dan selalu mengingatkan saya untuk tetap percaya pada proses, di tengah berbagai tantangan yang penulis hadapi. Terimakasih telah berkontribusi banyak dalam penulisan ini. Penulis belajar bahwa kehadiran seseorang yang tulus dapat menjadi sumber kekuatan. Semoga setiap langkah yang telah kita perjuangkan membawa kita pada masa depan yang lebih baik.
4. Kepada sahabat saya, Ana Wasilah, Dea Khoirunissa, Euis Sila, Ranti Aulia, Aqilah Nuraeni, Meisya dan Sakila Novianti. Terimakasih atas dukungan, do'a, semangat, dan kontribusi yang telah di berikan kepada penulis selama perkuliaham hingga waktu penulisan tugas akhir.
5. *Last but not least, I wanna thank me. I wanna thank for my self*, yang telah mampu berjuang dan bertahan sampai detik ini. Sudah banyak perjalanan dan pencapaian yang dilalui dengan baik, dan mampu mengendalikan diri dari berbagai tekanan di luar dan tak pernah memutuskan menyerah sesulit apapun, ini merupakan pencapaian yang patut di banggakan untuk diri sendiri. Bismillah untuk memulai perjalanan selanjutnya untuk menjemput kesuksesan yang di ridhoi oleh Allah SWT.

DAFTAR ISI

LEMBAR PERNYATAAN	i
LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
LEMBAR PERSEMBAHAN	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR ISTILAH	xii
DAFTAR SINGKATAN.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Tujuan Pengkajian.....	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus.....	5
1.4 Metode Pengumpulan Data	6
1.4.1 Data Primer.....	6
1.4.2 Data Sekunder.....	6
1.5 Waktu dan Tempat Pengkajian.....	7
1.5.1 Waktu Pangkajian.....	7
1.5.2 Tempat Pengkajian.....	7
1.6 Manfaat Penulis	7

BAB II TINJAUAN TEORI	8
2.1 Pengertian Persalinan	8
2.1.1 Tanda-Tanda Persalinan	8
2.1.2 Tanda-Tanda Persalinan	8
2.1.3 Tahapan Persalinan	8
2.2 Persalinan Presentasi Bokong	9
2.2.1 Pengertian Persalinan Presentasi Bokong	9
2.3 Klasifikasi Presentasi Bokong	10
2.4 Etiologi Persalinan Presentasi Bokong	11
2.4.1 Faktor janin	12
2.4.2 Faktor Ibu	13
2.5 Patofisiologi Persalinan Presentasi Bokong	14
2.6 Tanda dan Gejala	15
2.6.1 Tanda	15
2.6.2 Gejala	17
2.7 Komplikasi Persalinan Sungsang	18
2.7.1 Komplikasi Pada Ibu	18
2.7.2 Komplikasi Pada Bayi	18
2.8 Prenatal Yoga	20
2.8.1 Gerakan Posisi Yoga Untuk Posisi Optimal Janin	20
2.9 Penanganan Presentasi Bokong	21
2.10 Peran Dan Wewenang Bidan	25
2.10.1 Peran Bidan	25
2.10.2 Wewenang Bidan	26
2.11 Algoritma Penanganan Persalinan Sungsang	27

2.12 SOP Persalinan Sungsang.....	28
BAB III TINJAUAN KASUS	30
3.1 Asuhan Kebidanan Kehamilan Pada Ny. A Usia 30 Tahun G ₂ P ₁ A ₀ Gravida 37-38 Minggu Dengan Presentasi Bokong di Ruang Agate Bawah RSUD dr. Slamet Garut.....	30
3.2 Asuhan Kebidanan Ibu Nifas Pada Ny.A Usia 30 Tahun P ₂ A ₀ Postpartum 12 jam di RSUD dr. Slamet Garut.....	45
3.3 Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir Ny.A 2 jam neonatus Di RSUD dr. Slamet Garut	49
BAB IV PEMBAHASAN	61
4.1 Data Subjektif.....	61
4.2 Data Objektif.....	63
4.3 Analisa.....	64
4.4 Penatalaksanaan.....	65
BAB V PENUTUP	68
5.1 Kesimpulan.....	68
5.2. Saran	69
DAFTAR PUSTAKA.....	70
DAFTAR LAMPIRAN	72

DAFTAR ISTILAH

Presentasi bokong	Keadaan janin dengan bokong atau kaki sebagai bagian terbawah yang memasuki jalan lahir.
<i>Frank Breech</i>	Presentasi bokong dengan kedua tungkai lurus kearah kepala.
<i>Complete Breech</i>	Presentasi bokong dengan kedua paha dan lutut dalam posisi fleksi.
<i>Incomplete Breech</i>	Presentasi bokong dengan satu atau kedua kaki/ lutut menjadi bagian terbawah.
Leopold	Metode pemeriksaan palpasi abdomen untuk menentukan posisi, presentasi, dan penurunan janin. Fundus Uteri Bagian paling atas Rahim.
Prematuritas	Persalinan yang terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu.
Gemelli	Kehamilan kembar
Polihidramnion	Jumlah cairan ketuban yang berlebihan
Oligohidramnion	Jumlah cairan ketuban yang kurang dari normal.
<i>CephalopelvicDisproportion</i>	Ketidaksesuaian ukuran kepala janin dengan panggul.
Distosia	Persalinan yang mengalami hambatan atau kesulitan.
Asfiksia Neonaturum	Gangguan pernafasan bayi baru lahir akibat kekurangan oksigen.

<i>Knee-Chest Position</i>	Posisi lutut dan dada menempel lantai untuk membantu rotasi janin.
Bracht	Teknik persalinan spontan pada presentasi sungsang.
Manual Aid	Teknik membantu persalinan bokong menggunakan tangan penolong.
Muller	Teknik membantu melahirkan bahu pada persalinan bokong.
Lovset	Manuver untuk melahirkan lengan janin pada presentasi bokong.
Hipomoklion	Titik tumpu pergerakan janin selama proses persalinan.
Laterofleksi	Gerakan membengkok ke arah samping.
Partograf	Grafik pemantauan kemajuan persalinan.
Episiotomi	Sayatan perineum untuk memperluas jalan lahir.
Laserasi	Robekan jalan lahir.
Postpartum	Masa setelah persalinan hingga enam minggu.
Lochea Rubra	Pengeluaran darah nifas pada hari-hari awal setelah melahirkan.

DAFTAR SINGKATAN

WHO	<i>World Health Organization.</i>
AKI	Angka Kematian Ibu.
APD	Alat Perlindungan Diri.
ANC	<i>Antenatal Care.</i>
CPD	<i>Cephalopelvic Disproportion.</i>
UK	Usia Kehamilan.
USG	Ultrasonografi
HPHT	Hari Pertama Haid Terakhir.
HPL	Hari Perkiraan Lahir.
TT	Tetanus Toksoid.
TTV	Tanda Tanda Vital.
SpO ₂	Saturasi Oksigen Perifer.
TFU	Tinggi Fundus Uteri.
DJJ	Detak Jantung Janin.
PAP	Pintu Atas Panggul.
RL	Ringer Laktat.
BBL	Bayi Baru Lahir.
PTT	Peregangan Tali Pusat Terkendali.
IU	Intra Uterine.

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pembangunan sumber daya manusia merupakan salah satu strategi dalam pelaksanaan misi nawacita dan pencapaian sasaran visi Indonesia tahun 2045. pembangunan sumber daya dimulai dengan pembangunan keluarga sebagai bagian terkecil dari masyarakat, keluarga memainkan peran penting bagi bangsa untuk membentuk sumber daya manusia yang unggul dalam menjamin pertumbuhan, perkembangan, dan produktivitas seluruh anggota keluarga yang dapat ditentukan oleh derajat kesehatan.

Derajat kesehatan masyarakat merupakan indikator utama yang digunakan untuk mengevaluasi keberhasilan program kesehatan, salah satu fokus utama dalam peningkatan kualitas kesehatan adalah angka kematian ibu. Angka kematian tersebut menjadi salah satu isu penting yang dihadapi Indonesia khususnya kesehatan ibu. Penurunan angka kematian menunjukkan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan, peningkatan akses terhadap pelayanan, dan peningkatan kesadaran masyarakat tentang pentingnya kesehatan ibu (United Nations, 2022).

Angka kematian ibu (AKI) di seluruh dunia menurut *World Health Organization* (WHO) mencapai 287.000 perempuan meninggal selama kehamilan dan persalinan pada tahun 2020. Hal ini disebabkan oleh berbagai komplikasi yang dialami ibu. Komplikasi utama yang menyebabkan hampir

75% dari seluruh kematian ibu Adalah pendarahan hebat, infeksi, tekanan darah tinggi selama kehamilan, komplikasi kehamilan, dan aborsi yang tidak aman (WHO, 2023).

Menurut data Kementrian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2024, terdapat 4.150 kasus kematian ibu di Indonesia. Penyebab kematian ibu terbanyak yaitu komplikasi non-obstetrik sebanyak 1.351 kasus, hipertensi dalam kehamilan sebanyak 988 kasus pendarahan obstetrik sebanyak 955 kasus, komplikasi obstetrik lain sebanyak 506 kasus, infeksi terkait kehamilan sebanyak 209 kasus, komplikasi abortus sebanyak 94 kasus, dan komplikasi manajemen tidak terantisipasi sebanyak 47 kasus. Komplikasi obstetrik tersebut dapat di pengaruhi oleh kelainan letak janin, salah satunya presentasi sungsang (Kementrian Kesehatan RI, 2024).

Presentasi bokong memiliki hubungan yang erat dengan angka kematian ibu (AKI), sebab kehamilan dengan letak sungsang berkontribusi secara langsung terhadap meningkatnya AKI melalui peningkatan risiko komplikasi obstetric yang berbahaya, seperti pendarahan, ruptur uteri, serta trauma jalan lahir yang dapat berujung pada kematian ibu. Berdasarkan data yang di kemukakan oleh Mochtar (2022), kehamilan dengan presentasi bokong (sungsang) menyumbang sebesar 13% dari seluruh penyebab kematian ibu di Indonesia. Angka tersebut menjadikan presentasi bokong sebagai salah satu penyebab kematian ibu yang cukup signifikan, sehingga memerlukan perhatian serius dan penanganan yang tepat dari tenaga kesehatan.

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kabupaten Garut, terdapat 50 kasus kematian ibu dari sekitar 41.652 kelahiran hidup, sehingga diperoleh angka kematian ibu sekitar 0,12% atau setara ± 120 per 100.000 kelahiran hidup (Dinas Kesehatan Kabupaten Garut, 2024).

Kejadian letak sungsang berkisar antara 2-3% dari seluruh persalinan dan bervariasi di berbagai tempat, termasuk di Jawa Barat. Sekalipun kejadiannya kecil, presentasi sungsang mempunyai penyulit yang besar dengan angka kematian sekitar 20% sampai 30%. Untuk mengetahui adanya kelainan letak sungsang, dilakukan palpasi abdominal (Leopold), pemeriksaan auskultasi DJJ yang berada di atas umbilikus, dan pemeriksaan penunjang USG (Putri dkk., 2022).

Kehamilan dengan letak sungsang merupakan salah satu faktor penyebab angka kematian ibu (AKI). Komplikasi yang dapat terjadi antara lain perdarahan akibat trauma jalan lahir, atonia uteri, sisa plasenta, serta infeksi secara asenden dari faktor ibu maupun faktor bayi. Pada janin, dapat terjadi perdarahan intrakranial, perdarahan alat-alat vital, infeksi karena manipulasi, asfiksia, hingga lahir mati akibat lilitan tali pusat (Latifa, 2021).

Beberapa penelitian telah mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian presentasi bokong. Penelitian Ilhamjaya & Tawali (2021) menyatakan bahwa multiparitas merupakan faktor terbesar kejadian letak sungsang, karena dinding uterus yang longgar akibat peregangan berulang menyebabkan janin lebih bebas bergerak dan sulit mempertahankan posisi kepala di bawah. Rahayu & Pertiwi (2023) dalam penelitiannya menyimpulkan

bahwa Riwayat persalinan sungsang pada kehamilan sebelumnya menjadi faktor risiko tertinggi untuk mengalami presentasi bokong Kembali, dan kejadian ini berhubungan langsung dengan meningkatnya angka mordibitas dan mortalitas ibu bersalin. Penelitian Riskiani dkk. (2024) juga menunjukkan bahwa deteksi dini letak sungsang berhubungan signifikan dengan luaran persalinan, dimana keterlambatan dalam mendeteksi presentasi bokong dapat meningkatkan risiko komplikasi yang berkontribusi pada kematian ibu maupun bayi.

Berdasarkan data persalinan letak sungsang yang terjadi di RSUD dr. Slamet Garut, sepanjang tahun 2025-2026 (April) didapatkan data persalinan letak sungsang yang ditangani di RSUD dr. Slamet Garut yaitu tahun 2025 sebanyak 189 orang, dan tahun 2026 (sampai bulan April) sebanyak 61 orang.

Bidan memiliki peran penting dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu, termasuk dalam menghadapi kondisi patologis seperti kehamilan sungsang. Dalam situasi ini, bidan berkontribusi melalui pemberian asuhan kebidanan yang sesuai dengan kewenangan dan kompetensi, serta melakukan kolaborasi efektif dengan tenaga medis lainnya. Hal ini sesuai dengan acuan Peraturan Menteri Kesehatan No. 28 Tahun 2017 dan Keputusan Menteri Kesehatan No. 320 Tahun 2020.

Berdasarkan latar belakang di atas maka dari itu penulis tertarik melakukan kajian dengan judul “Asuhan kebidanan pada ibu bersalin Ny. A usia 30 tahun G₂P₁A₀ parturien 37-38 minggu dengan Presentasi Bokong”.

1.2 Rumusan Masalah

Dari latar belakang yang telah di uraikan maka rumusan masalah pada kasus ini yaitu “Asuhan kebidanan pada ibu bersalin Ny. A usia 30 tahun G₂P₁A₀ parturien 37-38 minggu dengan Presentasi Bokong”.

1.3 Tujuan Pengkajian

1.3.1 Tujuan Umum

Melakukan asuhan kebidanan ibu bersalin pada Ny. A usia 30 tahun G₂P₁A₀ Parturien 37-38 minggu dengan Presentasi Bokong di RSUD dr. Slamet Garut melalui pendokumentasian dalam bentuk SOAP.

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1) Melakukan pengkajian data Subjektif pada Ny. A usia 30 tahun G₂P₁A₀ Parturien 37-38 Minggu dengan Presentasi Bokong di Ruang VK RSUD dr. Slamet Garut.
- 2) Melakukan pengkajian data Objektif pada Ny. A usia 30 tahun G₂P₁A₀ Parturien 37-38 Minggu dengan Presentasi Bokong di Ruang VK RSUD dr. Slamet Garut dengan menggunakan pendokumentasian SOAP.
- 3) Menentukan Analisa pada Ny. A usia 30 tahun G₂P₁A₀ Parturien 37-38 Minggu dengan Presentasi Bokong di Ruang VK RSUD dr. Slamet Garut.
- 4) Melakukan Penatalaksanaan pada Ny. A usia 30 tahun G₂P₁A₀ parturien 37-38 Minggu dengan Presentasi Bokong di Ruang VK RSUD dr. Slamet Garut.

- 5) Melakukan pendokumentasian pada Ny.A usia 30 tahun G₂P₁A₀ Parturien 37-38 Minggu dengan Presentasi Bokong di Ruang VK RSUD dr. Slamet Garut.

1.4 Metode Pengumpulan Data

Penulisan melakukan asuhan kebidanan secara langsung kepada pasien. Adapun teknik pengumpulan data yaitu:

1.4.1 Data Primer

1) Observasi

Dengan pengamatan langsung pada keadaan pasien dan keadaan psikologis serta keadaan umumnya untuk mendapatkan data objektif.

2) Wawancara

Wawancara yang di lakukan pada Ny. A untuk mendapatkan data subjektif.

1.4.2 Data Sekunder

1) Jurnal Penelitian

Mengumpulkan jurnal-jurnal penelitian yang mengandung penelitian tersebut

2) Catatan Rekam Medik Pasien

Mengumpulkan sumber informasi dari kumpulan rekam medik pasien yang sedang di kaji.

3) Sumber Lainnya

Yaitu melihat dari buku KIA dan buku catatan perkembangan pasien.

1.5 Waktu dan Tempat Pengkajian

1.5.1 Waktu Pengkajian

Waktu pengkajian di lakukan pada tanggal 31 Maret – 02 April 2026 di RSUD dr. Slamet Garut.

1.5.2 Tempat Pengkajian

Asuhan kebidanan ini bertempat di Ruang Agate Bawah RSUD dr. Slamet Garut.

1.6 Manfaat Penulis

1) Bagi Penulis

Dapat meningkatkan pengetahuan dan kemampuan penulis dalam mendeskripsikan kasus dan menganalisa kasus tersebut dalam berbagai macam referensi serta dapat mengaplikasikan teori yang telah di dapat di perkuliahan dalam penanganan kasus persalinan dengan presentasi bokong.

2) Bagi Lahan Praktik

Untuk dokter, bidan, dan perawat dapat menambah pengalaman dan saling tukar menukar pikiran dan ilmu, sehingga dapat diaplikasikan lewat Tindakan asuhan kebidanan ibu bersalin dengan presentasi bokong.

3) Bagi Institusi Pendidikan

Dapat digunakan sebagai bahan kajian dalam mencari referensi untuk mahasiwa kebidanan selanjutnya yang melakukan studi kasus tentang presentasi bokong.

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain. Proses ini dimulai dengan adanya kontraksi persalinan, yang ditandai dengan perubahan serviks dan diakhiri dengan kelahiran plasenta (Mochtar, 2022).

2.1.2 Tanda-Tanda Persalinan

Sebelum persalinan dimulai adapun tanda-tanda persalinan yaitu:

- 1) Kepala turun memasuki pintu atas panggul terutama pada primigravida.
- 2) Perut kelihatan lebih melebar.
- 3) Perasaan sering atau susah buang air kecil karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin.
- 4) Timbul his permulaan yang bersifat tidak teratur.
- 5) Keluarnya lendir bercampur darah dari jalan lahir.

2.1.3 Tahapan Persalinan

Persalinan dibagi menjadi empat kala atau tahapan. Kala I (Kala Pembukaan) adalah periode dari awal persalinan sampai pembukaan serviks lengkap (10 cm), terdiri atas fase laten (0–3 cm) dan fase aktif (4–10 cm). Kala II (Kala Pengeluaran Janin) dimulai dari pembukaan lengkap hingga bayi lahir. Lama kala 2 pada primigravida 1 jam dan pada multipara 2 jam.

Kala III (Pengeluaran Plasenta) berlangsung setelah bayi lahir hingga plasenta lahir. Kala IV (Kala Pengawasan) dimulai dari lahirnya plasenta sampai dua jam postpartum untuk memantau kondisi ibu terhadap bahaya perdarahan. (Prawirohardjo, 2022).

2.2 Persalinan Presentasi Bokong

2.2.1 Pengertian Persalinan Presentasi Bokong

Letak sungsang adalah salah satu posisi janin yang kurang ideal menjelang persalinan, dimana kepala janin berada di bagian atas rahim, sementara bokong atau kaki berada di bagian bawah, dekat dengan jalan lahir. Posisi ini dapat menimbulkan berbagai komplikasi selama persalinan.

Persalinan sungsang adalah proses persalinan dimana janin berada dalam posisi memanjang di dalam rahim dengan bokong atau kaki sebagai bagian terbawah yang memasuki jalan lahir terlebih dahulu, sedangkan kepala janin berada di bagian atas rahim atau fundus uteri. Keadaan ini termasuk salah satu bentuk kelainan presentasi janin atau malpresentasi yang dapat menimbulkan berbagai komplikasi selama proses persalinan. Pada persalinan normal, kepala janin menjadi bagian pertama yang lahir karena ukuran kepala membantu membuka jalan lahir secara optimal. Namun pada persalinan sungsang, bagian bokong atau kaki lahir lebih dahulu sehingga dapat meningkatkan risiko terjadinya trauma lahir, prolaps tali pusat, asfiksia neonatorum, hingga persalinan tindakan seperti sectio caesarea. Persalinan sungsang diperkirakan terjadi sekitar 3-4% pada kehamilan cukup bulan dan lebih sering ditemukan pada kehamilan premature (Cunningham et al., 2022).

Penyebab persalinan letak bokong sebagian besar disebabkan oleh multiparitas, rahimnya sudah sangat elastis dan membuat janin berpeluang besar untuk berputar hingga minggu ke-37 dan seterusnya. Pada grande multipara sering didapatkan perut gantung, akibat regangan uterus yang berulang-ulang karena kehamilan dan longgarnya ligamentum yang memfiksasi uterus, sehingga uterus menjadi jatuh ke depan, disebut perut gantung. Perut gantung dapat mengakibatkan terjadinya gangguan his karena posisi uterus yang menggantung ke depan sehingga bagian bawah janin tidak dapat menekan dan berhubungan langsung serta rapat dengan segmen bawah Rahim. Akhirnya janin dapat mengalami kelainan letak, seperti letak sungsang (Ilhamjaya & Tawali, 2020).

2.3 Klasifikasi Presentasi Bokong

1) Bokong dengan tungkai ekstensi (*frank breech*)

Presentasi bokong dengan pinggul fleksi dan tungkai ekstensi pada abdomen. 50-70% presentasi bokong adalah jenis ini dan banyak terjadi terutama pada primigravida yang tonus otot uterusnya yang baik menghambat fleksi tungkai dan putaran bebas janin (Rahayu & Pertiwi, 2023).

2) Bokong sempurna (*complete breech*)

Kedua tungkai bawah janin berada dalam posisi fleksi penuh, baik pada sendi panggul maupun sendi lutut, seperti posisi bersila. Bokong dan kedua kaki janin menjadi presenting part secara bersamaan. Kasus ini terjadi sekitar 5-10% kasus sungsang. (Wiknjosastro, 2023).

3) Presentasi bokong tidak lengkap (*incomplete breech*)

Satu atau kedua sendi paha tidak dalam keadaan fleksi dan satu atau kedua kaki atau lutut terletak di bawah bokong, sehingga kaki atau lutut bayi terletak paling bawah pada jalan lahir, terdiri dari:

a) Letak kaki

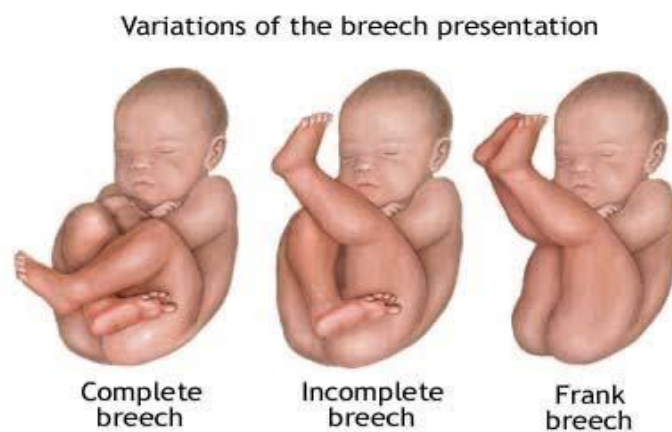
Kedua kaki terletak di bawah (letak kaki sempurna)

Hanya satu kaki terletak di bawah (letak kaki tidak sempurna)

b) Letak lutut

Kedua lutut terletak paling rendah (letak lutut sempurna)

Hanya satu lutut terletak paling rendah (letak lutut tak sempurna)



Gambar 2.1 Klasifikasi presentasi bokong

<https://share.google/wVuuhZyArUcNZ4kTQ>

2.4 Etiologi Persalinan Presentasi Bokong

Penyebab persalinan presentasi bokong dapat berasal dari faktor janin maupun faktor ibu, di antaranya:

2.4.1 Faktor janin

1) Prematuritas

Prematuritas merupakan faktor risiko terpenting dan paling sering ditemukan dalam kasus persalinan sungsang. Sebelum usia kehamilan 28 minggu, sekitar 25% janin berada dalam posisi sungsang karena belum terjadi rotasi spontan ke posisi kepala di bawah. Pada usia kehamilan 32 minggu, angka ini turun menjadi sekitar 7%, dan pada aterm (≥ 37 minggu) menjadi 3–4.

2) Hidrosefalus

Kepala janin yang sangat besar akibat penumpukan cairan serebrospinal tidak dapat masuk ke dalam PAP sehingga bagian bokong yang turun ke bawah.

3) Polihidramnion

Polihidramnion memberikan ruang yang terlalu luas di dalam kavum uteri sehingga janin memiliki kebebasan bergerak yang sangat tinggi. Kondisi ini memungkinkan janin untuk berputar secara bebas dan sulit mempertahankan posisi kepala di bawah (Gray & Shanahan, 2020).

4) Kehamilan Kembar (Gemelli)

Pada kehamilan kembar, keterbatasan ruang di dalam kavum uteri membatasi kebebasan gerak masing-masing janin. Akibatnya, salah satu janin (sering kali janin kedua) tidak dapat melakukan rotasi ke posisi kepala di bawah. Insidens persalinan sungsang pada kehamilan kembar

mencapai 20–25%, jauh lebih tinggi dibandingkan kehamilan Tunggal (Cunningham et al., 2022).

2.4.2 Faktor Ibu

1) Plasenta Previa

Plasenta previa (plasenta yang menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri internum) menyebabkan segmen bawah rahim dipenuhi oleh plasenta sehingga kepala janin tidak dapat turun ke dalam panggul. Akibatnya, bagian bokong atau kaki janin yang menempati posisi tersebut. Selain itu, plasenta yang terletak di fundus uteri juga dapat menghalangi kepala janin untuk berada di fundus dan memaksa posisi sungsang (Saifuddin, 2022).

2) Panggul Sempit (*Contracted Pelvis*)

Ketidaksesuaian antara ukuran kepala janin dengan ukuran panggul ibu (*cephalopelvic disproportion*) atau adanya kelainan bentuk panggul (misalnya panggul platipelloid atau android) dapat menghalangi kepala janin untuk masuk ke pintu atas panggul (PAP). Dalam situasi ini, bokong atau kaki yang dipaksakan masuk ke PAP karena lebih kecil dan lebih mudah melewati PAP yang sempit atau tidak sesuai bentuknya (Prawirohardjo, 2022).

3) Multiparitas

Ibu dengan riwayat kehamilan dan persalinan yang sering (*grandemultipara*) memiliki dinding uterus dan abdomen yang lebih longgar dan lemah akibat peregangan berulang. Kelemahan tonus otot ini mengurangi kemampuan rahim untuk 'mengarahkan' janin ke posisi yang

tepat dan memudahkan janin bergerak bebas serta berubah posisi (Ilhamjaya, 2020).

4) Riwayat Persalinan Sungsang Sebelumnya

Ibu yang memiliki riwayat persalinan sungsang pada kehamilan sebelumnya memiliki risiko yang paling tinggi untuk mengalami persalinan sungsang kembali. Faktor yang mendasarinya diduga berkaitan dengan bentuk panggul atau uterus yang mempengaruhi posisi janin secara berulang (Rahayu & Pertiwi, 2023).

2.5 Patofisiologi Persalinan Presentasi Bokong

Persalinan letak sungsang terjadi karena adanya gangguan pada proses penyesuaian dan perputaran janin di dalam uterus sehingga bokong atau kaki janin berada di bagian bawah rahim, sedangkan kepala tetap berada di fundus uteri. Keadaan ini dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti prematuritas, multiparitas, gemelli, plasenta previa, oligohidramnion, polihidramnion, mioma uteri, serta kelemahan dinding perut ibu. Pada usia kehamilan kurang dari 32 minggu, jumlah air ketuban masih banyak sehingga janin mudah bergerak dan belum menetap pada presentasi kepala. Bila terdapat kelainan cairan ketuban atau bentuk rahim, maka proses rotasi janin menjadi terganggu sehingga janin menetap dalam posisi sungsang. Pada multipara dan grandemultipara, ligamentum uterus menjadi longgar sehingga uterus jatuh ke depan (perut gantung), menyebabkan bagian bawah janin tidak dapat masuk dan menekan pintu atas panggul secara optimal. Selain itu, pada kehamilan gemeli ruang gerak janin menjadi terbatas sehingga perputaran kepala ke

bawah terhambat. Pada persalinan sungsang, bokong yang lebih lunak dibanding kepala menyebabkan tekanan terhadap serviks kurang kuat sehingga pembukaan serviks berlangsung lebih lama dan dapat menyebabkan partus lama maupun partus macet. risiko komplikasi meningkat karena kepala janin lahir terakhir sehingga dapat terjadi penjepitan tali pusat, gangguan aliran darah plasenta, asfiksia, trauma lahir, hingga kematian perinatal (Shanahan, 2020; Ilhamjaya & Tawali, 2020).

2.6 Tanda dan Gejala

2.6.1 Tanda

1) Pemeriksaan Leopold

Pemeriksaan leopold adalah metode palpasi abdomen standar untuk menentukan posisi janin dalam rahim. Pada persalinan sungsang, hasil pemeriksaan leopold menunjukkan pola yang khas dan berlawanan dengan persalinan normal (Saifuddin, 2022).

a) Leopold I

Pada palpasi fundus uteri, teraba bagian yang keras, bulat, mudah digerakkan, dan memberikan sensasi ballottement positif yang khas. Ballottement adalah fenomena di mana bagian janin yang ditekan akan 'memantul' kembali ke tangan pemeriksa saat tekanan dilepaskan. Pada persalinan sungsang, bagian ini adalah kepala janin yang terletak di fundus, berbeda dengan persalinan normal di mana yang teraba di fundus adalah bokong yang lebih lunak dan tidak beraturan.

b) Leopold II

Pada palpasi kedua sisi perut ibu, dapat teraba punggung janin yang terasa sebagai resistansi memanjang yang keras dan rata di satu sisi, dan bagian-bagian kecil janin (ekstremitas) yang terasa bergerak-gerak dan tidak teratur di sisi yang berlawanan. Temuan ini serupa dengan persalinan normal namun posisi relatifnya terhadap fundus dan bagian bawah berbeda.

c) Leopold III

Pada palpasi bagian terbawah janin (di atas simfisis pubis), teraba bagian yang lebih lunak, tidak bulat, tidak rata, dan tidak memberikan ballotement yang jelas. Ini adalah bokong janin yang memiliki konsistensi berbeda dengan kepala: tidak sekeras dan tidak sebulat kepala, kadang terasa seperti 'massa tidak beraturan'. Pada presentasi kaki, mungkin teraba bagian yang sangat kecil dan ireguler.

d) Leopold IV

Pemeriksaan ini menilai seberapa jauh bagian terbawah janin telah masuk ke dalam rongga panggul. Pada persalinan sungsang aterm, sering ditemukan bahwa bokong janin belum masuk atau hanya sebagian kecil yang masuk ke dalam panggul (konvergen atau belum engaged). Hal ini berbeda dengan persalinan normal di mana kepala sering sudah sebagian masuk ke panggul pada primigravida mendekati persalinan.

2) Auskultasi Denyut Jantung Janin (DJJ)

Pada auskultasi dengan stetoskop Laennec atau Doppler, denyut jantung janin (DJJ) paling keras terdengar di atas umbilikus ibu (di daerah periumbilikal atau bahkan lebih ke atas). Ini disebabkan karena jantung janin yang terletak di dadanya berada di atas umbilikus ibu ketika janin dalam posisi sungsang. Pada persalinan normal dengan presentasi kepala, DJJ paling keras terdengar di bawah umbilikus ibu. Lokasi DJJ di atas umbilikus ini merupakan tanda klinis yang cukup sensitif untuk menunjukkan kemungkinan presentasi sungsang (Mochtar, 2022).

3) Ultrasonografi (USG)

USG merupakan pemeriksaan baku emas (gold standard) untuk diagnosis dan klasifikasi persalinan sungsang. Pemeriksaan USG secara akurat dapat menentukan (Riskiani et al., 2024; WHO, 2023).

4) Pemeriksaan Dalam

Pemeriksaan dalam (VT) sangat penting untuk diagnosis pasti presentasi sungsang, terutama saat persalinan.

2.6.2 Gejala

- 1) Gerakan tendangan terasa di bagian bawah perut. Berbeda dengan kehamilan vertex di mana tendangan dirasakan di bagian atas perut, pada sungsang ibu merasakan gerakan tendangan kaki janin di bagian bawah perut atau di daerah suprapubik, karena kaki janin berada di bawah.

- 2) Gerakan janin lebih terasa di bagian fundus. Gerakan aktif janin, termasuk tendangan, lebih banyak dirasakan di bagian atas perut, sesuai dengan lokasi kaki janin pada *frank breech*.
- 3) Rasa tidak nyaman atau penuh di panggul bawah. Karena bokong janin terasa berbeda dengan kepala (lebih lunak, tidak rata) dan mungkin tidak masuk ke panggul dengan baik, ibu mungkin tidak merasakan kepala masuk (lightening) seperti pada kehamilan normal.

2.7 Komplikasi Persalinan Sungsang

Beberapa komplikasi pada persalinan presentasi bokong yaitu:

2.7.1 Komplikasi Pada Ibu

1) Robekan Jalan Lahir

Persalinan sungsang pervaginam berisiko tinggi menyebabkan robekan perineum karena kepala bayi dilahirkan terakhir dan tidak ada waktu yang cukup bagi perineum untuk meregang secara bertahap.

2) Ruptur Uteri

Pada persalinan sungsang yang disertai Tindakan ekstraksi secara paksa, terdapat risiko ruptur uteri (Impey et al., 2023).

2.7.2 Komplikasi Pada Bayi

1) Asfiksia Neonatorum

Asfiksia neonatorum merupakan komplikasi paling umum dan paling serius pada persalinan sungsang. Keterlambatan lahirnya kepala menyebabkan kompresi tali pusat antara kepala janin dengan dinding panggul ibu, sehingga terjadi gangguan pertukaran gas yang

mengakibatkan hipoksia dan hiperkapnia. Waktu antara lahirnya umbilikus hingga lahirnya kepala (interval umbilikopubik) idealnya tidak boleh lebih dari 8 menit.

2) Distosia

Kemacetan persalinan (distosia) dapat terjadi akibat ketidaksesuaian antara ukuran kepala janin dengan panggul ibu (disproporsi sefalopelvik), terutama pada kepala yang menyusul (aftercoming head). Kepala janin yang besar atau posisi hiperekstensi kepala merupakan kontraindikasi persalinan pervaginam.

3) Trauma Kepala (Intrakranial)

Kepala janin pada persalinan sungsang tidak mengalami moulage (penumpukan tulang tengkorak) secara bertahap seperti pada presentasi kepala. Dekompresi kepala yang terlalu cepat saat melahirkan kepala pada persalinan sungsang dapat menyebabkan perdarahan intrakranial, ruptur tentorium serebeli, atau robekan sinus (Goffinet et al., 2022).

4) Fraktur dan Dislokasi

Manipulasi yang berlebihan atau teknik yang salah dalam persalinan sungsang dapat menyebabkan cedera tulang pada bayi, antara lain:

- a) Fraktur klavikula, yang paling sering terjadi akibat traksi bahu yang berlebihan.
- b) Fraktur humerus atau femur akibat traksi lengan atau tungkai yang paksa (Hemelaar et al., 2021).

2.8 Prenatal Yoga

Prenatal yoga adalah adaptasi dari yoga klasik yang dirancang khusus untuk wanita hamil, dengan mempertimbangkan perubahan fisiologis dan kebutuhan ibu selama kehamilan. Prenatal yoga menggabungkan latihan postur tubuh (*asana*), teknik pernapasan (*pranayama*), dan relaksasi yang disesuaikan dengan kondisi kehamilan guna mendukung kesehatan fisik dan mental ibu hamil.

2.8.1 Gerakan Posisi Yoga Untuk Posisi Optimal Janin

Beberapa postur prenatal yoga yang direkomendasikan untuk mendukung posisi optimal janin dan memfasilitasi koreksi presentasi bokong secara spontan, antara lain:

- 1) *Cat-Cow Pose*: Posisi merangkak dengan mengayunkan punggung ke atas dan ke bawah secara bergantian. Gerakan ini membantu merelaksasi otot-otot punggung bawah, meningkatkan mobilitas panggul, dan menciptakan ruang bagi janin untuk bergerak.
- 2) *Pelvic Rocking*: Gerakan menggoyangkan panggul ke depan dan ke belakang, baik dalam posisi berdiri, duduk di atas bola gym, maupun dalam posisi merangkak. Gerakan ini membantu janin turun ke posisi yang tepat.
- 3) *Knee-Chest Position* (Posisi Lutut-Dada): Posisi *knee-chest* atau sujud merupakan salah satu postur yang paling direkomendasikan untuk membantu koreksi presentasi bokong secara spontan. Ibu hamil berada dalam posisi menungging dengan kedua lutut dan dada (atau dahi)

bertumpu pada lantai, sementara bokong berada lebih tinggi dari kepala. Posisi ini dilakukan selama 10–15 menit, sebanyak 2–3 kali sehari, terutama pada usia kehamilan 32–36 minggu. Mekanisme kerjanya adalah memanfaatkan gaya gravitasi untuk mendorong bokong janin keluar dari pintu atas panggul sehingga janin memiliki ruang untuk berputar dan kepala turun ke bagian bawah rahim. Beberapa studi menunjukkan bahwa posisi knee-chest yang dilakukan secara rutin dapat meningkatkan kemungkinan versi spontan pada presentasi bokong, meskipun efektivitasnya bervariasi antar individu (Motahari-Tabari et al., 2021).

2.9 Penanganan Presentasi Bokong

Pada letak sungsang dapat diupayakan 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 tiga yaitu:

a) Persalinan spontan (*Spontan 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 kali tidak 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:

(1) 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 bitrokanterika) 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.

(2) Tahap kedua (fase cepat)

Yaitu dimulai 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 diselesaikan dalam 1-2 kali kontraksi uterus sekitar 8 menit dan tali pusat segera dilonggarkan (Moctar, 2022).

(3) 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 leher bagian belakang di bawah

sympisis dan dagu sebelah belakang. Dengan suboksiput sebagai hipomoklion maka lahirnya berturut-turut melalui perineum dagu, mulut, hidung, dahi, dan belakang kepala.

b) Manual Aid

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

(1) Cara Klasik

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 dilahirkan.

Tangan kanan atau kiri memegang kedua pergelangan kaki janin mendekatkan perut janin ke perut ibu. Sisi tangan yang tidak memegang pergelangan kaki dimasukan 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.

(2) Muller

Prinsipnya yaitu melahirkan bahu dan lengan depan lebih dahulu dengan ekstraksi kemudian melahirkan bahu dan lengan belakang. Bokong janin di pegang secara femoro-pelviks dengan kedua jari penolong diletakkan sejajar spina sacralis media, jari telunjuk pada crista illiaca dan jari-jari lain mencengkeram paha bagian depan. Badan janin ditarik curam ke bawah sampai bahu depan tampak dibawah simpisis dan lengan depan dilahirkan dengan mengait lengan bawahnya.

Setelah bahu dan lengan depan lahir maka badan janin yang masih dipegang secara femoro-pelviks ditarik ke atas sampai bahu belakang lahir. Bila bahu belakang tak lahir dengan sendirinya maka lengan belakang dilahirkan dengan mengait lengan bawah dengan kedua jari penolong. Keuntungannya yaitu tangan penolong tidak masuk jauh ke dalam jalan lahir sehingga bahaya infeksi minimal.

(3) 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.

(4) Lovset

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 (Priyatni 2022).

2.10 Peran Dan Wewenang Bidan

2.10.1 Peran Bidan

Bidan berperan dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi dan asuhan kebidanan yang komprehensif selama kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, dan keluarga berencana. Dalam kasus persalinan presentasi bokong, peran bidan meliputi:

- 1) Melakukan pengkajian dan pemantauan kondisi ibu dan janin secara berkesinambungan.
- 2) Melakukan deteksi dini faktor risiko dan komplikasi yang dapat terjadi pada persalinan presentasi bokong.
- 3) Memberikan pendidikan kesehatan, konseling, dan dukungan psikologis kepada ibu dan keluarga.

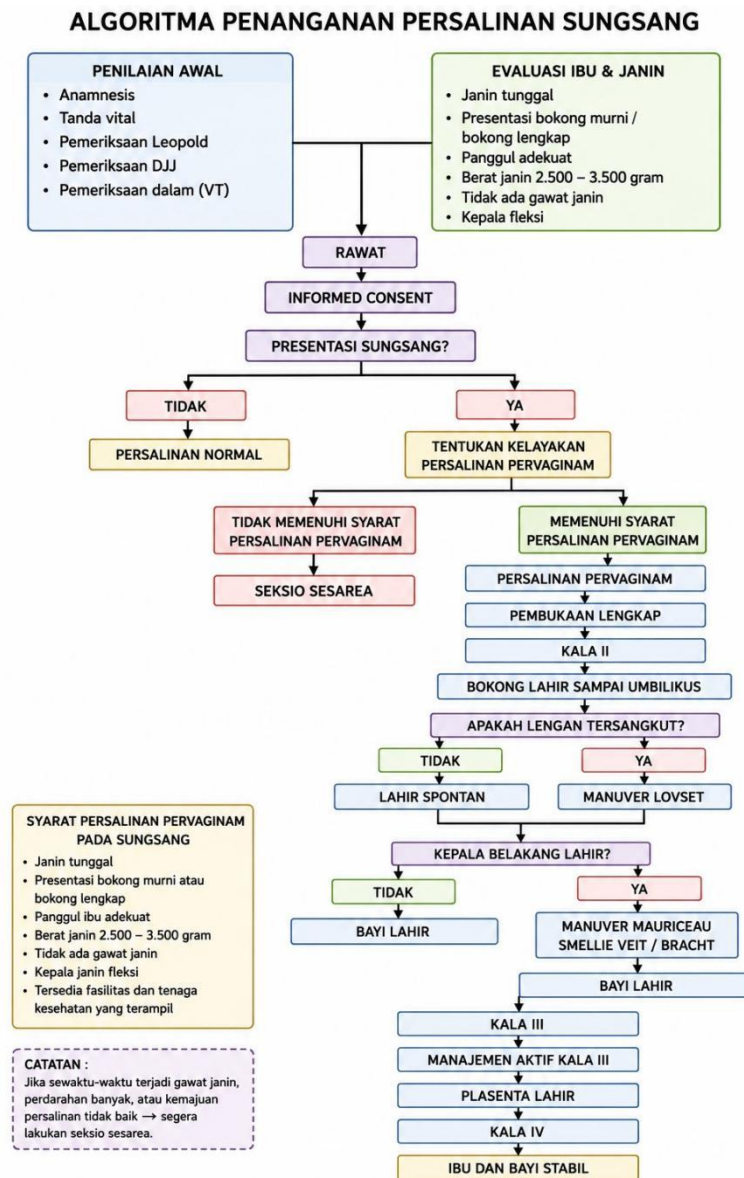
- 4) Memberikan asuhan kebidanan sesuai standar pelayanan dan kompetensi bidan.
- 5) Melakukan kolaborasi dengan dokter atau tenaga kesehatan lain apabila ditemukan penyulit dalam persalinan.
- 6) Memberikan asuhan masa nifas dan perawatan bayi baru lahir.

2.10.2 Wewenang Bidan

Bidan mempunyai wewenang dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu sesuai kompetensi dan ketentuan peraturan perundang-undangan. Dalam persalinan presentasi bokong, wewenang bidan meliputi:

- 1) Melakukan pemeriksaan dan pemantauan Kesehatan ibu dan janin serta melakukan deteksi dini risiko dan komplikasi persalinan.
- 2) Memberikan pertolongan pertama pada kegawatdaruratan maternal dan neonatal sesuai kewenangannya.
- 3) Melakukan stabilisasi kondisi ibu dan bayi sebelum dirujuk.
- 4) Melakukan kolaborasi dan rujukan apabila ditemukan komplikasi yang memerlukan penanganan lebih lanjut.
- 5) Memberikan pelayanan kesehatan pada masa nifas dan bayi baru lahir sesuai standar pelayanan kebidanan (Kemenkes RI, 2025).

2.11 Alogaritma Penanganan Persalinan Sungsang



Gambar 2.1 Alogaritma persalinan sungsang

<https://share.google/NgKra2DtMNzGJ74al>

2.12 SOP Persalinan Sungsang

 PEMERINTAH KABUPATEN GARUT RSUD dr. SLAMET	LETAK SUNGSANG		
PANDUAN PRAKTEK KLINIS	No. Dokumen : KS.01.03/004/069/RSUD	No. Revisi :01	Halaman 1/2
	Tanggal Terbit : 1 JANUARI 2023	Ditetapkan Oleh : Direktur RSUD dr. Slamet Kabupaten Garut  dr. H. Husodo Dewo Adi, Sp.OT.Spine NIP. 196505171991031013	
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. KS.01.03/004/069/RSUD		
ETIOLOGI/FAKTOR PREDIPOSISI	Tentang Kebijakan Umum Pelayanan RSUD dr. Slamet Garut. 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		
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 menubung 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)

BAB III

TINJAUAN KASUS

3.1 Asuhan Kebidanan Kehamilan Pada Ny. A Usia 30 Tahun G₂P₁A₀ Gravida 37-38 Minggu Dengan Presentasi Bokong di Ruang Agate Bawah RSUD dr. Slamet Garut.

Tanggal Pengkajian : 31 Maret 2026

Waktu Pengkajian : 19.20 WIB

Tempat Pengkajian : Ruang Agate Bawah

Pengkaji : Nina Naisyah

1) Data Subjektif

a) Identitas

Identitas Ibu

Nama : Ny. A

Umur : 30 tahun

Agama : Islam

Pendidikan : SD

Pekerjaan : IRT

Alamat : Kp. Karikil

Identitas Suami

Nama : Tn. A

Umur : 37 tahun

Agama : Islam

Pendidikan : SD

Pekerjaan : Buruh

Alamat : Kp. Karikil

b) Alasan Datang

Ibu datang ke Puskesmas Cisarupan pukul 16.20 WIB, di rujuk ke RSUD dr. Slamet Garut pukul 18.00 WIB atas indikasi presentasi bokong, kemudian ibu datang ke Ruang Ponek pukul 18.40 WIB, kemudian di pindahkan ke Ruang VK pukul 19. 20 WIB.

c) Keluhan Utama

Ibu merasakan mules, sesak nafas, dan merasa penuh pada bagian atas, di sertai gerakan janin lebih sering di rasakan di bagian bawah. Pada pukul 15.00 WIB ibu merasakan keluar air-air di sertai keluar lendir bercampur darah, kemudian datang ke Puskesmas Cisarupan pukul 16.20 WIB dan harus segera di rujuk atas indikasi presentasi bokong.

d) Riwayat Ginekologi

Ibu mengatakan tidak pernah menderita penyakit yang berhubungan dengan alat reproduksi.

e) Riwayat Kesehatan Yang Lalu

Ibu mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit menular dan menurun. Ibu juga tidak pernah menderita penyakit jantung, paru-paru, diabetes militus (DM) dan hipertensi. Tidak mempunyai riwayat alergi terhadap makanan dan obat-obatan.

f) Riwayat Kesehatan Sekarang

Ibu mengatakan sekarang tidak menderita atau memiliki penyakit seperti penyakit jantung, paru-paru, diabetes militus (DM) dan hipertensi.

g) Riwayat Obstetri

(1) Riwayat Menstruasi

Menarche 14 tahun, lamanya 7 hari, siklus haid 28 hari, banyaknya 2-3x ganti pembalut.

(2) Riwayat Kehamilan Yang Lalu

No	Tahun	Tempat	Penolong	UK	Cara Persalinan	BB	JK	Penyulit
1	2014	Rumah	Bidan	Aterm	Spontan	3000 Gram	Laki-Laki	Sungsang

Table 3.1 Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas yang lalu

(3) Riwayat Kehamilan Sekarang

Ibu mengatakan hamil 9 bulan dengan posisi sungsang, haid terakhir tanggal 14 juli 2025, dan HPL tanggal 21- April 2026. Pergerakan janin yang dirasakan oleh ibu sejak umur kehamilan 5 bulan sampai sekarang, ibu tidak pernah mengalami nyeri perut hebat selama hamil, ibu mengatakan sudah 1 kali suntik TT, selama hamil ibu mengkonsumsi tablet fe 90 tablet dan asam folat, ANC 8x di dokter dan bidan, ANC pertama kali usia kehamilan 4 bulan, USG pertama usia kehamilan 5 bulan dengan diagnosa kehamilan sungsang, kemudian USG kedua pada saat usia kehamilan 7 bulan dengan posisi janin sudah normal kepala di bawah, dan USG terakhir pada usia kehamilan 8 bulan dengan diagnosa kehamilan sungsang kembali, pengambilan keputusan oleh suami.

h) Riwayat Pernikahan

Ibu mengatakan ini pernikahan yang pertama, ibu menikah pada saat usia 17 tahun, usia suami menikah pada usia 25 tahun. Lama pernikahan 13 tahun.

i) Riwayat Psikososial

Ibu dan keluarga mengetahui kehamilan ini dan respon keluarga setelah mengetahui merasa senang atas kehamilan ini.

j) Riwayat Kontrasepsi

Ibu mengatakan sebelumnya memakai kb suntik 3 bulan dengan keluhan haid menjadi tidak teratur, kemudian di ganti pakai KB IUD dan dilepas karena sudah waktunya dilepas dan ingin merencanakan kehamilan. Rencana KB selanjutnya IUD.

k) Pola Kebutuhan Sehari-hari

(1) Pola Nutrisi

Ibu mengatakan makan 2x sehari dengan menu bervariasi, minum 6-7 gelas/ hari dengan minum air putih. Makan terakhir pukul 13.20 WIB.

(2) Pola Eliminasi

Ibu mengatakan BAB 1x sehari, dan BAK 5-6x sehari. BAB terakhir pukul 06.00 WIB, dan BAK terakhir pukul 18.35 WIB.

(3) Pola Aktivitas

Ibu hanya melakukan pekerjaan rumah tangga.

(4) Pola Istirahat

Ibu mengatakan dalam sehari kurang lebih 6-7 jam tidur malam, dan kadang-kadang tidur siang 1-2 jam.

(5) Personal Hygiene

Ibu mengatakan mandi 2x sehari, gosok gigi 2x sehari, dan ganti pakaian 2x sehari.

(6) Aktivitas Seksual

Ibu mengatakan jarang berhubungan seksual karena suaminya merantau.

2) Data Objektif

a) Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Sakit Sedang
 Kesadaran : Composmentis
 Tanda-Tanda Vital
 Tekanan Darah : 110/80 MmHg
 Nadi : 87x/menit
 Respirasi : 20x/menit
 Suhu : 36,5°C
 SPO : 99%

b) Pemeriksaan Fisik

Kepala : Rambut bersih, tidak rontok, tidak ada benjolan dan tidak ada nyeri tekan.
 Muka : Simetris, tidak terdapat oedema.
 Mata : Simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih.
 Telinga : Fungsi pendengaran baik.
 Hidung : Tidak ada polip, fungsi penciuman baik.
 Mulut : Mulut dan gigi bersih, tidak ada karies.

Leher	: Tidak ada pembesaran tyroid dan lymfe, dan vena jugularis.
Dada	: Payudara simetris, puting susu menonjol, tidak ada massa/ benjolan serta nyeri tekan.
Abdomen	: Tidak ada luka bekas operasi, tidak terdapat striae avedarum dan terdapat linea nigra. TFU: 33 cm DJJ: 149x/menit
Leopold I	: Di fundus teraba bulat, keras, melenting (kepala).
Leopold II	: Bagian kiri perut ibu teraba keras memanjang seperti papan (punggung) dan bagian kanan ibu terdapat bagian kecil, tampak kosong (ekstremitas).
Leopold III	: Bagian terbawah janin teraba bulat' tidak melenting, dan sudah masuk PAP.
Leopold IV	: Divergen 2/5.
Ekstremitas	: Tidak terdapat varises, dan oedema.
Genetalia	: Vulva/vagina : Tidak ada kelainan Portio : Tipis, lunak Pembukaan : 7 cm Ketuban : (-) Jernih Presentasi : Bokong Penurunan : Hodge III

c) Pemeriksaan Penunjang

Hemoglobin	: 12,8 g/dl
Golongan Darah	: A
HbsAg	: Non Reaktif
Sifilis	: Non Reaktif
HIV	: Non Reaktif

3) Analisa

G₂P₁A₀ Gravida 37-38 Minggu dengan Presentasi Bokong Murni, janin tunggal hidup, intra uterine.

4) Penatalaksanaan

- 1) Memberitahu kepada ibu hasil pemeriksaan.

Evaluasi: Ibu sudah mengetahui keadaannya.

- 2) Memberi dukungan psikologis dan spiritual kepada ibu.

Evaluasi: Ibu merasa tenang.

- 3) Melakukan kolaborasi dengan dr. SPOG.

Evaluasi:

- Induksi persalinan dengan dri oxy 0,5 IU dalam 500 cc RL/20 tpm
- Observasi KU, TTV, DJJ, HIS dan kemajuan persalinan.

- 4) Melakukan inform consent kepada keluarga untuk persetujuan pemberian drip oxy.

Evaluasi: Keluarga menyetujui.

- 5) Memasukan drip oxy 5 IU ke dalam cairan RL

Evaluasi: Sudah diberikan.

6) Mengobservasi KU, TTV, DJJ, HIS dan kemajuan persalinan.

Evaluasi: Sudah dilakukan dan terlampir di dalam partograf.

7) Menganjurkan kepada ibu untuk tidak mendedan sebelum pembukaan lengkap.

Evaluasi: Ibu mengerti.

8) Menganjurkan kepada ibu untuk miring kiri agar mempercepat penurunan kepala janin.

Evaluasi: Ibu bersedia untuk miring kiri.

9) Menganjurkan ibu untuk mengatur nafasnya dan mengajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi rasa nyeri.

Evaluasi: Ibu tampak terlihat baik.

10) Melakukan pendokumentasian.

Evaluasi: Sudah dilakukan.

Catatan Perkembangan Kala II

Tanggal Pengkajian : 31 Maret 2026

Waktu Pengkajian : 21.05 WIB

Pengkaji : Nina Naisyah

Tempat Pengkajian : Ruang VK

1) Data Subjektif

Ibu mengatakan mulesnya semakin kuat dan ada dorongan ingin mendedan.

2) Data Objektif

Keadaan umum	: Nyeri	
Kesadaran	: Composmentis	
TTV	: Tekanan Darah	: 120/80 mmHg
	Nadi	: 92x/menit
	Suhu	: 36,5°C
	Respirasi	: 21x/m
	SPO	: 98%
Abdomen	DJJ	: 148x/menit
Genetalia	V/V	: Tidak ada kelainan
	Portio	: Tidak teraba
	Pembukaan	: 10 cm
	Ketuban	: (-) spontan pukul 15.00 WIB
	Presentasi	: Bokong
	Penurunan	: Hodge IV

3) Analisa

G₂ P₁A₀ inpartu kala II dengan presentasi bokong.

4) Penatalaksanaan

- 1) Memberitahu kepada ibu bahwa pembukaan sudah lengkap.

Evaluasi: Ibu dan keluarga mengerti.

- 2) Mengecek kelengkapan partus set dan menggunakan APD lengkap.

Evaluasi: Sudah di siapkan.

3) Mengatur posisi ibu.

Evaluasi: ibu dalam posisi litotomi.

4) Melakukan inform consent kepada ibu untuk melakukan episiotomi.

Evaluasi: Ibu menyetujui dan episiotomi dilakukan.

5) Melakukan episiotomi tanpa anastesi.

Evaluasi: Episiotomi sudah dilakukan secara mediolateral.

6) Mengajarkan teknik meneran yang baik dan benar.

Evaluasi: Ibu mengerti.

7) Dokter menolong persalinan dengan brach spontan dan penulis ikut membantu menyiapkan obat.

Evaluasi: Pukul 21.35 bayi lahir spontan, menangis kuat, tonus otot sedikit lemas.

8) Melakukan kolaborasi dengan perinatologi.

Evaluasi: Bayi dilakukan Tindakan awal resusitasi.

9) Melakukan pendokumentasian.

Evaluasi: Sudah dilakukan.

Catatan Perkembangan Kala III

Tanggal Pengkajian : 31 Maret 2026

Waktu Pengkajian : 21.35 WIB

Pengkaji : Nina Naisyah

Tempat Pengkajian : Ruang VK

1) Data Subjektif

Ibu mengatakan merasa tenang atas kelahiran bayinya dan masih merasa mules.

2) Data Objektif

Keadaan umum	: Sakit sedang	
Kesadaran	: Composmentis	
Tanda-Tanda Vital	: Tekanan Darah	: 100/80 mmHg
	Nadi	: 88x/menit
	Respirasi	: 20x/menit
	Suhu	: 36,6°C
	SPO	: 99%
Genetalia	: Terdapat tali pusat memanjang di vulva.	

3) Analisa

P₂A₀ kala III.

4) Penatalaksanaan

1) Memberitahu ibu akan dilakukan suntik oxy.

Evaluasi: Ibu mengetahuinya.

2) Menyuntikan oxy 10 IU di paha kanan ibu secara IM.

Evaluasi: Sudah di suntikan.

3) Melakukan peregangan tali pusat terkendali.

Evaluasi: Pukul 21.40 plasenta lahir lengkap.

4) Melakukan masase uterus 15 kali selama 15 detik.

Evaluasi: Kontraksi uterus baik.

5) Melakukan pendokumentasian.

Evaluasi: Sudah dilakukan.

Catatan Perkembangan Kala IV

Tanggal pengkajian : 31 Maret 2026

Waktu Pengkajian : 22.00 WIB

Tempat Pengkajian : Ruang VK

Pengkaji : Nina Naisyah

1) Data Subjektif

Ibu mengatakan masih merasa sakit pada jalan lahir.

2) Data Objektif

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Tanda-Tanda Vital : Tekanan Darah : 100/70 mmHg

Nadi : 87x/menit

Respirasi : 20x/menit

Suhu : 36,4°C

SPO : 99%

Abdomen : Uterus : Keras

Genetalia : Terdapat laserasi derajat 2.

3) Analisa

P₂A₀ Kala IV.

4) Penatalaksanaan

- 1) Memberitahu hasil pemeriksaan.

Evaluasi: Ibu mengetahui.

- 2) Memberikan inform consent kepada pasien untuk di lakukan pemasangan KB IUD post plasenta.

Evaluasi: Ibu menyetujui.

- 3) Melakukan pemasangan KB IUD.

Evaluasi: Sudah di lakukan.

- 4) Memberitahu ibu terdapat robekan dan akan dilakukan penjahitan.

Evaluasi: Ibu mengetahui.

- 5) Melakukan evaluasi adanya laserasi pendarahan.

Evaluasi: Terdapat laserasi perineum derajat 2.

- 6) Memberikan anastesi lidokain 1%.

Evaluasi: Ibu sudah di berikan anastesi lidokain 1%.

- 7) Melakukan penjahitan pada jalan lahir pada ibu.

Evaluasi: Penjahitan telah dilakukan.

- 8) Mengajarkan ibu dan keluarga masase uterus dan menilai kontraksi

Evaluasi: Ibu mengetahui.

- 9) Membereskan alat yang sudah dipakai.

Evaluasi: Sudah di bereskan.

- 10) Menganjurkan ibu untuk istirahat.

Evaluasi: Ibu bersedia.

11) Melakukan observasi kala IV.

Evaluasi: Sudah dilakukan.

12) Melakukan Pendokumentasian.

Evaluasi: Sudah dilakukan.

ALOGARITMA PENATALAKSANAAN PERSALINAN SUNGSANG DI LAPANGAN

Ny. A (30 th, G₂P₁A₀, Gravid 37-38 Minggu) datang dirujuk dari Puskesmas Cisurupan pukul 18.40 WIB ke RSUD dr. Slamet Garut atas indikasi presentasi bokong. Keluhan: mulas, keluar lendir bercampur darah, dan air-air sejak pukul 15.00 WIB.



ANAMNESIS (pukul 19.20 WIB, Ruang Agate Bawah) Keluhan utama: mulas teratur, keluar lendir darah & air-air. Riwayat obstetri G₂P₁A₀, HPHT 14 Juli 2025, HPL 21 April 2026. Riwayat ANC 8x. Riwayat KB: suntik 3 bulan, IUD (dilepas). Tidak ada riwayat penyakit DM, hipertensi, jantung.



PEMERIKSAAN UMUM & TANDA VITAL KU: Sakit Sedang | Kesadaran: Composmentis TD: 110/80 mmHg | Nadi: 87x/mnt | RR: 20x/mnt | Suhu: 36,5°C | SPO₂: 99% Hb: 12,8 g/dl | Gol. Darah: A | HBsAg: Non Reaktif | HIV: Non Reaktif



PEMERIKSAAN OBSTETRI (Leopold I-IV) Leopold I: Teraba bulat, keras, melenting (kepala) di fundus. TFU: 33 cm Leopold II: Kiri: punggung (keras, memanjang). Kanan: ekstremitas Leopold III: Bagian terbawah bulat, tidak melenting (bokong), sudah masuk PAP Leopold IV: Divergen 2/5 | DJJ: 149x/menit | His: (+)



PEMERIKSAAN DALAM (VT) Portio: Tipis, lunak | Pembukaan: 7 cm | Ketuban: (-) Pecah Spontan Presentasi: Bokong Murni (Frank Breech) | Penurunan: Hodge III



DIAGNOSA G₂P₁A₀ Gravid 37-38 Minggu, Inpartu Kala I Fase Aktif dengan Presentasi Bokong Murni, Janin Tunggal Hidup, Intra Uterine



KOLABORASI DENGAN dr. SpOG Advis: Induksi persalinan Drip Oksitosin 5 IU dalam RL 500cc / 20 tpm Observasi KU, TTV, DJJ, His, dan kemajuan persalinan via partograf Inform consent kepada keluarga → keluarga menyetujui

▼

KALA I – PEMANTAUAN (Ruang Agate Bawah → pindah Ruang VK) Drip Oksitosin 5 IU/RL 500cc dimulai Observasi DJJ tiap 30 menit, His tiap 30 menit Anjuran: miring kiri, teknik relaksasi nafas, tidak mengedan sebelum pembukaan lengkap Pemantauan dicatat di parto graf

▼

KALA II (pukul 21.05 WIB, Pembukaan 10 cm, Hodge IV) **KU:** Nyeri | **TD:** 120/80 mmHg | **Nadi:** 92x/mnt | **DJJ:** 148x/mnt **Ketuban:** Pecah spontan | **Presentasi:** Bokong | **Portio:** Tidak teraba
DIAGNOSA: G₂P₁A₀ Inpartu Kala II dengan Presentasi Bokong

▼

PERSIAPAN PERSALINAN Cek kelengkapan partus set & APD lengkap Posisi ibu: Litotomi Episiotomi mediolateral (tanpa anastesi) atas persetujuan ibu Tim perinatologi disiagakan

▼

PERTOLONGAN PERSALINAN BRACHT SPONTAN (oleh dokter SpOG) **Lahirnya bokong** → badan → bahu → kepala **Perhatikan:** putaran paksi luar, traksi terkendali, kepala tidak fleksi berlebih **Pukul 21.35 WIB:** Bayi lahir spontan, menangis kuat, tonus otot sedikit lemas

▼

ASUHAN BAYI BARU LAHIR Nilai APGAR score | Lakukan tindakan awal resusitasi Hangatkan bayi, keringkan, rangsang taktil Kolaborasi perinatologi → bayi dipindah ke Ruang Perinatologi

▼

KALA III (pukul 21.35 WIB) **DIAGNOSA:** P₂A₀ Kala III Suntik Oksitosin 10 IU IM paha kanan Peregangan Tali Pusat Terkendali (PTT) **Pukul 21.40 WIB:** Plasenta lahir lengkap Masase uterus 15x selama 15 detik → kontraksi baik

▼

KALA IV (pukul 22.00 WIB) **DIAGNOSA:** P₂A₀ Kala IV Evaluasi laserasi: Derajat 2, perdarahan ±200 cc Anastesi lidokain 1% → penjahitan perineum Anjurkan istirahat | Ajarkan masase uterus mandiri Observasi 2 jam: TTV, TFU, kontraksi, perdarahan tiap 15 menit (jam I) & tiap 30 menit (jam II)

▼

DOKUMENTASI Pendokumentasian Asuhan Kebidanan dalam format SOAP (Setiap kala didokumentasikan: Subjektif, Objektif, Analisa, Penatalaksanaan)

3.2 Asuhan Kebidanan Ibu Nifas Pada Ny.A Usia 30 Tahun P₂A₀ Postpartum 12 jam di RSUD dr. Slamet Garut

Tanggal Pengkajian : 01 April 2026

Waktu Pengkajian : 10.00 WIB

Tempat Pengkajian : Ruang Agate Bawah

Pengkaji : Nina Naisyah

1) Data Subjektif

Ibu mengatakan masih nyeri pada jalan lahir.

2) Data Objektif

a) Keadaan umum	: Baik	
b) Kesadaran	: Composmentis	
c) Tanda-Tanda Vital	: Tekanan darah	: 110/80 mmHg
	Nadi	: 88x/menit
	Respirasi	: 20x/menit
	Suhu	: 36,5°C
	SPO	: 99%

d) Pemeriksaan Fisik

Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih.

Payudara : Putting susu menonjol, tidak ada benjolan, kolostrum ada.

Abdomen : Tfu 2 jari dibawah pusat.

Kontraksi uterus baik.

Kandung kemih kosong.

Genetalia : Terdapat pengeluaran lochea rubra.

Ekstremitas : Tidak odema.

3) Analisa

P₂A₀ postpartum 12 jam.

4) Penatalaksanaan

- 1) Memberitahu hasil pemeriksaan.

Evaluasi: Ibu mengetahui.

- 2) Menganjurkan ibu untuk mobilisasi

Evaluasi: ibu bersedia.

- 3) Memberitahu ibu untuk pemenuhan nutrisi untuk mempercepat pemulihannya.

Evaluasi: Ibu mengerti.

- 4) Menjelaskan tentang tanda bahaya nifas seperti keluar darah berlebihan, mual, muntah, pusing berlebihan dan kejang.

Evaluasi: Ibu mengerti.

- 5) Memberitahu ibu untuk tidak menahan BAB dan BAK.

Evaluasi: Ibu mengerti.

- 6) Melakukan pendokumentasian.

Evaluasi: Sudah dilakukan.

CATATAN PERKEMBANGAN NIFAS

Tanggal Pengkajian : 02 April 2026

Waktu Pengkajian : 09.00 WIB

Tempat Pengkajian : Ruang Agate Bawah

Pengkaji : Nina Naisyah

1) Data Subjektif

Ibu mengatakan masih ada sedikit nyeri pada jalan lahir.

2) Data Objektif

a) Keadaan umum	: Baik	
b) Kesadaran	: Composmentis	
c) Tanda-Tanda Vital	: Tekanan darah	: 110/90 mmHg
	Nadi	: 90x/menit
	Respirasi	: 20x/menit
	Suhu	: 36,6°C
	SPO	: 99%

d) Pemeriksaan Fisik

Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih.

Payudara : Putting susu menonjol, tidak ada benjolan, kolostrum ada.

Abdomen : Tfu 3 jari dibawah pusat.

Kontraksi uterus baik.

Kandung kemih kosong.

Genetalia : Terdapat pengeluaran lochea rubra.

Ekstremitas : Tidak Odema.

3) Analisa

P₂A₀ postpartum 2 hari.

4) Penatalaksanaan

1) Memberitahu hasil pemeriksaan.

Evaluasi: Ibu mengetahui.

2) Memberitahu ibu untuk pemenuhan nutrisi.

Evaluasi: Ibu mengerti.

3) Menjelaskan tentang tanda bahaya nifas.

Evaluasi: Ibu mengerti.

4) Melakukan kolaborasi dengan dokter.

Evaluasi: Ibu sudah di perbolehkan untuk pulang dengan terapi obat
cefdroxil 2x500 mg, asam mefenamat 3x500 mg, dan fe 1x60 mg.

5) Melakukan pendokumentasian.

Evaluasi: Sudah dilakukan.

3.3 Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir Ny.A 2 jam neonatus Di RSUD dr. Slamet Garut

Tanggal Pengkajian : 31 Maret 2026

Waktu Pengkajian : 23.30 WIB

Tempat Pengkajian : Ruang Perinatologi

Pengkaji : Nina Naisyah

1) Data Subjektif

a) Identitas Bayi

Nama : By.Ny. A

Tanggal lahir : 31 Maret 2026

Jenis Kelamin : Laki-Laki

b) Riwayat Persalinan

Ibu dengan gestasi 37-38 minggu pada pukul 21.35 WIB telah melahirkan bayi di tolong oleh bidan dan dr. SpOG dengan komplikasi presentasi bokong. Keadaan bayi langsung menangis, tonus otot seikit lemas, jenis kelamin perempuan.

2) Data Objektif

a) Keadaan umum : Baik

b) TTV : N : 140x/m R: 45x/m S : 36,5 °C

c) Antropometri : BB: 3.100 gram PB: 50 cm

LK: 34 cm LD: 33 cm

d) Pemeriksaan Fisik

Kepala	: Bentuk normal, tidak ada caput dan cephal
Mata	: Simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih.
Hidung	: Simetris, pernafasan baik.
Mulut	: Tidak ada labioskisis dan palatoskisis.
Telinga	: Simetris, terdapat lubang.
Leher	: Tidak ada kelainan pada tulang leher.
Dada	: Respirasi normal, tidak ada tarikan dinding dada.
Abdomen	: Tali pusat bersih, tidak ada pendarahan.
Anus	: Anus berlubang.
Ekstremitas	: Pergerakan aktif, jari lengkap.
Punggung	: Tidak ada benjolan atau cekungan.
Kulit	: Kemerahan, terdapat sedikit verniks.

e) Pemeriksaan Refleks

Refleks Rooting	: (+)
Refleks Sucking	: (+)
Refleks Swallowing	: (+)
Refleks Moro	: (+)
Refleks Mal graps	: (+)
Refleks Babinski	: (+)

3) Analisa

Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan usia 2 jam.

4) Penatalaksanaan

- 1) Memberitahu hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarganya.

Evaluasi: Ibu dan keluarga mengetahui.

- 2) Menjaga kehangatan bayi.

Evaluasi: Bayi di tempatkan di infarm warmer.

- 3) Melakukan BBL asuhan normal.

Evaluasi: Sudah di berikan vit K dan salep mata.

- 4) Mengobservasi keadaan umum bayi dan tanda bahaya, BAB, BAK

Evaluasi: Observasi di lakukan.

- 5) Melakukan pendokumentasian

Evaluasi: Sudah di lakukan.

CATATAN PERKEMBANGAN BAYI

Tanggal Pengkajian : 01 April 2026

Waktu Pengkajian : 11.00 WIB

Tempat Pengkajian : Ruang Perinatologi

Pengkaji : Nina Naisyah

1) Data Subjektif

Bayi sudah dalam keadaan normal.

2) Data Objektif

a) Keadaan umum : Baik

b) TTV : N: 137x/m R: 47x/m S: 36,5 °C

3) Analisa

Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan usia 13 jam.

4) Penatalaksanaan

1) Memberitahu hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarganya.

Evaluasi: Ibu dan keluarga mengetahui.

2) Menjaga kehangatan bayi

Evaluasi: Sudah dilakukan.

3) Mengobservasi keadaan umum bayi dan tanda bahaya, BAB, BAK

Evaluasi: Observasi di lakukan.

4) Melakukan pendokumentasian

Evaluasi: Sudah di lakukan.

CATATAN PERKEMBANGAN BAYI

Tanggal Pengkajian : 02 April 2026

Waktu Pengkajian : 13.50 WIB

Tempat Pengkajian : Ruang Perinatologi

Pengkaji : Nina Naisyah

1) Data Subjektif

Bayi sudah dalam keadaan normal.

2) Data Objektif

a) Keadaan umum : Baik

b) TTV : N: 140x/m R: 43x/m S: 36,5 °C

3) Analisa

Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan usia 2 hari.

4) Penataalaksanaan

- 1) Memberitahu hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarganya.

Evaluasi: Ibu dan keluarga mengetahui.

- 2) Menjaga kehangatan bayi.

Evaluasi: Sudah dilakukan.

- 3) Melakukan BBL asuhan normal.

Evaluasi: Sudah di berikan HB0 dan SHK.

- 4) Mengobservasi keadaan umum bayi dan tanda bahaya pada bayi

Evaluasi: Observasi di lakukan, dan bayi sudah diperbolehkan untuk pulang.

- 5) Melakukan pendokumentasian.

Evaluasi: Sudah di lakukan.

No	Masalah / Kasus	Pengertian	Penyebab		Planning / Intervensi		Evidence Based (Kesenjangan Teori & Praktik)
			Teori	Praktek	Teori	Praktek	
1	Persalinan dengan Presentasi Bokong	Persalinan presentasi bokong (letak sungsang) adalah persalinan dengan janin dalam posisi memanjang, bokong atau kaki sebagai bagian terbawah yang memasuki jalan lahir, sedangkan kepala janin berada di fundus uteri. Termasuk malpresentasi yang dapat meningkatkan	Faktor janin: prematuritas, hidrosefalus, polihidramnion, dan gemelli. Faktor ibu: plasenta previa, panggul sempit, multiparitas/perut gantung, serta riwayat persalinan sungsang sebelumnya (Saifuddin, 2022; Rahayu & Pertiwi, 2023).	Ny. A usia 30 tahun G2P1A0 gravida 37-38 minggu. USG trimester II menunjukkan posisi janin sudah normal (kepala di bawah), namun USG trimester III menunjukkan presentasi bokong. Leopold I teraba kepala di fundus, Leopold III teraba bokong, DJJ terdengar di atas umbilikus, pembukaan 7 cm,	Pemeriksaan Leopold I-IV, auskultasi DJJ, USG, pemeriksaan dalam, penentuan jenis presentasi bokong, serta penilaian indikasi persalinan pervaginam atau perabdominal berdasarkan taksiran berat janin dan kondisi panggul (Saifuddin, 2022; Prawirohardjo, 2022).	Dilakukan pemeriksaan Leopold I-IV, auskultasi DJJ, pemeriksaan dalam, kolaborasi dengan dr. SpOG, induksi persalinan dengan drip oksitosin 5 IU dalam 500 cc RL, observasi KU/TTV/DJJ/his dan kemajuan persalinan, serta dukungan psikologis kepada ibu.	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktik. Hasil pemeriksaan Leopold dan DJJ pada Ny. A sesuai dengan teori presentasi bokong (Saifuddin, 2022).

No	Masalah / Kasus	Pengertian	Penyebab		Planning / Intervensi		Evidence Based (Kesenjangan Teori & Praktik)
			Teori	Praktek	Teori	Praktek	
		risiko trauma lahir, asfiksia, hingga tindakan seksio sesarea (Cunningham et al., 2022).		presentasi bokong, penurunan Hodge III.			
2	Persalinan Kala I Fase Aktif dengan Presentasi Bokong	Kala I adalah periode dari awal persalinan sampai pembukaan serviks lengkap (10 cm), terdiri dari fase laten (0-3 cm) dan fase aktif (4-10 cm). Pada presentasi bokong, kala I sering	Pembukaan serviks dipengaruhi oleh kekuatan his dan tekanan bagian terbawah janin terhadap serviks. Pada presentasi bokong, tekanan yang kurang optimal dapat memperlambat kemajuan	Pada pukul 19.20 WIB pembukaan 7 cm, ketuban (-), penurunan bokong Hodge III, his belum optimal sehingga dilakukan induksi oksitosin. Pembukaan lengkap (10 cm) tercapai pukul 21.05 WIB,	Pemantauan kemajuan persalinan dengan partograf meliputi DJJ, his, nadi tiap 30 menit, pembukaan serviks, penurunan bagian terbawah, dan TTV ibu; anjuran posisi miring kiri, teknik relaksasi nafas,	Kolaborasi pemberian drip oksitosin 5 IU dalam 500 cc RL 20 tpm, observasi KU, TTV, DJJ, his, dan kemajuan persalinan dicatat pada partograf, anjuran posisi miring kiri, teknik relaksasi nafas, serta	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktik. Pemantauan kala I sudah sesuai standar, namun pemberian drip oksitosin dibatasi hanya 1 labu sesuai SOP persalinan sungsang RSUD

No	Masalah / Kasus	Pengertian	Penyebab		Planning / Intervensi		Evidence Based (Kesenjangan Teori & Praktik)
			Teori	Praktek	Teori	Praktek	
		berlangsung lebih lama karena bokong yang lunak memberikan tekanan kurang optimal terhadap serviks (Prawirohardjo, 2022; Ilhamjaya & Tawali, 2020).	persalinan dan berisiko partus lama.	berlangsung sekitar 1 jam 45 menit.	serta menunda meneran sebelum pembukaan lengkap (Prawirohardjo, 2022).	anjuran tidak meneran sebelum pembukaan lengkap.	dr. Slamet Garut (Profil RSUD dr. Slamet, 2025).
3	Persalinan Kala II dengan Presentasi Bokong (Pertolongan Bracht)	Kala II adalah kala pengeluaran janin, dimulai dari pembukaan lengkap hingga bayi lahir. Pada presentasi bokong,	Pertolongan kala II presentasi bokong terdiri atas tahap melahirkan bokong sampai pusat (fase lambat), pusat	Pembukaan lengkap pukul 21.05 WIB, ibu ingin meneran, ketuban pecah spontan, penurunan bokong Hodge IV.	Mengatur posisi litotomi, menyiapkan partus set dan APD, informed consent episiotomi dengan anestesi adekuat, mengajarkan	Pengaturan posisi litotomi, persiapan alat dan APD lengkap, informed consent episiotomi (dilakukan tanpa anestesi),	Terdapat kesenjangan pada tindakan episiotomi: secara teori harus didahului anestesi adekuat (Barjon et al.,

No	Masalah / Kasus	Pengertian	Penyebab		Planning / Intervensi		Evidence Based (Kesenjangan Teori & Praktik)
			Teori	Praktek	Teori	Praktek	
		pertolongan persalinan spontan (Bracht) merupakan tahap pertama yang dilakukan dengan tenaga ibu sendiri tanpa traksi (Prawirohardjo, 2022; Prijatni, 2022).	sampai mulut (fase cepat), dan mulut sampai kepala lahir seluruhnya (fase lambat). Episiotomi dilakukan bila ada indikasi dan harus didahului anestesi yang adekuat (Barjon et al., 2024).	Dilakukan episiotomi mediolateral tanpa anestesi karena kondisi persalinan memerlukan tindakan segera. Bayi lahir spontan dengan pertolongan Bracht pukul 21.35 WIB, menangis kuat, tonus otot sedikit lemas. Kala II berlangsung 30 menit.	teknik meneran, pertolongan persalinan dengan teknik Bracht, serta menyiapkan tim resusitasi neonatus (Dinda dkk., 2021; Prawirohardjo, 2022).	pengajaran teknik meneran, pertolongan persalinan dengan teknik Bracht spontan oleh dokter dibantu penulis, dan kolaborasi dengan perinatologi untuk resusitasi awal bayi.	2024), namun pada Ny. A episiotomi dilakukan tanpa anestesi karena kebutuhan tindakan segera untuk mempercepat kelahiran janin. Lama kala II dan teknik Bracht sudah sesuai dengan teori.
4	Laserasi Perineum /	Episiotomi merupakan	Episiotomi dilakukan	Pada Ny. A dilakukan	Penjahitan laserasi/episiotomi	Informed consent untuk penjahitan	Tidak terdapat kesenjangan

No	Masalah / Kasus	Pengertian	Penyebab		Planning / Intervensi		Evidence Based (Kesenjangan Teori & Praktik)
			Teori	Praktek	Teori	Praktek	
	Episiotomi pada Persalinan dengan Presentasi Bokong	tindakan insisi pada perineum untuk membantu proses persalinan bila ada indikasi. Laserasi adalah robekan jalan lahir yang terjadi saat persalinan, salah satu komplikasi pada presentasi bokong karena kepala bayi dilahirkan terakhir tanpa waktu yang cukup bagi perineum untuk	berdasarkan indikasi tertentu seperti ancaman robekan luas atau kebutuhan percepatan persalinan. Pada persalinan sungsang, robekan jalan lahir berisiko tinggi terjadi karena kepala janin lahir terakhir (Impey et al., 2023).	episiotomi mediolateral pada kala II, dan setelah bayi lahir ditemukan laserasi jalan lahir derajat II dengan perdarahan kurang lebih 200 cc.	dengan anestesi adekuat, pemantauan perdarahan, observasi tanda-tanda infeksi, serta KIE perawatan luka perineum (Impey et al., 2023).	luka jalan lahir, hecting laserasi derajat II dengan anestesi terlebih dahulu sebanyak tiga jahitan luka dalam dan empat jahitan luka luar, observasi perdarahan (kurang lebih 200 cc), serta KIE perawatan luka.	antara teori dan praktik pada tahap penjahitan laserasi. Tindakan hecting derajat II dilakukan dengan anestesi sesuai teori, dan jumlah perdarahan masih dalam batas normal (Impey et al., 2023).

No	Masalah / Kasus	Pengertian	Penyebab		Planning / Intervensi		Evidence Based (Kesenjangan Teori & Praktik)
			Teori	Praktek	Teori	Praktek	
		meregang (Impey et al., 2023).					
5	Masa Nifas (Kala IV) dengan Riwayat Presentasi Bokong	Kala IV adalah kala pengawasan, dimulai dari lahirnya plasenta sampai dua jam postpartum untuk memantau kondisi ibu terhadap bahaya perdarahan. Masa nifas dimulai sejak 2 jam setelah kelahiran plasenta sampai 6 minggu (42 hari) atau sampai	Ibu pascapersalinan dengan presentasi bokong dan laserasi perineum berisiko mengalami perdarahan dan infeksi luka jahitan, serta membutuhkan pemulihan fisik dan psikologis tambahan dibanding persalinan normal.	Pada kala IV, TFU 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih kosong, perdarahan kurang lebih 200 cc, terdapat laserasi derajat II. Pada 12 jam postpartum, TTV dalam batas normal, TFU 2 jari di bawah pusat, kontraksi baik, lochea rubra, ibu mengatakan masih	Observasi kala IV selama 2 jam (15 menit pada jam pertama, 30 menit pada jam kedua) meliputi TTV, kontraksi, TFU, kandung kemih, dan perdarahan; KIE tanda bahaya nifas, mobilisasi dini, pemenuhan nutrisi, dan personal hygiene (Buku Saku Pelayanan	Observasi kala IV (TTV, kontraksi, TFU, kandung kemih, perdarahan), penjahitan laserasi, KIE tanda bahaya nifas (perdarahan berlebihan, mual, muntah, pusing berlebihan, kejang), anjuran mobilisasi, pemenuhan nutrisi untuk pemulihan, serta	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktik. Observasi kala IV dan asuhan masa nifas awal pada Ny. A sudah dilakukan sesuai dengan standar pelayanan dan teori yang ada.

No	Masalah / Kasus	Pengertian	Penyebab		Planning / Intervensi		Evidence Based (Kesenjangan Teori & Praktik)
			Teori	Praktek	Teori	Praktek	
		alat reproduksi kembali seperti sebelum hamil (Prawirohardjo, 2022; Prawirohardjo, 2020).		nyeri pada jalan lahir.	Kesehatan Ibu, Kemenkes RI).	anjuran tidak menahan BAB dan BAK.	

Tabel 3.4 Matrik Asuhan Kebidanan pada Ny. A dengan Persalinan Presentasi Bokong

BAB IV

PEMBAHASAN

4.1 Data Subjektif

Setelah melakukan pengkajian pada Ny. A dimulai dari dimulai dari persalinan. Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada Ny. A pada tanggal 31 Maret – 02 April 2026 di RSUD dr. Slamet Garut terdapat masalah yaitu penyulit persalinan presentasi bokong. Penulis akan membahas beberapa hal yang berkaitan dengan asuhan persalinan letak sungsang. Pada asuhan persalinan terdapat kesenjangan antara teori dan praktik. Adapun hal yang akan penulis jabarkan yaitu dengan membandingkan teori yang sudah penulis pelajari dengan praktik yang penulis temukan di lapangan, Adapun hasilnya adalah sebagai berikut:

Pada saat pengkajian tanggal 31 Maret 2026, Ny. A usia 30 tahun mengatakan ini merupakan kehamilan keduanya G₂P₁A₀ dengan HPHT 14-07-2025 dan HPL 21-04-2026, sehingga usia kehamilan saat ini adalah 37-38 minggu. Dari anamnesis diperoleh informasi bahwa Ny. A memiliki riwayat persalinan sungsang pada kehamilan pertamanya. Hal ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa ibu yang memiliki riwayat persalinan sungsang sebelumnya merupakan faktor risiko tertinggi untuk mengalami presentasi bokong kembali pada kehamilan berikutnya (Rahayu & Pertiwi, 2023). Riwayat obstetrik ini menjadi salah satu data subjektif penting yang mendukung kecurigaan presentasi bokong. Ny. A mengatakan ini kehamilan ke-2 di usianya

30 tahun. Keluhan yang dirasakan oleh Ny. A pada trimester III adalah sesak napas, rasa penuh pada bagian atas perut, dan gerakan janin lebih banyak dirasakan di bagian bawah perut. Keluhan-keluhan tersebut merupakan tanda khas yang sering dikeluhkan oleh ibu hamil dengan presentasi bokong, di mana bokong atau bagian tubuh janin lainnya berada di bagian bawah dan kepala berada di fundus uteri, sehingga tekanan pada diafragma lebih besar. Hal ini sesuai dengan teori bahwa pada presentasi bokong, ibu sering merasakan penuh di bagian atas dan gerakan keras (tendangan) lebih sering terasa di bagian bawah (Prawirohardjo, 2022). Tidak terdapat kesenjangan antara data subjektif yang diperoleh di lapangan dengan teori yang ada. Selain keluhan fisik, terdapat riwayat pemeriksaan USG yang telah dilakukan sebanyak 3 kali. Hasil USG pertama pada usia kehamilan 5 bulan menunjukkan letak sungsang, USG kedua pada usia kehamilan 7 bulan menunjukkan janin sudah kepala di bawah (posisi normal), namun USG ketiga pada usia kehamilan 8 bulan kembali menunjukkan presentasi bokong. Perubahan posisi janin ini merupakan hal yang mungkin terjadi, namun kembalinya ke posisi bokong mendekati aterm menjadi pertanda penting yang harus diperhatikan. Menurut Gray dan Shanahan (2020) presentasi bokong yang masih bertahan setelah usia 36 minggu kemungkinan besar akan tetap bertahan hingga persalinan. Data riwayat USG ini menjadi bagian dari data subjektif yang mendukung kecurigaan terhadap presentasi bokong pada Ny.A.

4.2 Data Objektif

Data objektif yang paling penting dalam menegakkan diagnosis presentasi bokong adalah hasil pemeriksaan fisik, khususnya pemeriksaan Leopold. Pada Ny. A, hasil pemeriksaan Leopold I menunjukkan teraba bagian bulat, keras, dan melenting (kepala janin) di fundus uteri. Leopold II menunjukkan teraba punggung janin di sebelah kanan (PUKI). Leopold III menunjukkan teraba bagian bulat, lunak, dan tidak melenting (bokong) di bagian bawah uterus. Leopold IV menunjukkan penurunan bokong yang sudah masuk panggul (divergen). Hasil pemeriksaan Leopold ini sepenuhnya sesuai dengan teori, di mana pada presentasi bokong kepala teraba di fundus sebagai bagian yang keras dan bulat, sedangkan bokong teraba di segmen bawah rahim sebagai bagian yang lebih lunak dan tidak melenting (Prawirohardjo, 2022; Saifuddin, 2022). Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktik dalam pemeriksaan Leopold pada kasus ini.

Pemeriksaan Denyut Jantung Janin (DJJ) pada Ny. A diperoleh dalam batas normal dengan frekuensi reguler. Yang menjadi temuan penting adalah lokasi DJJ yang terdengar di atas umbilikus (pusar). Hal ini sesuai dengan teori bahwa pada presentasi bokong, punggung janin berada di sisi atas, sehingga DJJ terdengar pada ketinggian yang sama atau sedikit lebih tinggi dari umbilikus (Saifuddin, 2022; Mochtar, 2022). Temuan DJJ di atas umbilikus ini memperkuat hasil pemeriksaan Leopold dan semakin menegaskan diagnosis presentasi bokong pada Ny. A.

Pemeriksaan dalam (vaginal toucher/VT) yang dilakukan pada Ny. A menunjukkan hasil: vulva/vagina tidak ada kelainan, portio tidak teraba, ketuban (-) atau sudah pecah, pembukaan serviks 7 cm, hipomoklia teraba sakrum, presentasi bokong, dan penurunan bokong pada Hodge III. Penemuan sakrum sebagai penunjuk (denominator) pada pemeriksaan dalam merupakan ciri khas dari presentasi bokong, di mana sakrum digunakan sebagai titik acuan untuk menentukan posisi bokong di dalam panggul (Prawirohardjo, 2022). Penurunan pada Hodge III menandakan bokong telah melewati bidang setinggi spina ischiadica, yang menunjukkan kemajuan persalinan yang adekuat. Hasil pemeriksaan dalam ini sepenuhnya sesuai dengan teori dan tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktik.

4.3 Analisa

Berdasarkan integrasi data subjektif dan data objektif yang diperoleh, analisa yang ditegakkan pada Ny. A adalah G2P1A0 gravida 37-38 minggu parturient dengan presentasi bokong. Diagnosis presentasi bokong ditegakkan berdasarkan kesesuaian antara data subjektif (keluhan sesak dan penuh di bagian atas, gerakan janin lebih terasa di bawah, riwayat persalinan sungsang sebelumnya, dan hasil USG trimester III yang menunjukkan bokong sebagai bagian terbawah) dengan data objektif (pemeriksaan Leopold I-IV yang menunjukkan kepala di fundus dan bokong di bawah, DJJ terdengar di atas umbilikus, serta pemeriksaan dalam yang menemukan sakrum sebagai denominator dengan penurunan Hodge III). Menurut Prawirohardjo (2022) dan Saifuddin (2022), diagnosis presentasi bokong ditegakkan apabila ditemukan

kepala di fundus pada Leopold I, bagian lunak dan tidak melenting di segmen bawah rahim pada Leopold III, DJJ terdengar di atas pusar, serta teraba sakrum pada pemeriksaan dalam. Dengan demikian, tidak terdapat kesenjangan antara cara penegakan diagnosis di lapangan dengan teori yang ada.

4.4 Penatalaksanaan

Setelah diagnosis presentasi bokong ditegakkan melalui serangkaian pemeriksaan yang telah diuraikan di atas, penatalaksanaan yang diberikan kepada Ny. A disesuaikan dengan hasil pemeriksaan tersebut.

Pada kala I, berdasarkan hasil pemeriksaan Leopold, DJJ, dan pemeriksaan dalam yang mengkonfirmasi presentasi bokong dengan pembukaan 7 cm dan penurunan Hodge III, dilakukan kolaborasi dengan dr. SpOG. Induksi dengan drip oksitosin 5 IU dalam 500 cc RL diberikan untuk mengoptimalkan his, dengan pembatasan hanya 1 labu sesuai SOP persalinan sungsang RSUD dr. Slamet Garut. Pembatasan ini dilakukan karena stimulasi berlebihan pada persalinan sungsang dapat meningkatkan risiko distress janin (Profil RSUD dr. Slamet, 2025).

Hasil pemeriksaan juga menjadi dasar pengambilan keputusan untuk melakukan persalinan pervaginam dengan teknik bracht spontan. Keputusan ini didasarkan pada taksiran berat badan janin (TBBJ) sebesar 3.410 gram, yang masih di bawah batas 3.600 gram sebagai syarat percobaan persalinan pervaginam pada presentasi bokong (Dinda dkk., 2021; Prawirohardjo, 2022).

Pada kala II Kala pasien dilakukan episiotomi mediolateral tanpa anestesi, hal ini bersimpangan dengan teori. Berdasarkan teori, sebelum

melakukan tindakan episiotomi harus dilakukan anastesi yang adekuat (Barjon et al., 2024). Namun pada kasus ini episiotomi dilakukan tanpa anastesi. Hal tersebut merupakan kesenjangan antara teori dan praktik yang kemungkinan disebabkan oleh kondisi persalinan yang memerlukan tindakan segera untuk mempercepat kelahiran janin dan mencegah komplikasi pada ibu maupun bayi. Pertolongan persalinan dengan bracht spontan. Bayi lahir pukul 21.35 WIB merintih dan tonus otot lemas. Segera setelah bayi lahir dikeringkan lalu dilakukan jepit-jepit potong dan di serahkan ke perinatologi untuk tindakan resusitasi, kala II berlangsung selama 30 menit hal ini sesuai dengan teori bahwa lama persalinan pada primigravida 2 jam dan pada multigravida 1 Jam (Prawirohardjo, 2022).

Pada Kala III pasien dilakukan pemeriksaan abdomen tidak terdapat janin ke dua kontraksi teraba keras langsung dilakukan penyuntikan oxytocin 10 IU secara IM di paha kanan, setelah terdapat tanda-tanda pengeluaran plasenta segera dilakukan PTT plasenta lahir spontan, segera dilakukan massase uterus selama 15 detik teraba kontraksi keras. Setelah dipastikan kontraksi keras langsung dilakukan pengecekan plasenta dengan memeriksa kedua sisi plasenta (fetal maupun maternal). Terdapat selaput yang lengkap, massase teraba kontraksi keras, melakukan inform consent kepada ibu untuk dilakukan pemasangan KB IUD post plasenta, dan ibu menyetujui untuk di lakukan pemasangan KB IUD, melakukan cek laserasi terdapat luka laserasi derajat II. Tindakan yang dilakukan pada asuhan kala III ini sesuai dan tidak ada penyimpangan dengan teori (Impey et al., 2023).

Pada Kala IV pasien dipastikan kontraksi uterus keras selanjutnya dilakukan inform consent kepada ibu untuk dilakukan penjahitan jalan lahir ibu bersedia, dilakukan hecting derajat II dilakukan anestesi terlebih dahulu, Sebanyak tiga jahitan luka dalam dan empat jahitan luka luar. Mengobservasi perdarahan yang keluar selama persalinan kira-kira $\pm$ 200 cc. dilakukan pemantauan kala IV pada Ny.A normal Ny. A diajarkan melalui partograf. selama 2 jam dengan teori didapatkan hasil dalam batas untuk menilai kontraksi dan massase uterus secara melingkar agar kontraksi baik. Asuhan ini dilakukan berdasarkan teori, melakukan observasi selama 2 jam yaitu 15 menit pada 1 jam pertama dan 30 menit pada 1 jam kedua dan selama 24 jam perdarahan tidak lebih dari 500 ml setelah bayi lahir.

Masa nifas dimulai sejak 2 jam setelah kelahiran plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) atau sampai alat alat reproduksi kembali seperti keadaan sebelum hamil (Prawirihardjo 2020).

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Setelah penulis melakukan pengkajian kasus presentasi bokong pada Ny. A maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

- 1) Berdasarkan pengkajian data subjektif pada Ny.A Usia 30 tahun hamil anak ke- 2 rujukan dari Puskesmas atas indikasi sungsang (presentasi bokong) tidak ada kesenjangan antara teori dengan praktik.
- 2) Berdasarkan pengkajian data objektif pada Ny.A Usia 30 tahun tidak ada kesenjangan teori dan praktik.
- 3) Berdasarkan analisa pada Ny.A yaitu "G₂P₁A₀ gravida 37-38 minggu parturien dengan Presentasi bokong" sudah sesuai dengan teori dan tidak ada kesenjangan terhadap teori maupun praktik.
- 4) Penatalaksanaan yang dilakukan di RSUD dr. Slamet Garut yaitu dengan melakukan persalinan brach spontan, tindakan yang dilakukan terdapat kesenjangan antara teori dan praktik.
- 5) Pendokumentsian asuhan kebidanan ditulis dalam betuk SOAP yang terlampir sudah sesuai dengan teori dan tidak ada kesenjangan terhadap teori maupun praktik.

5.2. Saran

Sesuai dengan kesimpulan diatas maka dalam hal ini penulis ingin memberikan sedikit saran yang khususnya di tujukan kepada:

1) Bagi institusi kesehatan

Diharapkan petugas kesehatan melakukan tindakan asuhan sayang ibu, dengan memberikan anastesi sebelum melakukan episiotomi.

2) Instansi pendidikan

Untuk peningkatan dalam pembuatan diharapkan bagi institusi pendidikan agar dapat melakukan penilaian sejauh mana mahasiswa dalam menerapkan pengetahuan yang telah didapat dengan mempraktekkan dan mengimplementasikannya pada pasien atau klien secara langsung.

3) Saran bagi klien

Diharapkan klien dapat melakukan Gerakan knee cest sesuai dengan anjuran, apabila menemukan kasus sungsang pada trimester III.

4) Bagi penulis

Dengan disusunnya karya tulis ini diharapkan penulis dapat menambah teori atau sumber pengetahuan terbaru agar hasil laporan tugas akhir ini bisa lebih bermutu dan sempurna.

DAFTAR PUSTAKA

- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Spong, C. Y., & Casey, B. M. (2022). *Williams obstetrics* (26th ed.). McGraw-Hill Education.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Garut. (2024). *Profil kesehatan Kabupaten Garut tahun 2024*. Dinas Kesehatan Kabupaten Garut.
- Gray, C. J., & Shanahan, M. M. (2020). Breech presentation. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448063/>
- Hemelaar, J., Lim, L. N., Impey, L. W. M., & Bhide, A. (2021). The impact of an ECV service on term breech presentation: A 16-year prospective audit. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 128(11), 1828–1836. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16780>
- Ilhamjaya, A. M., & Tawali, S. (2020). Angka kejadian dan faktor-faktor yang berhubungan dengan janin letak sungsang dari ibu hamil yang melahirkan di RSWS Makassar. *Medika Alkhairaat: Jurnal Penelitian Kedokteran dan Kesehatan*, 2(2), 55–61. <https://doi.org/10.31970/ma.v2i2.52>
- Impey, L. W. M., Murphy, D. J., Griffiths, M., & Penna, L. K. (2023). Management of breech presentation: Green-top guideline no. 20b. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 130(5), e151–e177. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.17415>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). *Profil kesehatan Indonesia tahun 2024*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2025). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2025 tentang Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Reproduksi. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Latifa, U. (2021). *Asuhan kebidanan pada persalinan dengan letak sungsang*. [Karya Tulis Ilmiah].
- Mochtar, R. (2022). *Sinopsis obstetri: Obstetri fisiologi dan obstetri patologi* (5th ed.). EGC.
- Prawirohardjo, S. (2022). *Ilmu kebidanan* (Edisi ke-5). Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Prijatni, I. (2022). *Asuhan kebidanan persalinan dan bayi baru lahir*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Rahayu, S., & Pertiwi, A. D. (2023). Gambaran penanganan persalinan sungsang di RSUD Dr. Soedarso Pontianak tahun 2020–2022. *Jurnal Kesehatan*

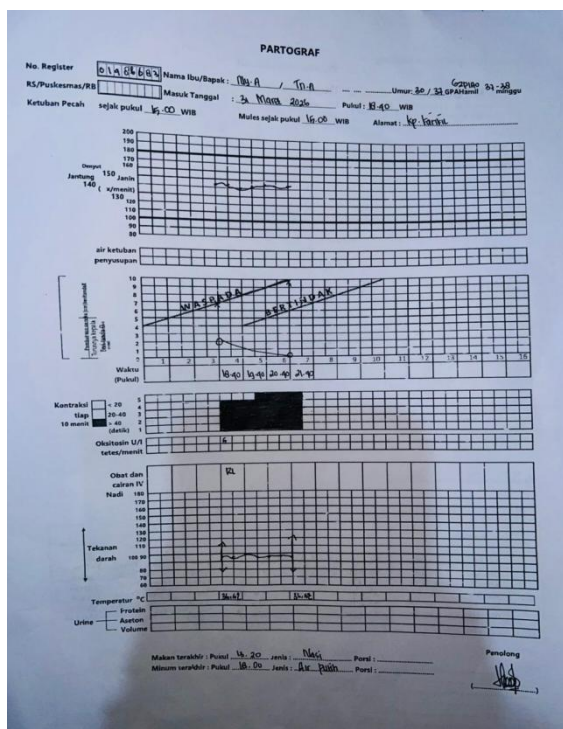
- Saifuddin, A. B. (2022). *Ilmu kebidanan Sarwono Prawirohardjo* (5th ed.). Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- United Nations. (2022). *The sustainable development goals report 2022*. United Nations Publications. <https://unstats.un.org/sdgs/report/2022/>
- Wiknjosastro, H. (2023). *Ilmu kandungan* (Edisi ke-3). Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- World Health Organization. (2023). *Maternal mortality*. WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- Putih Jakarta Pusat. *Jurnal Kebidanan Terkini*, 4(1), 33–42. <https://doi.org/10.54771/jkt.v4i1.261>
- Masyarakat Khatulistiwa*, 10(1), 12–21. <https://doi.org/10.29406/jkmk.v10i1.3752>
- Riskiani, A., Yulianti, I., & Septiani, D. (2024). Hubungan deteksi dini letak sungsang dengan luaran persalinan di Puskesmas Kecamatan Cempaka

DAFTAR LAMPIRAN

Hasil USG presentasi



Dokumentasi partograf



Lembar partograf bagian belakang

CATATAN PERSALINAN

Tanggal: 31 Maret 2024
 Tempat persalinan: ☐ rumah ibu ☐ Puskesmas ☐ (Jenis Fasilitas) ☐ Lainnya
 Alamat tempat persalinan: _____

KALA I
☒ Partograf melewati garis waspada
 Penatalaksanaan yang dilaksanakan untuk masalah tersebut: _____

KALA II
 Lama Kala II: _____ menit Episiotomi: ☐ tidak ☒ ya. Indikasi: _____
 Pendamping pada saat persalinan: ☐ suami ☒ keluarga ☐ teman ☐ dukun ☐ tidak ada
 Gawat Janin: ☐ meninggal ibu ke sisi kiri ☐ miring ibu menarik napas ☐ episiotomi
 Distosis Bahu: ☐ Manuver Mc Robert ☐ ibu merangking ☐ Lainnya _____

KALA III
 Lama Kala III: 70 menit Jumlah Perdarahan: 200 ml
 a. Pemberian Oksitosin 10 U IM < 2 menit? ☒ ya ☐ tidak
 b. Pemegangan tali pusat terkendali? ☒ ya ☐ tidak
 c. Masase fundus uteri? ☒ ya ☐ tidak
 Laserasi perineum: derajat 2 Tindakan: ☒ mengeluarkan secara manual ☐ menjujuk
 Atonia uteri: ☐ Kompreasi bimanual interna ☐ Metil Ergometrin 0.2 mg IM ☐ Oksitosin drip

BAYI BARU LAHIR
 Berat Badan: 3.100 gram Panjang: 50 cm Jenis Kelamin: ♂ Nilai APGAR: 8 / 10
 Bayi baru lahir pucat/biru/emas: ☒ mengeringkan ☒ menghangatkan ☒ membuka jalan napas
☐ lainnya: _____

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam ke	Pukul	Tekanan Darah	Nadi	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1	22.30	110/80	94 x/m	36.6°C	2 x/3 dm	keras	tidak penuh	normal
	22.45	110/80	94 x/m		2 x/3 dm	keras	tidak penuh	normal
	22.00	110/80	94 x/m		2 x/3 dm	keras	tidak penuh	normal
	22.15	110/80	94 x/m		2 x/3 dm	keras	tidak penuh	normal
2	22.45	120/90	92 x/m	36.6°C	2 x/3 dm	keras	tidak penuh	normal
	22.15	120/90	92 x/m		2 x/3 dm	keras	tidak penuh	normal

KIE

No	Tanggal	Materi	Pelaksana	Keterangan
		• Semua nifas		
		• Breast care		
		• ASI		
		• Perawatan Tali Pusat		
		• KL		
		• GDS		
		• Immunisasi		

Dokumentasi pasca tindakan



Kunjungan ke rumah pasien



Masase bayi



Lembar bimbingan

LEMBAR BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : Nino Ningsih
 NIM : 4180202024
 Judul KTI : Perencanaan Perencanaan Restorasi

Nama Pembimbing : Hj. Eni Reti Suastika, S.Pd., M.Pd.
 NIDN : 025203.1004.001

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Saran Pembimbing	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing
1.	Jumat 01/06/2026	Kerangka Jurnal KTI	Amir, Nidul		
2.	Kamis 19/06/2026	Kerangka Bab I & Bab II	Perbaiki penulisan pemeriksaan dg. Duleries		
3.	Senin 26/06/2026	Bab III & bab III Materi Bab II	Algoritma di buat Basis + base saham.		
4.			Langut BAB IV Print BPP: Kajian in Tugasan		
5.	02/06/2026	Bab III BAB IV	Revisi bab		
6.	08 Juni 2026	Tamabahkan lampiran	Rev. lampiran		
7.	10/06/2026	Revisi cover	Rev. Cover		

8.	11/06/2026	Revisi	Revisi PP T		
9.	13/06/2026	Acc Sidang	Acc Sidang KTI		
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					

Garut 16 Juni 2025

Mahasiswa Pembimbing

(.....) (.....)

RIWAYAT HIDUP



1. Identitas

Nama : Nina Naisyah
Tempat Tanggal Lahir : Garut, 19 Februari 2005
Agama : Islam
Nama Ayah : Endang
Nama Ibu : Elin Suryati
Email : naisyahnina02@gmail.com
No. Telp : 089662696590
Alamat : Kp. Cigarukgak RT/RW 03/08, Des.
Padamukti, Kecamatan Pasirwangi,
Kabupaten Garut, Provinsi Jawa Barat.

2. Riwayat Pendidikan

1. TK Att-Taqwa.
2. SDN Banjarsari II.
3. SMP Plus Qurrota A'yun.
4. SMK Bhakti Kencana Garut.
5. Terdaftar sebagai mahasiswa Institut Kesehatan Karsa Husada Garut Prodi D3 Kebidanan.