

**ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN PADA NY. Y USIA 31
TAHUN G3P1A1 USIA KEHAMILAN 36 MINGGU DENGAN
PRESENTASI BOKONG DI PUSKESMAS SELAAWI**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Diajukan untuk Menyelesaikan Program Studi D 3 Kebidanan

Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kebidanan

Institut Kesehatan Karsa Husada Garut

RISKIA AZZAHRA
KHGB23024



INSTITUT KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN
PROGRAM STUDI DIPLOMA 3 KEBIDANAN

2026

SURAT PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa :

1. Laporan Tugas Akhir ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik (A. md.Keb), baik dari Institus Kesehatan Karsa Husada Garut maupun perguruan lain.
2. Laporan Tugas Akhir ini adalah murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan Tim pembimbing.
3. Dalam Laporan Tugas Akhir ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis 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 kemudian 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.

Garut, Juni 2026
Yang Membuat Pernyataan

RISKIA AZZAHRA
KHGB23024

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

LAPORAN TUGAS AKHIR

JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN
PADA NY. Y USIA 31 TAHUN G3P1A1
USIA KEHAMILAN 36 MINGGU
DENGAN PRESENTASI BOKONG
INPARTU KALA 1 FASE AKTIF DI
PUSKESMAS SELAAWI

NAMA MAHASISWA : RISKIA AZZAHRA

NIM : KHGB23024

Laporan Tugas Akhir ini Telah Disetujui Untuk Disidangkan
Dihadapan Tim Penguji Program Studi D 3Kebidanan
Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kebidanan
Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.

Garut,

Menyetujui,

Pembimbing

(Bdn. Ernawati, SST., M.Kes)

NIK 042039.0512.108

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN PADA
NY. Y USIA 31 TAHUN G3P1A1 USIA
KEHAMILAN 36 MINGGU DENGAN
PRESENTASI BOKONG INPARTU KALA 1
FASE AKTIF DI PUSKESMAS SELAAWI

NAMA MAHASISWA : RISKIA AZZAHRA

NIM : KHGB23024

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

Garut, Juni 2026
Mengesahkan,

Pembimbing

Bdn. Ernawati, SST., .Kes
NIK. 042039.0512.108

Penela'ah I	Penela'ah II
(<u>Fitri H, SST.,M.Keb.,M.Pd</u>)	(<u>Annisa D P .,S.Tr.Keb.,M.K.M</u>)

Mengetahui
Ketua Program Studi DII-Kebidanan

Lina Humaeroh, S.ST., M.Kes
NIK. 0414128506

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT, karna atas berkat-Nya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Kebidanan Persalinan Pada Ny. Y usia 31 Tahun G3P1A1 36 Minggu Inpartu Kala 1 Fase Aktif Dengan Presentasi Bokong Di Puskesmas Selaawi.” dengan tepat waktu. Laopran Tugas Akhir ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan Diploma 3 Kebidanan di Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.

Laporan Tugas Akhir ini dapat diselesaikan juga berkat dorongan dan bantuan dari berbagai pihak, untuk itu melalui kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih banyak kepada :

1. Dr. H. Hadiat, MA selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Dr. Iwan Wahyudi, S.Kep., M.Kep., selaku Ketua Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.
3. Lina Humairoh, SST., M. Kes selaku Ketua Prodi D- 3 kebidanan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.
4. Bdn. Ernawati, SST.,M.Keb selaku pembimbing terima kasih sebesar-besarnya kepada ibu yang telah meluangkan waktu, tenaga, dan pikirannya untuk membimbing penulis selama proses penulisan Laporan Tugas Akhir ini. Setiap arahan, koreksi, dan masukan yang ibu berikan menjadi cahaya yang menuntun penulis ditengah kebingungan. Kesabaran dan ketulusan

ibu dalam mendampingi penulis adalah hal yang tidak akan pernah penulis lupakan.

5. Fitri Hanriyani, SST.,M.Keb.,M.Pd selaku penguji I pada saat sidang Laporan Tugas Akhir.
6. Annisa Devi Permata .,S.Tr.Keb.,M.K.M selaku penguji II pada saat sidang Laporan Tugas Akhir.
7. Puskesmas Selaawi, sebagai lahan praktik pengkajian kasus Laporan Tugas Akhir.
8. Ny. Y yang telah bersedia menjadi klien untuk Laporan Tugas Akhir ini.
9. Cinta pertama dan panutanku, Ayahanda Ade Asep Supriatna dan pintu surgaku Ibunda Engkom Komanah. Terima kasih atas segala pengorbanan dan tulus kasih yang diberikan. Dua orang yang selalu mengusahakan anak perempuan bungsunya ini untuk bisa menempuh pendidikan setinggi-tingginya. Terima kasih yang tak terhingga kepada bapak dan mama yang telah memberikan kasih dan dukungan, memberikan nasehat, dan selalu mendo'akan disetiap langkah penulis. Semoga ini menjadi langkah awal untuk membuat mama dan bapak bangga dan bahagia. Sehat selalu dan panjang umur karena mama dan bapak harus selalu ada disetiap perjuangan dan pencapaian hidup penulis.
10. Kedua kakak perempuan penulis terima kasih telah kebersamai penulis selama ini dan terima kasih atas pengorbanan, perjuangan, serta kasih sayang yang telah diberikan kepada penulis.

11. Terima kasih kepada sahabat seperjuangan penulis, terkhusus Aulia Az-Zahra dan Elsy Wulan Febrianti terima kasih telah menjadi bagian dari perjalanan ini sejak awal perkuliahan hingga akhirnya sampai di tahap sidang. Terima kasih untuk setiap dukungan, bantuan, tawa, cerita, dan kebersamaan yang kita lewati bersama. Semoga langkah yang telah kita perjuangkan dapat menjadi awal dari langkah-langkah baik berikutnya. Terima kasih karena selalu ada dan menjadi sahabat yang tulus selama masa perkuliahan.
12. Terima kasih kepada sosok jiwa yang berkepala batu, wanita yang sederhana bermimpi selangit **Riskia Azzahra**. Terima kasih telah bekerja keras dan bertahan sejauh ini. Untuk setiap malam yang dihabiskan dalam kelelahan, setiap pagi yang disambut dengan kekhawatiran, namun tetap dijalani dan berhasil dilalui. Terima kasih kepada hati yang tetap ikhlas, meski banyak hal yang terjadi diluar prediksi, terima kasih kepada jiwa yang tetap kuat, meski berkali-kali hampir menyerah karena kondisi. Terima kasih kepada raga yang terus melangkah, meski lelah menghadapi tekanan tetapi terus diperjuangkan. Teruslah belajar dan mensyukuri nikmat yang tuhan berikan. Dan ribuan terimakasih diucapkan kepada diri sendiri karena sudah mampu mempertanggung jawabkan semua kepercayaan yang sudah diberikan termasuk menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini sampai selesai.

DAFTAR ISI

SURAT PERNYATAAN.....	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR SINGKATAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	16
1.1 Latar Belakang.....	16
1.2 Rumusan Masalah.....	19
1.3 Tujuan Penelitian.....	19
1.3.1 Tujuan Umum.....	19
1.3.2 Tujuan Khusus	19
1.4 Metode Pengumpulan Data	20
1.5 Tempat dan Waktu Pengkajian.....	20
1.5.1 Tempat Pengkajian	20
1.5.2 Waktu Pengkajian.....	20
1.6 Manfaat Penulisan	21
BAB II TINJAUAN TEORI	22
2.1 Konsep Dasar Presentasi Bokong	22
2.1.1 Definisi Persalinan Presentasi Bokong.....	22
2.2 Etiologi.....	24

2.2.1 Faktor Ibu	25
2.2.2 Faktor Janin	26
2.2.3 Faktor Plasenta dan Cairan Ketuban.....	26
2.3 Patofisiologi.....	27
2.4 Tanda dan Gejala	28
2.4.1 Keluhan Subjektif Ibu.....	29
2.4.2 Pemeriksaan Leopold	29
2.4.3 Auskultasi Denyut Jantung Janin (DJJ).....	30
2.4.4 Pemeriksaan Penunjang.....	31
2.5 Faktor- Faktor yang Mempengaruhi Terjadinya Prsesntasi Bokong.....	31
2.5.1 Usia kehamilan (prematuritas):.....	31
2.5.2 Paritas ibu:	32
2.5.3 Kehamilan ganda (gemelli):	32
2.5.4 Kelainan volume cairan ketuban:	32
2.5.5 Kelainan uterus dan tumor:.....	33
2.5.6 Tali pusat pendek:.....	33
2.5.7 Riwayat letak sungsang pada kehamilan sebelumnya:	33
2.6 Penanganan Letak Sugsang	34
2.6.1 Penanganan pada Masa Antenatal	34
2.6.2 Penanganan Pada Saat Persalinan.....	37
2.6.3 Peran Bidan dalam Asuhan Letak Sungsang	43
2.6.4 Asuhan Bayi Baru Lahir	44
2.7 SOP Penanganan Persalinan Presentasi Bokong	47
BAB III TINJAUAN KASUS.....	53
3.1 Asuhan Kebidanan Persalinan Pada Ny.Y Usia 31 Tahun G3P1A1 Gravida 36 Minggu Inpartu Kala I Fase Aktif Dengan Presentasi Bokong di Puskesmas Selaawi	56
3.2 Hasil Observasi Pemantauan Selama 2 Jam Post Partum Pada Ny. Y Usia 31 Tahun P2A1 Di Ruang Poned Puskesmas Selaawi	71

3.4 Matriks Hubungan antara Teori dan Kasus	75
BAB IV PEMBAHASAN.....	79
4.1 Data Subjektif	79
4.2 Data Objektif.....	81
4.3 Analisa	84
4.4 Penatalaksanaan.....	85
4.4.1 Kala I	85
4.4.2 Kala II	86
4.4.3 Kala III.....	87
4.4.4 Kala IV dan Postpartum	88
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	89
5.1 Kesimpulan	89
5.2 Saran	90
5.2.1 Bagi Puskesmas Selaawi	90
5.2.2 Bagi Tenaga Kesehatan (Bidan)	90
5.2.3 Bagi Institusi Pendidikan.....	91
5.2.4 Bagi Peneliti Selanjutnya.....	92
DAFTAR PUSTAKA	93
LAMPIRAN	95
LEMBAR BIMBINGAN LTA	97
RIWAYAT HIDUP.....	100

DAFTAR GAMBAR

2.1 Gambar Frank Breech.....	23
2.2 Gambar Complete Breech.....	23
2.3 Gambar Incomplete Breech.....	24
2.4 Gambar External Cephalic Version.....	36
2.1.1 Gambar Memegang Panggul Bayi Pada Persalinan <i>Manuver Bracht</i>	39
2.2.2 Gambar Gerakan <i>Hiperlordosis</i>	40
2.2.3 Gambar Pegangan <i>Femuro Pelvic</i>	40
2.2.4 Gambar Rotasi 180.....	41
2.2.5 Gambar Tubuh Bayi Diputar Kembali Ke arah yang Berlawanan.....	42
2.2.6 Gambar Teknik Mauriceau.....	43

DAFTAR TABEL

2.1 Tabel Penilaian Apgar Score.....	46
3.1 Tabel Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas yang lalu.....	52
3.2 Tabel Lembar Observasi Kala IV.....	65
3.3 Matriks Hubungan Antara Teori dan Kasus.....	69

DAFTAR SINGKATAN

AKI	:	Angka Kematian Ibu
ANC	:	<i>Antenatal Care</i>
BB	:	Berat Badan
BBLR	:	Berat Badan Lahir Rendah
BKKBN	:	Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional
BAB	:	Buang Air Besar
BAK	:	Buang Air Kecil
D3	:	Diploma 3
DINKES	:	Dinas Kesehatan
DJJ	:	Denyut Jantung Janin
ECV	:	<i>External Cephalic Version</i> (versi luar)
G3P1A1	:	Gravida 3, Para 1, Abortus 1
Hb	:	Hemoglobin
HBsAg	:	Hepatitis B Surface Antigen
HIV	:	Human Immunodeficiency Virus
HPHT	:	Hari Pertama Haid Terakhir
IMD	:	Inisiasi Menyusu Dini
IMT	:	Indeks Masa Tubuh
IRT	:	Ibu Rumah Tangga

IU	: <i>International Unit</i>
IUD	: <i>Intrauterine Device</i>
JABAR	: Jawa Barat
KB	: Keluarga Berencana
KEMENKES RI	: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia
KPD	: Ketuban Pecah Dini
KTI	: Karya Tulis Ilmiah
KU	: Keadaan Umum
LILA	: Lingkar Lengan Atas
NR	: <i>Non Reaktif</i>
P2A1	: Para 2, Abortus 1
PAP	: Pintu Atas Panggul
PKM	: Puskesmas
PONED	: Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar
PTT	: Penegangan Tali Pusat Terkendali
PUSKESMAS	: Pusat Kesehatan Masyarakat
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
SC	: <i>Sectio Casare</i>
SDM	: Sumber Daya Manusia
SLTP	: Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama
SOAP	: Subjektif, Objektif, Analisa, Penatalaksanaan
SOP	: Standar Operasional Prosedur
SpO2	: Saturasi Oksigen

TB	:	Tinggi Badan
TBBJ	:	Tafsiran Berat Badan Janin
TFU	:	Tinggi Fundus Uteri
TP	:	Taksiran Persalinan
TT	:	Tetanus Toksoid
TTV	:	Tanda Tanda Vital
TD	:	Tekanan Darah
USG	:	<i>Ultrasonografi</i>
V/V	:	Vulva / Vagina
VT	:	<i>Vaginal Toucher</i> (pemeriksaan Dalam)
AIDS	:	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
WHO	:	<i>World Health Organization</i>
WIB	:	Waktu Indonesia Barat

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Persalinan merupakan proses pengeluaran hasil konsepsi berupa janin dan plasenta dari uterus melalui jalan lahir yang secara normal dan spontan, janin yang cukup bulan dengan presentasi belakang kepala, berlangsung tidak lebih dari 18–24 jam, tanpa komplikasi pada ibu maupun janin (Prawirohardjo, 2020). Kondisi kehamilan yang semula normal dapat menjadi berisiko apabila ditemukan kelainan letak janin, salah satunya adalah presentasi bokong atau letak sungsang (Deby utami, 2023).

Secara global, angka kematian ibu (AKI) masih menjadi permasalahan serius dalam kesehatan reproduksi. Menurut (WHO, 2023), terdapat sekitar 287.000 perempuan yang meninggal selama dan setelah kehamilan serta persalinan pada tahun 2020, dengan kesenjangan yang sangat besar antara negara berpendapatan rendah (430 per 100.000 kelahiran hidup) dibandingkan negara berpendapatan tinggi (13 per 100.000 kelahiran hidup). Penyebab utama kematian ibu meliputi perdarahan hebat pascapersalinan, infeksi, hipertensi dalam kehamilan (preeklamsia/eklamsia), komplikasi persalinan, serta abortus tidak aman (WHO, 2023).

Di Indonesia, AKI berdasarkan Sensus Penduduk 2020 tercatat sebesar 189 per 100.000 kelahiran hidup. Jumlah kematian ibu meningkat dari 4.005

kasus pada tahun 2022 menjadi 4.129 kasus pada tahun 2023, sementara kematian bayi mencapai 29.945 kasus pada tahun yang sama. Penyebab utama kematian ibu di Indonesia adalah hipertensi dalam kehamilan/eklamsia dan perdarahan, sedangkan kematian bayi paling banyak disebabkan oleh berat badan lahir rendah (BBLR)/prematuritas dan asfiksia neonatal. Komplikasi persalinan akibat kelainan letak janin, termasuk presentasi bokong, turut berkontribusi terhadap angka kematian perinatal tersebut (Irkan, 2022).

Presentasi bokong atau letak sungsang adalah kondisi di mana janin berada dalam posisi memanjang dengan kepala di fundus uteri dan bokong sebagai bagian terendah yang memasuki pintu atas panggul. Angka kejadian presentasi bokong berkisar antara 3–5% dari seluruh persalinan tunggal aterm (Manuba, 2023). Pada kehamilan ganda, angka ini meningkat hingga 25% (Astriani, 2025). Di Indonesia, kelainan letak sungsang dilaporkan mengakibatkan kematian bayi sekitar 14%, dengan risiko kematian perinatal yang lebih tinggi dibandingkan presentasi kepala, yakni berkisar 16,8–38,5% (Astriani, 2025). Angka kematian perinatal pada bayi dengan presentasi bokong mencapai 25 per 1.000 kelahiran hidup, dengan risiko asfiksia neonatal pada persalinan pervaginam sebesar 3,3%, jauh lebih tinggi dibanding persalinan sectio caesarea sebesar 0,6% (Luthffia, 2024)

Pada tingkat provinsi, data *Long Form* Sensus Penduduk tahun 2020 menunjukkan bahwa Jawa Barat mencatat AKI sebesar 187 per 100.000 kelahiran hidup, angka yang menempatkannya sebagai salah satu provinsi dengan AKI tertinggi di Pulau Jawa. Kondisi ini semakin mengkhawatirkan

mengingat pada tahun yang sama, Jawa Barat menjadi provinsi dengan jumlah kematian ibu terbesar secara nasional, yakni sebanyak 745 jiwa (Jabar, 2021). Tingginya angka tersebut salah satunya disebabkan oleh komplikasi persalinan yang berhubungan dengan kelainan letak janin atau presentasi bokong (Dinkes, 2022).

Kasus kematian ibu di Kabupaten Garut masih tergolong tinggi, yakni mencapai 112 kasus pada tahun 2021, angka yang menempatkan Garut di posisi pertama dari seluruh kabupaten/kota di Provinsi Jawa Barat (Jabar, 2021). Kondisi ini tidak lepas dari berbagai faktor yang saling berkaitan, mulai dari tingkat kemiskinan yang masih cukup tinggi, minimnya akses masyarakat terhadap informasi kesehatan selama kehamilan, hingga keterlambatan dalam memperoleh penanganan medis yang tepat waktu (Haryono, 2026). Menghadapi permasalahan tersebut, Puskesmas Selaawi sebagai fasilitas kesehatan tingkat pertama di Kecamatan Selaawi mengemban peran yang sangat penting dalam upaya deteksi dini dan penatalaksanaan awal kasus kehamilan risiko tinggi, termasuk di dalamnya kehamilan dengan presentasi bokong, sebelum pasien dirujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap.

Peran bidan dalam mendeteksi dan menatalaksana kasus presentasi bokong sangat krusial. Deteksi dini melalui pemeriksaan Leopold pada setiap kunjungan antenatal, pemberian edukasi posisi *knee-chest*, serta koordinasi rujukan yang tepat waktu merupakan kompetensi esensial bidan dalam menurunkan risiko komplikasi persalinan (Tauhid, 2023). Berdasarkan uraian di atas, penulis tertarik untuk menyusun laporan tugas akhir dengan judul:

"Asuhan Kebidanan Persalinan Pada Ny. Y Usia 31 Tahun G3P1A1 Usia Kehamilan 36 Minggu Dengan Presentasi Bokong Di Puskesmas Selaawi."

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas maka laporan tugas akhir ini adalah bagaimana asuhan persalina pada Ny. Y usia 31 tahun G3P1A1 usia kehamilan 36 minggu inpartu kala 1 fase aktif dengan presentasi bokong?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Melaksanakan asuhan kebidanan secara langsung pada Ny. Y usia 31 tahun G3P1A1 usia kehamilan 36 minggu inpartu kala 1 fase aktif dengan persentasi bokong di Puskesmas Selaawi dengan pendokumentasian SOAP.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian data subjektif pada ibu bersalin Ny. Y usia 31 tahun G3P1A1 36 minggu inpartu kala 1 fase aktif dengan persentasi bokong di Puskesmas Selaawi.
2. Melakukan pengkajian data objektif pada ibu bersalin Ny. Y usia 31 tahun G3P1A1 36 minggu inpartu kala 1 fase aktif dengan persentasi bokong di Puskesmas Selaawi.
3. Menegakkan analisa pada ibu bersalin Ny. Y usia 31 tahun G3P1A1 36 minggu inpartu kala 1 fase aktif dengan persentasi bokong di Puskesmas Selaawi.

4. Melakukan penatalaksanaan pada ibu bersalin Ny. Y usia 31 tahun G3P1A1 36 minggu inpartu kala 1 fase aktif dengan presentasi bokong di Puskesmas Selaawi.
5. Melaksanakan pendokumentasian hasil pengkajian pada ibu bersalin Ny. Y usia 31 tahun G3P1A1 36 minggu inpartu kala 1 fase aktif dengan presentasi bokong di Puskesmas Selaawi.

1.4 Metode Pengumpulan Data

Laporan tugas akhir ini disusun menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Teknik pengumpulan data dilakukan melalui dua cara, yaitu: (1) wawancara mendalam (anamnesis) untuk memperoleh data subjektif yang mencakup keluhan utama, riwayat kehamilan, riwayat penyakit, dan kondisi psikososial klien; serta (2) observasi langsung dan pemeriksaan fisik pada klien untuk memperoleh data objektif meliputi tanda vital, pemeriksaan leopold, dan pemeriksaan penunjang. Selanjutnya dilakukan analisa dan penatalaksanaan yang didokumentasikan menggunakan metode SOAP (Hardiani, 2020).

1.5 Tempat dan Waktu Pengkajian

1.5.1 Tempat Pengkajian

Asuhan kebidanan dilakukan di Ruang PONED Puskesmas Selaawi, Kecamatan Selaawi, Kabupaten Garut, Jawa Barat.

1.5.2 Waktu Pengkajian

Waktu pengkajian dilakukan pada tanggal 14 April 2026

1.6 Manfaat Penulisan

1. Bagi Penulis

Dapat menerapkan teori yang diperoleh selama perkuliahan ke dalam praktik asuhan kebidanan secara langsung, khususnya dalam menambah pengetahuan, sikap, dan keterampilan dalam memberikan asuhan kebidanan pada kasus persalinan dengan persentasi bokong.

2. Bagi Masyarakat

Sebagai sarana promosi kesehatan agar masyarakat, khususnya ibu hamil, dapat memperoleh pelayanan kebidanan yang tepat dan berkualitas sehingga meningkatkan derajat kesehatan ibu dan anak.

3. Bagi Institusi Kesehatan

Memberikan masukan dan referensi bagi tenaga kesehatan, khususnya bidan, dalam meningkatkan kemampuan mendeteksi dini serta menatalaksana kasus kehamilan dengan letak sungsang agar risiko pada ibu dan bayi dapat diminimalkan, serta dapat menjadi bahan evaluasi untuk peningkatan kualitas pelayanan di fasilitas kesehatan.

4. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai bahan pembelajaran dan referensi bagi mahasiswa kebidanan untuk memahami asuhan kebidanan pada kasus kehamilan risiko tinggi, khususnya letak sungsang, serta menambah wawasan mengenai penanganan yang tepat sesuai standar kebidanan.

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Dasar Presentasi Bokong

2.1.1 Definisi Persalinan Presentasi Bokong

Persalinan dengan presentasi bokong atau letak sungsang adalah suatu kondisi di mana janin berada dalam posisi memanjang (letak longitudinal) di dalam uterus, dengan kepala janin menempati bagian fundus uteri dan bokong atau kaki berada di segmen bawah rahim sebagai bagian yang paling dekat dengan jalan lahir atau menjadi bagian terendah. Kondisi ini merupakan kebalikan dari presentasi normal yang lazim dijumpai, di mana kepala janin seharusnya menjadi bagian terdepan yang memasuki panggul (Urizky, 2024).

Presentasi bokong diklasifikasikan menjadi tiga jenis utama berdasarkan posisi tungkai bawah janin, sebagaimana dijelaskan berikut ini.

- 1.) *Frank Breech* (Bokong Murni): Kedua paha janin fleksi dan kedua lutut ekstensi sempurna sehingga kaki berada sejajar di depan perut, dan hanya bokong yang menjadi presentasi. Jenis ini paling sering dijumpai, mencakup sekitar 50–70% dari seluruh kasus letak sungsang, dan dianggap memiliki prognosis yang relatif lebih baik untuk persalinan pervaginam.

Gambar 1. *Frank Breech*



(Gynecology, 2023)

- 2.) *Complete Breech* (Bokong Sempurna): Janin berada dalam posisi seperti bersila, di mana kedua paha dan kedua lutut menekuk sehingga bokong dan kaki sama-sama menempati bagian terendah. Jenis ini ditemukan pada sekitar 5–10% kasus.

Gambar 2. *Complete Breech*



(Gynecology, 2023)

3.) *Incomplete Breech* (Bokong Tidak Sempurna/Presentasi Kaki):

Satu atau kedua kaki maupun lutut janin merupakan bagian terendah. Jenis ini dikategorikan sebagai *footling breech* (presentasi kaki) apabila satu atau dua kaki yang menjadi presentasi. Jenis ini membawa risiko tertinggi terhadap prolaps tali pusat (Moulida, 2025a).

Gambar 3. *Incomplete Breech*



(Gynecology, 2023)

2.2 Etiologi

Penyebab pasti terjadinya letak sungsang sering kali tidak dapat ditentukan secara tunggal. Kondisi ini umumnya bersifat multifaktorial, melibatkan interaksi antara faktor yang berasal dari ibu, janin, plasenta, maupun cairan ketuban. Berdasarkan kajian literatur terkini, faktor-

faktor etiologi letak sungsang dapat dikelompokkan sebagai berikut (Aurelia, 2024)

2.2.1 Faktor Ibu

- 1) Multiparitas: Pada ibu yang telah melahirkan beberapa kali, elastisitas dan tonus otot uterus cenderung mengalami penurunan. Dinding rahim yang lebih longgar memberikan kebebasan gerak lebih besar bagi janin, sehingga meningkatkan kemungkinan posisi sungsang menetap hingga mendekati persalinan.
- 2) Kelainan bentuk uterus: Anomali kongenital uterus seperti uterus bikornus, uterus subseptus, atau uterus arkuatus dapat membatasi ruang yang tersedia bagi janin untuk berotasi ke presentasi kepala. Adanya mioma uteri yang menonjol ke dalam kavum uteri juga dapat menghalangi rotasi janin.
- 3) Panggul sempit (*contracted pelvis*): Ukuran atau bentuk panggul yang tidak memadai dapat menghalangi bagian kepala janin masuk ke dalam pintu atas panggul, sehingga janin mempertahankan posisi sungsang sebagai bentuk adaptasi.
- 4) Riwayat letak sungsang sebelumnya: Ibu yang pernah melahirkan bayi dalam presentasi bokong pada kehamilan terdahulu memiliki risiko yang lebih tinggi untuk mengalami kondisi serupa pada kehamilan berikutnya, kemungkinan berkaitan dengan faktor anatomi yang bersifat menetap.

2.2.2 Faktor Janin

- 1) Prematuritas: Pada kehamilan muda, cairan amnion masih relatif banyak dibandingkan ukuran janin, sehingga janin memiliki kebebasan bergerak yang lebih besar. Selain itu, proporsi antara ukuran kepala dan bokong pada janin prematur belum mendukung terjadinya rotasi spontan ke presentasi kepala. Pada usia kehamilan 28 minggu, sekitar 22–30% janin masih berada dalam presentasi bokong, dan angka ini terus berkurang seiring bertambahnya usia kehamilan hingga menjadi sekitar 3–4% saat aterm (Kesehatan, 2023).
- 2) Kehamilan ganda (gemelli): Adanya lebih dari satu janin membuat ruang dalam uterus menjadi sangat terbatas, sehingga salah satu atau bahkan kedua janin dapat menempati posisi yang tidak normal, termasuk sungsang.
- 3) Kelainan kongenital janin: Kondisi seperti anensefali, hidrosefalus, atau gangguan neuromuskular dapat mengganggu kemampuan janin untuk berputar secara aktif maupun pasif menuju presentasi kepala.

2.2.3 Faktor Plasenta dan Cairan Ketuban

- 1) Plasenta previa: Insersi plasenta yang berada di segmen bawah rahim secara mekanis menghalangi masuknya kepala janin ke pintu atas panggul, sehingga bokong tetap menjadi bagian terendah.

- 2) Polihidramnion: Jumlah cairan amnion yang berlebihan memberikan ruang gerak yang terlalu luas bagi janin, meningkatkan risiko perpindahan posisi yang tidak beraturan sehingga janin sulit menetap dalam presentasi kepala.
- 3) Oligohidramnion: Sebaliknya, jumlah cairan amnion yang sangat sedikit justru membatasi pergerakan janin secara signifikan, sehingga rotasi spontan menuju presentasi kepala terhambat dan posisi sungsang dapat menetap (Urizky, 2024).

2.3 Patofisiologi

Pada usia kehamilan yang masih muda, janin memiliki kebebasan bergerak yang besar di dalam kavum uteri karena proporsi cairan amnion masih lebih banyak dibandingkan ukuran tubuh janin. Seiring dengan meningkatnya usia kehamilan, volume cairan amnion secara relatif berkurang sementara ukuran janin terus bertambah. Kondisi ini menyebabkan ruang gerak janin semakin terbatas sehingga kemampuannya untuk berpindah posisi juga berkurang.

Dalam kondisi normal, kepala janin yang merupakan bagian paling berat dan besar akan bergerak ke arah bawah secara gravitasional, sehingga mendorong terjadinya rotasi spontan ke presentasi kepala pada kisaran usia kehamilan 32–36 minggu. Jika pada rentang waktu ini janin gagal melakukan rotasi, presentasi bokong akan menetap dan membawa konsekuensi klinis yang signifikan (Moulida, 2025a).

Dari aspek mekanisme persalinan, letak sungsang menyebabkan urutan kelahiran bagian tubuh janin menjadi terbalik, yaitu bokong dan kaki lahir terlebih dahulu, kemudian bahu, dan terakhir kepala. Kepala yang merupakan bagian terbesar lahir paling akhir tanpa mendapat kesempatan untuk mengalami molase (adaptasi bentuk kepala terhadap jalan lahir) seperti pada persalinan presentasi kepala. Hal ini meningkatkan risiko kepala terperangkap (*head entrapment*) yang dapat menyebabkan hipoksia dan asfiksia neonatal yang bersifat fatal jika tidak segera ditangani (Midwifery, 2021).

Risiko patofisiologi lain yang khas pada letak sungsang adalah prolaps tali pusat. Bokong yang lebih lunak dan berukuran lebih kecil dibandingkan kepala tidak mampu mengisi seluruh ruang jalan lahir secara rapat. Akibatnya, tali pusat dapat turun mendahului bagian presentasi dan mengalami penekanan antara tubuh janin dengan dinding pelvis ibu, menyebabkan gangguan sirkulasi darah ke janin yang mengancam jiwa. Selain itu, kompresi tali pusat juga dapat terjadi ketika bokong atau tubuh janin menjepit tali pusat pada dinding rahim atau jalan lahir, terutama pada jenis presentasi kaki (*incomplete breech*) (Borneo, 2025).

2.4 Tanda dan Gejala

Identifikasi dini letak sungsang menjadi tanggung jawab penting tenaga kesehatan, terutama bidan, pada setiap kunjungan antenatal. Tanda dan gejala yang dapat ditemukan pada ibu hamil

dengan letak sungsang meliputi keluhan subjektif yang dirasakan ibu maupun temuan objektif yang diperoleh dari pemeriksaan fisik dan penunjang.

2.4.1 Keluhan Subjektif Ibu

- 1) Ibu merasakan tendangan atau gerakan janin yang lebih dominan di bagian bawah perut (hipogastrium), karena kaki janin yang aktif bergerak berada di bawah, berbeda dari presentasi kepala di mana gerakan lebih terasa di sisi atas atau samping.
- 2) Bagian atas perut terasa lebih penuh, keras, dan menonjol karena ditempati oleh kepala janin yang berbentuk bulat dan padat.
- 3) Ibu dapat mengalami sesak napas yang lebih berat dari biasanya, karena kepala janin yang berada di fundus menekan diafragma secara langsung (Moulida, 2025a).

2.4.2 Pemeriksaan Leopold

Pemeriksaan Leopold merupakan metode palpasi abdomen yang dilakukan secara sistematis untuk menentukan posisi dan presentasi janin. Pada kasus letak sungsang, hasil pemeriksaan Leopold akan menunjukkan gambaran khas sebagai berikut (Urizky, 2024).

- 1) Leopold I: Pada fundus uteri teraba bagian yang bulat, keras, dan melenting saat digerakkan, yang merupakan kepala janin. Hal ini berlawanan dengan presentasi normal di mana yang teraba di fundus adalah bokong yang lebih lunak dan tidak rata.

- 2) Leopold II: Di salah satu sisi perut ibu (kanan atau kiri) teraba struktur panjang dan rata seperti papan, yang merupakan punggung janin. Sisi yang berseberangan teraba bagian-bagian kecil yang tidak beraturan, yaitu ekstremitas janin.
- 3) Leopold III: Bagian terendah janin yang teraba di atas simfisis pubis terasa lebih besar, lunak, dan tidak berbentuk bulat sempurna, yang merupakan bokong janin. Berbeda dengan kepala yang terasa keras, bulat, dan melenting.
- 4) Leopold IV: Umumnya bagian terbawah janin (bokong) belum sepenuhnya masuk ke dalam panggul, sehingga jari-jari kedua tangan pemeriksa masih dapat bertemu satu sama lain (konvergen) di atas simfisis, menandakan belum *engagement*.

2.4.3 Auskultasi Denyut Jantung Janin (DJJ)

Pada kehamilan dengan letak sungsang, denyut jantung janin (DJJ) terdengar paling keras di area setinggi atau di atas umbilikus ibu. Hal ini dikarenakan punggung janin, tempat denyut jantung paling mudah diauskultasi, berada di bagian tengah hingga atas kavum uteri. Nilai DJJ normal berkisar antara 120–160 kali per menit. Perubahan signifikan di luar rentang ini dapat mengindikasikan adanya gawat janin (Borneo, 2025).

2.4.4 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan *ultrasonografi (USG)* merupakan modalitas terpilih dan baku emas dalam konfirmasi diagnosis letak sungsang. Melalui USG, tenaga kesehatan dapat secara akurat mengidentifikasi posisi kepala, punggung, ekstremitas, serta lokasi plasenta dan tali pusat. Informasi tambahan yang diperoleh dari USG meliputi estimasi berat janin, volume cairan amnion, derajat ekstensi kepala janin, serta ada tidaknya kelainan kongenital yang menjadi faktor predisposisi. Pemeriksaan USG idealnya dilakukan setidaknya satu kali pada trimester ketiga, terutama pada ibu yang memiliki faktor risiko malpresentasi (Novita, 2022a)

2.5 Faktor- Faktor yang Mempengaruhi Terjadinya Prsesntasi Bokong

Memahami faktor-faktor risiko yang berkaitan dengan kejadian presentasi bokong sangat penting bagi tenaga kesehatan dalam melakukan skrining awal dan intervensi dini. Berdasarkan kajian berbagai penelitian terkini, beberapa faktor berikut ini diketahui berhubungan erat dengan tingginya angka kejadian presentasi bokong.

2.5.1 Usia kehamilan (prematuritas):

Insiden presentasi bokong menunjukkan hubungan yang berbanding terbalik dengan usia kehamilan. Pada usia kehamilan 28 minggu, sekitar 22–30% janin masih berada dalam presentasi bokong. Angka ini turun drastis menjadi sekitar 3–4% saat

mendekati aterm (37 minggu ke atas), karena sebagian besar janin melakukan rotasi spontan seiring perkembangan kehamilannya. Bayi prematur yang lahir sebelum rotasi spontan terjadi akan otomatis berada dalam presentasi bokong (Aurelia, 2024).

2.5.2 Paritas ibu:

Penelitian menunjukkan bahwa pada ibu multigravida, tonus dinding uterus yang lebih rendah dibandingkan primigravida memberikan ruang gerak yang lebih besar bagi janin. Kondisi ini meningkatkan risiko malpresentasi secara umum, termasuk letak sungsang. Sebuah studi analitik *cross-sectional* menemukan bahwa paritas merupakan salah satu faktor yang secara signifikan berhubungan dengan kejadian letak sungsang pada ibu hamil (Moulida, 2025a).

2.5.3 Kehamilan ganda (gemelli):

Pada kehamilan kembar, keterbatasan ruang dalam uterus menyebabkan posisi kedua atau salah satu janin sangat mudah terpengaruh oleh posisi janin lainnya. Insidensi letak sungsang pada kehamilan ganda dapat mencapai 25% atau lebih, jauh di atas angka kejadian pada kehamilan tunggal (Astriani, 2025).

2.5.4 Kelainan volume cairan ketuban:

Polihidramnion memberikan ruang berlebih yang memudahkan janin bergerak bebas tanpa mampu menetap dalam satu posisi. Oligohidramnion, sebaliknya, membatasi pergerakan

janin sehingga rotasi ke presentasi kepala tidak dapat terjadi. Keduanya merupakan kondisi yang meningkatkan risiko letak sungsang menetap hingga persalinan.

2.5.5 Kelainan uterus dan tumor:

Mioma uteri, polip, atau adhesi intrauterus yang mengubah bentuk normal rongga rahim dapat menghambat kemampuan janin untuk menempatkan dirinya dalam posisi yang optimal. Anomali kongenital uterus seperti uterus bikornus juga secara struktural membatasi ruang bagi rotasi janin (Borneo, 2025).

2.5.6 Tali pusat pendek:

Tali pusat yang lebih pendek dari normal (< 32 cm) dapat membatasi pergerakan aktif janin, termasuk kemampuannya untuk berputar dari posisi sungsang ke presentasi kepala. Meskipun sulit dinilai secara antenatal, kondisi ini dapat menjadi penyebab kegagalan rotasi spontan maupun kegagalan versi luar (ECV).

2.5.7 Riwayat letak sungsang pada kehamilan sebelumnya:

Ibu dengan riwayat persalinan presentasi bokong pada kehamilan sebelumnya memiliki kemungkinan lebih tinggi untuk mengalami hal yang sama pada kehamilan berikutnya. Faktor ini kemungkinan berkaitan dengan karakteristik anatomi panggul, uterus, atau gaya hidup yang bersifat relatif menetap (Analisis Faktor UMSIDA, 2025; Urizky et al., 2024).

2.6 Penanganan Letak Sungsang

Penatalaksanaan letak sungsang bergantung pada berbagai pertimbangan, antara lain usia kehamilan, jenis presentasi bokong, berat janin, kondisi klinis ibu, volume cairan ketuban, serta ketersediaan fasilitas dan tenaga kesehatan yang terampil. Secara garis besar, penanganan letak sungsang dibagi menjadi dua tahap utama, yaitu penanganan antenatal dan penanganan saat persalinan.

2.6.1 Penanganan pada Masa Antenatal

1) Posisi *Knee-Chest* (Menungging)

Posisi *knee-chest* adalah intervensi non-invasif pertama yang dapat dianjurkan kepada ibu hamil dengan letak sungsang. Pada posisi ini, ibu berlutut dengan posisi dada lebih rendah dari panggul, sehingga memanfaatkan prinsip gravitasi untuk mendorong bokong janin keluar dari rongga panggul dan memberi ruang bagi kepala untuk berputar ke bawah. Posisi ini dianjurkan untuk dilakukan selama 10–15 menit, sebanyak 2–3 kali sehari, mulai usia kehamilan 32–34 minggu. Posisi *knee-chest* secara signifikan dapat membantu perubahan presentasi janin sungsang ke presentasi kepala jika dilakukan secara rutin dan benar. Metode ini aman, mudah dilakukan secara mandiri oleh ibu, serta tidak memerlukan peralatan khusus (Tauhid, 2023).

2) Prenatal Yoga

Prenatal yoga merupakan pendekatan non-farmakologis yang semakin banyak dikaji dalam penanganan letak sungsang. Gerakan-gerakan yoga prenatal dirancang untuk meningkatkan fleksibilitas dan relaksasi otot panggul, memperluas ruang dalam kavum uteri, serta mendorong janin untuk berputar ke posisi optimal (R, 2021). Dalam penelitiannya melaporkan bahwa prenatal yoga secara efektif dapat membantu perubahan presentasi janin dari bokong ke kepala. Studi komparatif di Klinik Cibodas (2023) menemukan perbedaan yang bermakna antara prenatal yoga dan posisi *knee-chest* dalam mempercepat rotasi janin sungsang, dengan prenatal yoga menunjukkan rerata waktu rotasi yang lebih singkat. Namun demikian, kedua metode ini tetap direkomendasikan sebagai intervensi komplementer yang saling melengkapi (Rudiyanti, 2021; Jurnal Akademika Baiturrahim Jambi, 2023).

3) Versi Luar / *External Cephalic Version* (ECV)

ECV adalah prosedur medis yang dilakukan oleh tenaga obstetri terlatih untuk memutar janin dari posisi sungsang menjadi presentasi kepala melalui manipulasi abdomen dari luar tubuh ibu. Prosedur ini direkomendasikan dilakukan pada usia kehamilan 36–37 minggu, dengan syarat: ketuban masih utuh, tidak ada kontraksi uterus aktif, denyut jantung janin normal,

tidak ada kontraindikasi seperti plasenta previa, solusio plasenta, atau bekas operasi uterus (Novita, 2022). ECV dapat meningkatkan presentasi kepala saat persalinan dan secara bermakna menurunkan angka persalinan sectio caesarea atas indikasi presentasi bukan kepala. Tingkat keberhasilan ECV bervariasi antara 40–70%, lebih tinggi pada ibu multipara dibandingkan primipara. Prosedur ini harus dilakukan di fasilitas yang memiliki kemampuan penanganan darurat termasuk operasi caesar, mengingat potensi komplikasi seperti bradikardia janin, solusio plasenta, dan persalinan prematur (Novita, 2022)

Gambar 2.4 *External Cephalic Version (ECV)*



Sumber (Goole, 2023).

2.6.2 Penanganan Pada Saat Persalinan

1) *Sectio Caesarea* (SC)

Persalinan melalui *sectio caesarea* merupakan metode yang paling banyak direkomendasikan untuk kasus letak sungsang tunggal aterm. Berdasarkan berbagai pedoman obstetri terkini, SC diindikasikan secara absolut pada kondisi: *frank breech* dengan kepala hiperekstensi, *complete* atau *incomplete breech*, estimasi berat janin > 3.500 gram, panggul sempit, adanya fetal distress, serta ibu dengan kontraindikasi persalinan pervaginam. Angka morbiditas dan mortalitas perinatal pada persalinan SC jauh lebih rendah dibandingkan persalinan pervaginam pada letak sungsang. Di Indonesia, sebagian besar fasilitas kesehatan primer (puskesmas) akan merujuk kasus letak sungsang aterm ke rumah sakit yang memiliki fasilitas dan tenaga untuk SC (Midwifery, 2021).

2) Persalinan Pervaginam

Persalinan pervaginam pada letak sungsang masih dapat dipertimbangkan dalam kondisi selektif, yaitu: *frank breech*, panggul adekuat berdasarkan pelvimetri klinis maupun radiologis, estimasi berat janin antara 2.000–3.500 gram, tidak ada kepala hiperekstensi, tidak ada riwayat SC, serta kemajuan persalinan yang berlangsung normal dan baik. Mekanisme persalinan

pervaginam pada letak sungsang melibatkan serangkaian manuver yang kompleks, antara lain:

a. *Manuver Bracht*

Memastikan informed consent telah ditandatangani oleh pasien dan keluarga sebelum Tindakan dimulai. Pasien perlu diajarkan cara mengejan yang efektif dan hanya mengejan setiap kali merasakan kontraksi. Kandung kemih dikosongkan, dan jika tidak dapat berkemih secara spontan, lakukan kateterisasi urine. Posisikan ibu dalam posisi litotomi. Lakukan disinfeksi vulva dan sekitarnya menggunakan betadine , kemudian pasang doek steril . setelah kateterisasi dilepaskan, bidan berdiri didepan ibu dan melakukan pemeriksaan dalam untuk menilai besarnya pembukaan serviks, penurunan bokong, kondisi selaput ketuban, serta kemungkinan adanya penyulit persalinan. Pertolongan dimulai setelah bokong tampak didepan vulva dengan diameter 5cm. suntikkan 5 unit oksitosin secara intramuscular, dengan tujuan agar dalam 1-2 kali his berikutnya, fase cepat persalinan presentasi bokong spontan pervaginam dapat terselesaikan. Episiotomi dilakukan saat bokong mulai mulai membuka vulva untuk memperluas jalan lahir. Ketika his timbul dan ibu mengejan, bokong janin dipegang dengan kedua tangan menggunakan kain bersih (Teknik *bracht*), sedemikian rupa

sehingga kedua ibu jari penolong sejajar dengan sumbu Panjang paha dan keempat jari lainnya memegang panggul bayi. (Arifianjuari, 2023).

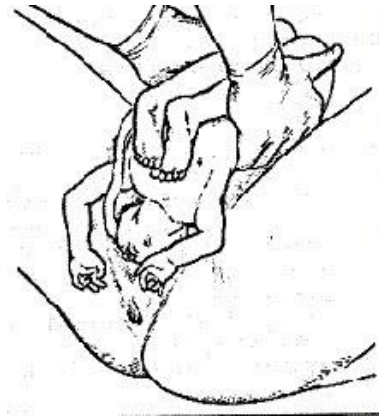
Gambar 2.1.1 Memegang panggul bayi pada persalinan spontan *Bracht*



Sumber (Widyatun, 2024).

Selama proses ini, tidak dilakukan intervensi aktif ikuti saja mekanisme persalinan secara alami. Setelah tali pusat lahir dan tampak menegang, kendorkan terlebih dahulu tali pusat tersebut sebelum melanjutkan. Setelah *angulus scapula inferior* tampak di bawah *simfisis*, lakukan gerakan *hiperlordosis* pada badan janin secara bertahap hingga lahirlah bahu, lengan, kemudian mulut, hidung, dahi, dan seluruh kepala bayi.

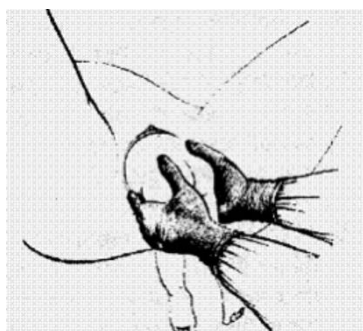
Gambar 2.2.2 Gerakan Hiperlordosis



Sumber. (Widyatun, 2024)

b). Manuver Loveset

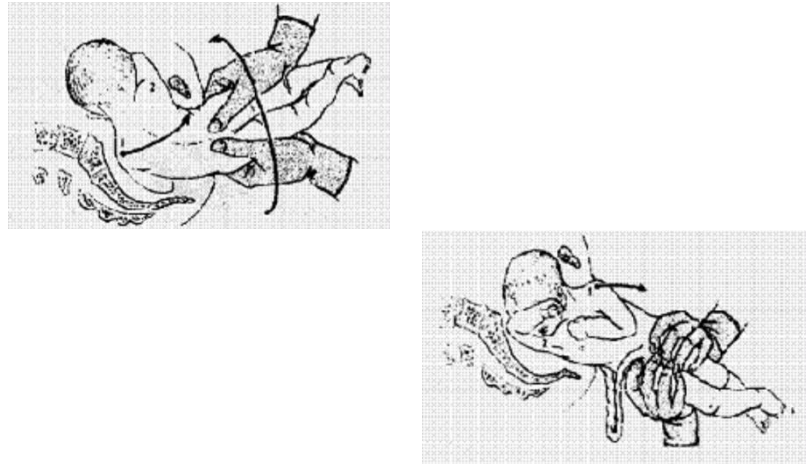
Apabila terjadi hambatan pada saat melahirkan bahu (setinggi *scapula*), lanjutkan dengan teknik manual aid. Pegang bayi secara *femuropelvik*, yaitu kedua ibu jari penolong berdampingan di atas *os sacrum*, jari telunjuk berada pada *krista iliaka anterior superior*, sedangkan jari-jari lainnya berada di pangkal paha.

Gambar 2.2.3 Pegang *Femuropelvik*

Sumber (Widyatun, 2024).

Lakukan rotasi 180° sambil melakukan traksi ke bawah (traksi curam bawah) sehingga bahu belakang berpindah menjadi bahu depan di bawah arkus pubis dan dapat dilahirkan.

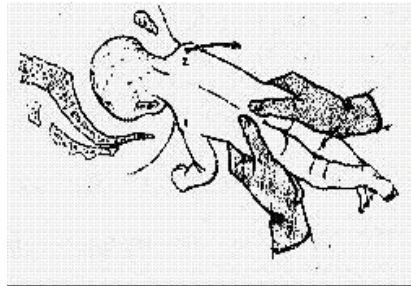
Gambar 2.2.4 Rotasi 180°



Sumber (Widyatun, 2024).

Kemudian putar kembali tubuh bayi 180° ke arah berlawanan sehingga bahu yang tadinya berada di belakang kini menjadi bahu depan di bawah arkus pubis, dan dapat dilahirkan dengan cara yang sama. (Arifianjuari, 2023).

Gambar 2.2.5 Tubuh bayi diputar kembali kearah yang berlawanan

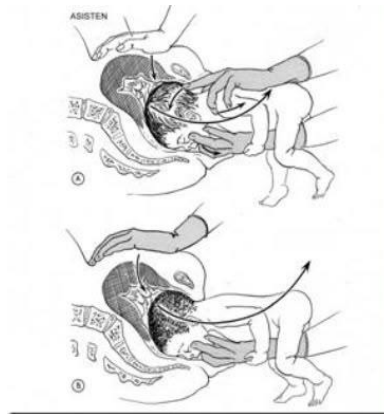


Sumber (Widyatun, 2024)

c). *Mauriceau-Smellie-Veit*

Setelah bahu berhasil dilahirkan, kepala dilahirkan menggunakan teknik *Mauriceau*. Dengan tangan penolong yang sesuai arah hadap muka bayi, jari tengah dimasukkan ke dalam mulut bayi sementara jari telunjuk dan jari manis diletakkan pada fosa kanina. Tubuh bayi diposisikan di atas lengan penolong seolah sedang menunggang kuda (*à cheval*). Tangan penolong yang satunya memegang leher bayi, dengan jari telunjuk dan jari tengah mengapit sisi kiri dan kanan leher bayi.

Asisten membantu dengan memberikan tekanan pada daerah suprasimfisis untuk mempertahankan posisi fleksi kepala janin. Traksi curam ke bawah terutama dilakukan oleh tangan yang berada di leher bayi, hingga kepala lahir seluruhnya. (Arifianjuari, 2023)

Gambar 2.2.6 Teknik *Mauriceau*

Sumber (Widyatun, 2024).

2.6.3 Peran Bidan dalam Asuhan Letak Sungsang

Bidan memiliki peran strategis yang tidak dapat diabaikan dalam penatalaksanaan letak sungsang, khususnya di fasilitas kesehatan primer. Peran tersebut meliputi: (1) deteksi dini melalui pemeriksaan Leopold yang cermat pada setiap kunjungan antenatal; (2) pemberian edukasi kepada ibu hamil mengenai posisi *knee-chest*, prenatal yoga, dan pentingnya pemantauan pergerakan janin; (3) pemantauan denyut jantung janin secara berkala; (4) koordinasi dan rujukan tepat waktu ke fasilitas yang lebih lengkap apabila letak sungsang menetap pada usia kehamilan ≥ 36 minggu atau terdapat faktor risiko lain; serta (5) dukungan emosional bagi ibu dan keluarga agar mereka memahami kondisi yang dihadapi dan berpartisipasi aktif dalam pengambilan keputusan terkait rencana persalinan (Tauhid, 2023).

2.6.4 Asuhan Bayi Baru Lahir

Penilaian Awal dan Apgar Score

Segera setelah bayi lahir, penilaian kondisi dilakukan melalui penilaian selintas: apakah bayi menangis kuat, tonus otot baik, dan warna kulit kemerahan. Jika salah satu dari tanda tersebut tidak terpenuhi, langkah awal resusitasi segera dimulai tanpa menunda waktu. Apgar score merupakan alat penilaian cepat kondisi bayi baru lahir yang dinilai pada menit pertama dan kelima kehidupan, mencakup lima komponen yaitu frekuensi jantung, usaha napas, tonus otot, refleks, dan warna kulit. Nilai 7–10 dikategorikan normal, nilai 4–6 menunjukkan asfiksia ringan, dan nilai di bawah 4 menandakan asfiksia berat. (Asih, 2024)

Pada kasus asfiksia ringan dengan Apgar score 7, bayi umumnya sudah bernapas namun belum optimal, tonus otot cukup baik, dan denyut jantung dalam batas normal. Kondisi ini membutuhkan respons cepat berupa langkah awal resusitasi untuk mencegah perburukan. (Asih, 2024)

Langkah awal memberikan asuhan yang aman dan bersih segera setelah lahir merupakan bagian essensial dari asuhan pada bayi baru lahir, seperti penilaian selintas, menjaga kehangatan bayi, suction/isap lendir, keringkan, jepit jepit potong tali pusat, IMD, memberi suntik Vit K, memberi salep mata, pemeriksaan tanda-tanda

vital, pemeriksaan fisik dan memberi imunisasi HB0 0,5 ml. (Asih, 2024)

- 1) Melakukan penilaian dan inisiasi pernafasan spontan dengan menilai usaha nafas, warna kulit bayi dan tonus otot bayi.
- 2) Menjaga kehangatan bayi. Upaya yang dilakukan untuk pencegahan kehilangan panas dengan mengeringkan bayi, menyelimuti bayi, menutup bagian kepala bayi, menganjurkan untuk memeluk dan menyusui bayi
- 3) Memotong tali pusat dengan Teknik aseptik dan antiseptic.
- 4) inisiasi Menyusui Dini (IMD).
- 5) Pencegahan infeksi mata dengan memberikan salep mata
- 6) Pemberian Vit K untuk mencegah terjadinya perdarahan karena defisiensi. Pemberian Vit K diberikan pada bayi pada 1 jam pertama setelah kelahiran bayi
- 7) Pemberian imunisasi HB0 0,5 ml untuk mencegah virus hepatitis B yang merusak hati. Imunisasi HB0 disuntikan di sebelah kanan kaki pada bagian paha. Pemberian imunisasi HB0 diberikan pada bayi pada usia 2 jam setelah kelahiran bayi.

Tabel 2.1 Penilaian *Apgar Score*

Tanda	0	1	2
Warna kulit (Apperance)	Biru, pucat	Badan merah jambu, ekstremitas biru	Seluruhnya merah jambu
Frekuensi denyut jantung (pulse)	Tidak ada	<100x/menit	>100x/menit
Iritabilitas reflex (Grimace)	Tidak ada respon	Meringis	Menangis kuat
Tonus otot (Activity)	Lemah	Ekstremitas sedikit fleksi	Gerak aktif
Usaha bernafas (Respiration)	Tidak ada	Pelan, tidak teratur	Baik, menangis

Keterangan :

1. Asfiksia berat dengan nilai apgar 0-3
2. Asfiksia sedang dengan nilai apgar 4-6
3. Bayi normal atau sedikit asfiksia (asfiksia ringan) dengan nilai apgar 7-9
4. Bayi normal dengan nilai apgar 10

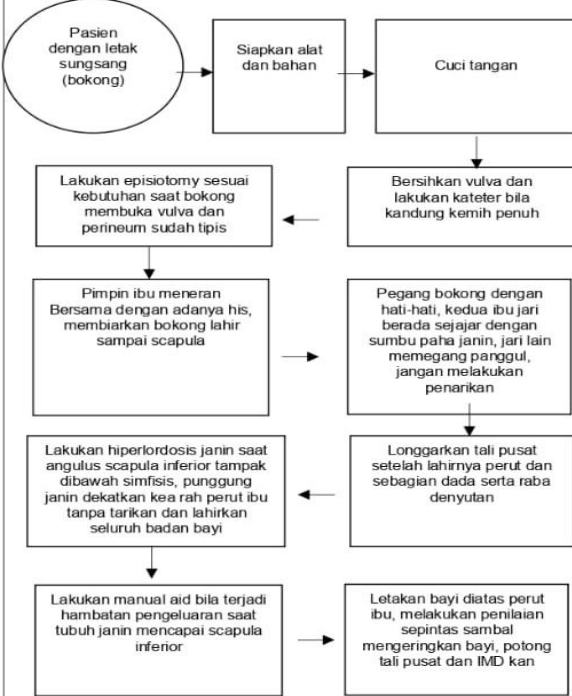
2.7 SOP Penanganan Persalinan Presentasi Bokong

	PENANGANAN PERSALINAN SUNGSAK DENGAN SPONTAN BRACH		 	
	SOP	No Dokumen		KS.08.02/151.65/SOP/ PKM-SLI/II/2022
		No Revisi		1
		Tanggal Terbit		23 Februari 2022
		Halaman		1/4
				
UPT PUSKESMAS SELAAWI		Hi. Lia Maulidyawati, S.ST.M.Kes NIP. 19720422 199103 2 002		
1.	Pengertian	Suatu intervensi tindakan dengan spontan brach dalam penanganan persalinan dengan presentasi bokong (sungsang).		
2.	Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam penanganan persalinan sungsang dengan spontan brach.		
3.	Kebijakan	Keputusan Kepala UPT Puskesmas Selaawi Nomor KS.08.02/005/SK-SLI/II/2022 tentang Pelayanan Klinis.		
4.	Referensi	Standar Operasional Prosedur (SOP) Pelayanan Kebidanan, Pengurus Daerah Ikatan Bidan Indonesia Jawa Barat 2019.		
5.	Prosedur	a. Alat & Bahan: 1) Handscoond; 2) Iodine; 3) Gunting episiotomi; 4) Lidocain. b. Petugas yang melaksanakan : 1) Dokter; 2) Bidan; 3) Perawat. c. Langkah-langkah : 1) Petugas menginformasikan tindakan yang apa yang akan dilakukan serta memberi dorongan emosional pada ibu.; 2) Petugas mempersiapkan alat;		

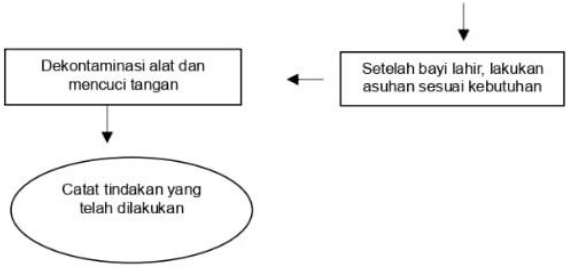
	PENANGANAN PERSALINAN SUNGSANG DENGAN SPONTAN BRACH		
	SOP	No Dokumen	KS.08.02/151.65/SOP/ PKM-SLI/II/2022
		No Revisi	1
		Tanggal Terbit	23 Februari 2022
		Halaman	2/4

		3) Petugas mencuci tangan dan memakai sarung tangan; 4) Petugas membersihkan vulva dengan cairan antiseptic, jika diperlukan dilakukan kateterisasi kandung kemih; 5) Petugas melakukan episiotomy sesuai kebutuhan saat bokong membuka vulva dan perineum sudah tipis; 6) Petugas memimpin ibu meneran bersama dengan adanya his, membiarkan bokong lahir sampai scapula; 7) Petugas memegang bokong dengan hati-hati, kedua ibu jari berada sejajar dengan sumbu paha janin, jari lain memegang panggul, jangan melakukan penarikan, ikuti proses keluarnya janin; 8) Petugas melonggarkan tali pusat setelah lahirnya perut dan sebagian dada serta raba denyutan; 9) Petugas melakukan hiperlordosis janin saat angulus scapula inferior tampak dibawah simfisis, punggung janin dekatkan kea rah perut ibu tanpa tarikan dan lahirkan seluruh badan bayi; 10) Petugas meletakkan bayi diatas perut ibu, melakukan penilaian sepintas sambal mengeringkan bayi, potong tali pusat dan IMD kan; 11) Petugas melakukan manual aid bila terjadi
--	--	--

	PENANGANAN PERSALINAN SUNGSANG DENGAN SPONTAN BRACH		
	SOP	No Dokumen	KS.08.02/151.65/SOP/ PKM-SLI/II/2022
		No Revisi	1
		Tanggal Terbit	23 Februari 2022
		Halaman	3/4

		hambatan pengeluaran saat tubuh janin mencapai scapula inferior; 12) Setelah bayi lahir, lakukan asuhan sesuai kebutuhan; 13) Petugas mendekontaminasi alat dan mencuci tangan; 14) Petugas mencatat tindakan yang telah dilakukan dalam rekam medis.
6.	Bagan Alir	 <pre> graph TD Start([Pasien dengan letak sungsang (bokong)]) --> A[Siapkan alat dan bahan] A --> B[Cuci tangan] B --> C[Bersihkan vulva dan lakukan kateter bila kandung kemih penuh] C --> D[Pegang bokong dengan hati-hati, kedua ibu jari berada sejajar dengan sumbu paha janin, jari lain memegang panggul, jangan melakukan penarikan] D --> E[Longgarkan tali pusat setelah lahirnya perut dan sebagian dada serta raba denyutan] E --> F[Lakukan manual aid bila terjadi hambatan pengeluaran saat tubuh janin mencapai scapula inferior] F --> G[Letakan bayi diatas perut ibu, melakukan penilaian sepiintas sambil mengeringkan bayi, potong tali pusat dan IMD kan] G --> H[Lakukan hiperlordosis janin saat angulus scapula inferior tampak dibawah simfisis, punggung janin dekatkan ke arah perut ibu tanpa tarikan dan lahirkan seluruh badan bayi] H --> I[Pimpin ibu meneran Bersama dengan adanya his, membiarkan bokong lahir sampai scapula] I --> J[Lakukan episiotomy sesuai kebutuhan saat bokong membuka vulva dan perineum sudah tipis] J --> A </pre>

	PENANGANAN PERSALINAN SUNGSAH DENGAN SPONTAN BRACH			
	SOP	No Dokumen	KS.08.02/151.65/SOP/ PKM-SLI/II/2022	
		No Revisi	1	
		Tanggal Terbit	23 Februari 2022	
		Halaman	4/4	

				
7.	Hal-hal yang perlu diperhatikan	a. Kebersihan alat; b. Asuhan sayang ibu.		
8.	Unit Terkait	a. UGD; b. Poned.		
9.	Dokumen Terkait	a. Partograf; b. Register Persalinan; c. Rekam medik.		
10.	Rekam Histori Perubahan	NO	YANG DI UBAH	ISI PERUBAHAN
		1		
		2		
		3		

2.8 Telaah Jurnal Terkait

Untuk memperkuat dasar teori sekaligus melihat perkembangan bukti terbaru terkait persalinan presentasi bokong, penulis menelaah tiga jurnal yang relevan dengan kasus ini. Telaah ini difokuskan pada upaya koreksi presentasi bokong pada masa antenatal serta gambaran komplikasi yang dapat terjadi pada persalinan pervaginam dengan presentasi bokong.

2.8.1 Efektivitas Posisi Knee-Chest terhadap Rotasi Kepala Janin

Penelitian yang dilakukan pada ibu hamil trimester III dengan letak sungsang di UPTD Puskesmas Pedes Kabupaten Karawang menerapkan posisi knee-chest secara terjadwal dan mengevaluasi rotasi kepala janin melalui pemeriksaan leopold ulang. Hasil penelitian ini menunjukkan adanya pengaruh yang bermakna antara pelaksanaan knee-chest position dengan rotasi kepala janin, yang berarti posisi ini cukup efektif membantu janin berotasi ke presentasi kepala bila dilakukan pada usia kehamilan yang masih memungkinkan terjadinya perputaran, yakni sebelum 36 minggu (Nur Anita¹, 2024).

Temuan ini sejalan dengan hasil tinjauan dalam jurnal Hospital Majapahit yang menegaskan bahwa knee-chest position merupakan intervensi non-farmakologis yang aman, murah, dan mudah diterapkan oleh bidan dalam asuhan antenatal untuk mengoreksi posisi janin presentasi bokong, sekaligus meningkatkan kenyamanan

ibu hamil dibandingkan ibu yang tidak diberikan intervensi tersebut (Jayanti, 2026).

Jika dikaitkan dengan kasus Ny. Y, hasil kedua jurnal ini relevan untuk menjelaskan mengapa rotasi spontan tidak terjadi meskipun ibu sudah dianjurkan knee-chest sejak usia kehamilan 28 minggu. Kemungkinan pelaksanaan knee-chest pada Ny. Y tidak dilakukan secara rutin dan terjadwal sebagaimana protokol pada kedua penelitian tersebut, atau memang sudah terlambat dilakukan mengingat presentasi bokong baru terdeteksi pada usia kehamilan yang relatif lanjut. Hal ini menegaskan pentingnya edukasi knee-chest yang disertai jadwal pelaksanaan yang jelas dan evaluasi ulang melalui pemeriksaan Leopold pada setiap kunjungan antenatal berikutnya.

2.8.2 Risiko Komplikasi Neonatal pada Persalinan Pervaginam

Presentasi Bokong

Telaah dari mengenai komplikasi persalinan sungsang menjelaskan bahwa risiko absolut asfiksia neonatal pada bayi presentasi bokong yang lahir pervaginam mencapai 3,3%, jauh lebih tinggi dibandingkan 0,6% pada sectio caesarea. Sumber yang sama juga melaporkan bahwa prolaps tali pusat terjadi pada 7,4% seluruh persalinan presentasi bokong, dengan risiko dua kali lipat lebih besar pada ibu multipara dibandingkan primigravida. Kondisi ini terjadi karena bokong yang lebih lunak dan berukuran lebih kecil

dibandingkan kepala janin tidak mampu menutup rapat jalan lahir, sehingga tali pusat berisiko turun mendahului bagian terendah janin (Jayanti, 2026).

Hasil telaah ini sejalan dengan apa yang terjadi pada bayi Ny. Y, yang lahir tidak menangis dengan Apgar score 7-8 dan memerlukan resusitasi awal. Angka 3,3% pada literatur menunjukkan bahwa kondisi ini bukan kejadian yang aneh, melainkan risiko yang memang melekat pada persalinan pervaginam presentasi bokong, sehingga kesiapan tim penolong dalam melakukan resusitasi neonatal sejak sebelum bayi lahir menjadi faktor penentu keberhasilan, sebagaimana yang terbukti pada kasus ini.

2.8.3 Hubungan Faktor Multiparitas dengan Presentasi Bokong

Penelitian yang dilakukan di RSUP Wahidin Sudirohusodo Makassar menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan janin letak sungsang pada ibu hamil yang melahirkan di rumah sakit tersebut. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dari seluruh kasus letak sungsang yang ditemukan, faktor risiko yang paling banyak menyertai adalah prematuritas, multipara, kehamilan ganda, plasenta previa, dan oligohidramnion, dengan sebagian besar kasus memiliki lebih dari satu faktor risiko yang muncul bersamaan. Temuan ini menegaskan bahwa letak sungsang jarang berdiri sendiri akibat satu faktor tunggal, melainkan merupakan hasil interaksi beberapa faktor predisposisi sekaligus (Ilhamjaya1 & Suryani Tawali, 2020).

Sejalan dengan penelitian tersebut, (Hubungan antara Paritas dengan Persalinan Letak Sungsang) menemukan adanya hubungan yang bermakna antara paritas ibu dengan kejadian letak sungsang, terutama pada kelompok nuliparitas, multiparitas, dan grande multiparitas. Penelitian ini juga melaporkan bahwa usia ibu turut memengaruhi insidensi letak sungsang, dengan angka kejadian yang meningkat pada ibu hamil berusia di atas 30 tahun dibandingkan usia yang lebih muda.

Jika dikaitkan dengan kasus Ny. Y, kedua jurnal di atas relevan untuk menjelaskan mengapa janin tidak kunjung berotasi ke presentasi kepala meskipun usia kehamilan sudah mendekati aterm. Ny. Y merupakan multigravida (G3P1A1) berusia 31 tahun, yang menurut kedua penelitian tersebut termasuk kelompok dengan risiko letak sungsang yang lebih tinggi dibandingkan primigravida usia muda. Tonus dinding uterus yang sudah menurun akibat kehamilan sebelumnya, ditambah usia ibu yang berada pada kelompok risiko, kemungkinan besar berkontribusi pada kebebasan gerak janin yang lebih besar di dalam kavum uteri, sehingga rotasi spontan ke presentasi kepala tidak terjadi secara optimal.

Adapun dalam artikelnya yang membahas penyebab, risiko, dan penanganan letak sungsang secara komprehensif menjelaskan bahwa selain faktor maternal seperti paritas, faktor lain seperti volume

cairan ketuban yang tidak sesuai dan bentuk rongga rahim yang tidak ideal juga turut berperan dalam mempertahankan posisi sungsang hingga mendekati persalinan. Artikel ini menekankan bahwa deteksi dini melalui pemeriksaan rutin sangat penting agar penanganan seperti versi sefalik eksternal dapat dilakukan sebelum usia kehamilan terlalu lanjut untuk memberikan hasil yang optimal (Cahaya Aurelia, Elva Puja Chintaury, Hartini, Sefti Oktarina, 2024).

Hasil telaah ini sejalan dengan apa yang terjadi pada Ny. Y, yang letak bokongnya sudah terdeteksi sejak usia kehamilan 28 minggu namun rotasi spontan tidak terjadi hingga proses persalinan berlangsung. Ketiga jurnal yang ditelaah memperkuat pemahaman bahwa kasus Ny. Y bukan disebabkan oleh satu faktor tunggal, melainkan kombinasi dari multiparitas, usia ibu, serta kemungkinan faktor anatomis uterus yang saling memengaruhi satu sama lain, sebagaimana ditegaskan dalam ketiga penelitian tersebut bahwa letak sungsang bersifat multifaktorial.

BAB III

TINJAUAN KASUS

3.1 Asuhan Kebidanan Persalinan Pada Ny.Y Usia 31 Tahun G3P1A1 Gravida 36 Minggu Inpartu Kala I Fase Aktif Dengan Presentasi Bokong di Puskesmas Selaawi

Tanggal pengkajian : 14 April 2026
Waktu pengkajian : 08.00 WIB
Pengkaji : Riskia Azzahra
Tempat pengkajian : Puskesmas Selaawi

A. DATA SUBJEKTIF

1. Identitas istri dan suami

Nama	: Ny. Y	Nama	: Tn. N
Umur	: 31 tahun	Umur	: 37 tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Suku	: Sunda	Suku	: Sunda
Pendidikan	: SLTP	Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Buruh
Alamat	: Kp. Babakan Cipendok – Ds. Cirapuhan		

2. Alasan datang

Ibu datang ke puskesmas pukul 08.00 WIB diantar keluarga karena merasakan mules-mules dan keluar air-air dari jalan lahir dari pukul 02.00 WIB .

3. Keluhan utama

Ibu mengaku hamil 9 bulan, mules dan sudah keluar air-air, gerakan janin dirasakan masih aktif dan ibu merasakan sakit bagian abdomen atas terasa penuh

4. Riwayat Obstetri

a. Riwayat menstruasi

Menarche : 13 tahun

Siklus Haid : 28 hari

Lamanya : 6 hari

Banyaknya : 2-3 kali ganti pembalut

b. Riwayat kehamilan,persalinan,nifas yang lalu

Ibu mengatakan ini merupakan kehamilan ketiganya.

No	Tahun Lahir	Tempat Bersalin	Usia Kehamilan	Penolong	Jenis Persalinan	Berat Badan	Keadaan Sekarang
1.	2019	PKM	12 mg	Bidan	Spontan	1400gr	Abortus (Meninggal)
2.	2020	Puskesmas	9 bulan	Bidan	Spontan	2450gr	Hidup

c . Riwayat kehamilan sekarang

HPHT 05 Agustus 2025 dengan TP 12 Mei 2026,

pemeriksaan kehamilan teratur ke bidan dan ke poyandu

sebanyak 11 kali, ibu mengatakan ketika usia kehamilan 28 minggu dilakukan USG, dari hasil USG dinyatakan bahwa posisi janin ibu letak bokong, ibu disarankan oleh bidan untuk melakukan teknik *knee-chest* (posisi sujud / nungging). Status TT ibu sudah lengkap, gerakan janin pertama kali dirasakan kurang lebih usia kehamilan 5 bulan gerakan aktif > 10 kali gerak dalam 2 jam, tidak ada pengurangan gerakan janin. Tidak ada obat-obatan yang dikonsumsi selain obat-obatan yang dianjurkan bidan, tablet yang diberikan oleh bidan yaitu tablet fe 90 tablet.

d. Riwayat Kesehatan

Ibu mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit berat, menahun dan menular begitupun dengan keluarga dan suaminya.

e. Riwayat ginekologi

Ibu mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit yang berhubungan dengan alat reproduksi maupun kelamin.

f. Riwayat pernikahan

Ibu mengatakan ini pernikahan pertama bagi ibu begitupun dengan suami.

g. Riwayat kontrasepsi

Ibu mengatakan sebelumnya menggunakan KB suntik 3 bulan, setelah melahirkan ibu berencana menggunakan KB IUD.

h. Riwayat psikososial

Dukungan dan tanggapan keluarga sangat mendukung. Pengambil keputusan oleh suami dan ibu berencana melakukan persalinan di puskesmas.

i. Riwayat kebutuhan sehari-hari

Nutrisi : Makan 3 kali dalam sehari dengan porsi sederhana terdapat sayuran dan buah-buahan. Tidak ada pantangan, minum kurang lebih 8-9 gelas dalam sehari dengan jenis air putih. Terakhir makan kemarin malam.

Eliminasi : BAB 1 kali/hari, BAK 6-7 kali/hari

Aktivitas : Ibu mengatakan sehari-hari hanya mengerjakan pekerjaan rumah

Istirahat : Siang kurang lebih 1jam, Malam 8jam/hari

Personal : Ibu mandi 1-2 kali sehari

Hygiene

Hubungan : Ibu mengatakan adanya kontraksi bukan

Suami sudah melakukan hubungan suami istri.

Istri

B. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

Kadaan Umum : Sakit sedang

Kesadaran : Composmentis

2. Tanda-tanda Vital

Tekanan darah : 110/80 mmHg

Nadi : 116x/menit

Respirasi : 21x/menit

Suhu : 36,9

SPO : 98%

3. Antropometri

BB sebelum hamil : 50kg

BB setelah hamil : 60kg

Kenaikan BB : 10kg

TB : 145cm

LILA : 24cm

IMT : 23,8 (Normal)

4. Pemeriksaan Fisik

Kepala : warna rambut hitam, bersih, tidak ada benjolan, tidak rontok, tidak nyeri tekan

Muka : Simetris, tidak pucat, tidak oedema

Mata : Simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih

Hidung : Simetris, bersih, tidak ada polip, penciuman baik

Mulut : Bersih tidak ada caries gigi, bibir tidak pucat

Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, limfe, dan vena jugularis, tidak ada nyeri tekan.

Dada : Payudara simetris, tidak ada benjolan, puting susu menonjol, areola hitam, tidak nyeri tekan, terdapat kolostrum.

Payudara

Abdomen : Palpasi TFU : 30cm

Leopold I : Di fundus teraba keras, bulat dan melenting (kepala)

Leopold II : Di bagian kiri ibu teraba keras, memanjang seperti papan (punggung)

Di bagian kanan teraba kosong, teraba bagian bagian kecil (ekstremitas)

Leopold III : Teraba bulat, lunak, tidak melenting (bokong), sudah tidak dapat digoyangkan lagi, bagian terbawah janin sudah masuk PAP.

Leopold IV : 0/5 Divergen

DJJ : 138X/menit Reguler

Ekstremitas Atas	: Tangan simetris, kuku bersih tidak pucat, tidak oedema, jari-jari lengkap
Ekstremitas Bawah	: Kaki simetris, tidak oedema, kuku bersih, tidak pucat, jari lengkap
Genitalia	: Dilakukan pemeriksaan dalam pukul : 08.00 WIB
V / V	: Tidak ada kelainan
Portio	: Tipis lunak
Pembukaan	: Hampir lengkap (9 cm)
Ketuban	: Warna air ketuban jernih
Persentasi	: Bokong murni
Penurunan	: III+
Dilakukan cek lakmus	: Hasil dari pemeriksaan lakmus ternyata warna lakmus berubah, yang menandakan itu adalah cairan ketuban yang sudah pecah.

5. Pemeriksaan peunjang

Hb	: 12.1 gr/dl
Golongan darah	: O
Protein urine	: Negatif
Glukosa urine	: NR
HIV / AIDS	: NR
Sifilis	: NR
HBSAg	: NR

C. ANALISA

G3P1A1 gravida 36 minggu inpartu kala I fase aktif janin tunggal hidup dengan persentasi bokong.

D. PENATALAKSANAAN

1. *Inform concent* pada ibu bahwa akan dilakukan pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan

Evaluasi : Ibu mengerti dan bersedia untuk diperiksa

2. Melakukan konsultasi ke ponek RSUD Dr. Slamet Garut, untuk mengupayakan rujukan

Evaluasi : Dikarenakan pembukaan ibu sudah hampir lengkap, untuk dilakukan rujukan kemungkinan akan lahir di perjalanan dan terbatas alat dan SDM, sehingga dilahirkan sesuai advice dr. ditempat rujukan dengan pemantauan yang ketat.

3. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan TTV, DJJ, dan pembukaan.
 Evaluasi : Tekanan darah : 110/80mmHg, Nadi : 116x/m, Respirasi 21x/m, Suhu : 36,9[^]c, Spo2 : 97 % DjJ : 138x/m Reguler, Pembukaan hampir lengkap
4. Mengobservasi KU ibu dan janin, TTV, DjJ, His, dan Kemajuan persalinan
 Evaluasi : Observasi dilakukan setiap 5 menit sekali
5. Menganjurkan ibu teknik pernafasan dalam agar rileks dan tenang
 Evaluasi : Ibu melakukan teknik pernafasan
6. Menganjurkan ibu makan dan minum agar nutrisi ibu terpenuhi
 Evaluasi : Ibu memakan roti dan teh kotak disela his.
7. Menganjurkan ibu untuk miring kiri
 Evaluasi : Ibu miring kiri
8. Melakukan pendokumentasian
 Evaluasi : Sudah dilakukan

CATATAN PERKEMBANGAN KALA II

Waktu pengkajian pukul : 08.30 WIB

Tempat Pengkajian : Ruang Bersalin Puskesmas

Pengkaji : Riskia Azzahra

A. Data Subjektif

Ibu mengatakan mules semakin sering dan ada dorongan ingin mendedan

B. Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : Sakit berat

Kesadaran : *Composmentis*

2. Tanda-tanda Vital

Tekanan darah : 110/80 mmHg

Nadi : 110x/m

Respirasi : 20x/m

Suhu : 37,0 °C

Spo2 : 98%

Djj : 145x/m Reguler

His : 5x10”50 detik

Genitalia : v/v tidak ada kelainan

Portio : Tidak teraba

Ketuban : Negative (-)

Pembukaan : Lengkap

Persentasi : Bokong murni

Penurunan : H IV

C. ANALISA

G3P1A1 36 minggu kala II dengan Presentasi bokong.

D. PENATALAKSANAAN

1. *Inform concent* pada ibu bahwa akan menghadapi persalinan

Evaluasi : Ibu mengerti dengan kondisi yang dihadapinya

2. Mendekatkan alat partus, obat, dan persiapan penolong

Evaluasi : Sudah dilakukan

3. Mengajari ibu cara mendedan yang benar

Evaluasi : Ibu melakukannya

4. Mengecek djj disela-sela his

Evaluasi : dilakukan djj

5. Melakukan pertolongan persalinan dan berkolaborasi dengan bidan puskesmas dengan teknik brach

Evaluasi : Jam . 09.18 wib bayi lahir spontan, tidak menangis, jenis kelamin laki-laki Apgar score 7-8, melakukan jepit-jepit potong, dilakukan langkah awal resusitasi jam 09.18 wib bayi menangis, tonus otot kuat, gerakan aktif, setelah dilakukan resusitasi Apgar score menjadi 8-8, dengan BB : 2.565gr, PB : 48cm, JK : Laki-laki.

6. Melakukan penilaian selintas dan mengeringkan bayi

Evaluasi : Bayi menangis kuat, tonus otot aktif, warna kulit kemerahan, mengeringkan bayi dan melakukan IMD (IMD berhasil dilakukan).

CATATAN PERKEMBANGAN KALA III

Waktu pengkajian : 09.20 wib

Tempat pengkajian : Ruang Bersalin Puskesmas

Pengkaji : Riskia Azzahra

A. DATA SUBJEKTIF

Ibu mengatakan masih merasakan mules dan lemas

B. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : Sakit sedikit

Kesadaran : *Composmentis*

2. Pemeriksaan fisik

Abdomen : Tfu sepusat, tidak ada janin kedua

Kontraksi : Keras

Kandung kemih : Kosong

Genitalia : v/v tampak semburan darah, dan terdapat tali pusat memanjang

Perdarahan : Normal

C. ANALISA

P2A1 kala III

D. PENATALAKSANAAN

1. *Inform concent* pada ibu hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan

Evaluasi : Ibu mengetahui kondisinya

2. Melakukan manajemen aktif kala III, cek janin kedua dan lakukan penyuntikan oxytocin 10IU/IM setelah 1 menit bayi lahir

Evaluasi : Tidak ada janin kedua dan oksitosin disuntikan setelah 1 menit bayi lahir di paha anterolateral kanan

3. Melakukan penegangan tali pusat terkendali (PTT)

Evaluasi : jam 09.25 WIB plasenta lahir spontan

4. Melakukan massase uterus 15 kali dalam 15 detik

Evaluasi : Kontraksi uterus baik, kontraksi keras, tfu 1 jari dibawah pusat.

5. Cek kelengkapan plasenta

Evaluasi : plasenta tidak lengkap terdapat selaput ketuban.

6. Memberitahu ibu akan dilakukan eksplorasi

Evaluasi : Ibu bersedia

7. Melakukan pengecekan jalan lahir dan observasi perdarahan

Evaluasi : Terdapat laserasi perineum derajat 1, perdarahan normal

CATATAN PERKEMBANGAN KALA IV

Waktu pengkajian : 09.30 WIB

Tempat pengkajian : Ruang Bersalin Puskesmas

Pengkaji : Riskia Azzahra

A. DATA SUBJEKTIF

Ibu mengatakn lelah dan ngilu pada jalan lahir

B. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan umum

Keadaan umum : Sakit sedikit

Kesadaran : *Composmentis*

2. Pemeriksaan Tanda-tanda Vital

Tekanan darah : 110/80mmHg

Nadi : 90x/m

Respirasi : 20x/m
 Suhu : 36,8[^]c
 Spo2 : 98%

3. Pemeriksaan Fisik

Abdomen : Kontraksi uterus baik, kandung kemih kosong, TFU 1 jari
 dibawah pusat

Genitalia : Terdapat luka laserasi derajat 1

C. ANALISA

P2A1 kala IV

D. PENATALAKSANAAN

1. *Inform concent* hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan
 Evaluasi : Ibu mengetahui
2. Melakukan *inform concent* akan dilakukan penjahitan perineum
 Evaluasi : Ibu bersedia
3. Membereskan alat partus, obat, dan lingkungan sekitar ibu dan memastikan lingkungan ibu rapih dan nyaman kembali.
 Evaluasi : Sudah dilakukan
4. Mengajarkan ibu untuk massase uterus
 Evaluasi : Ibu mengerti dan melakukannya

5. Mengobservasi KU, TTV, Kontraksi, Perdarahan, TFU, dan kandung kemih.

Evaluasi : Pemantauan kala IV dilakukan 15 menit pada jam pertama dan 30 menit pada jam kedua.

6. Melakukan pendokumentasian

Evaluasi : Sudah dilakukan dengan penulisan SOAP.

3.2 Hasil Observasi Pemantauan Selama 2 Jam Post Partum Pada Ny. Y

Usia 31 Tahun P2A1 Di Ruang Poned Puskesmas Selaawi

Jam ke	Waktu	TD	Nadi	TFU	Kontraksi	K. Kemih	Perdarahan
1.	09.40 WIB	100/80 mmHg	89	1 jari dibawah pusat	Keras	Kosong	Normal
	09.55 WIB	100/80 mmHg	90	1 jari dibawah pusat	Keras	Kosong	Normal
	10.10 WIB	110/80 mmHg	85	1 jari dibawah pusat	Keras	Kosong	Normal
	10.25 WIB	110/80 mmHg	95	2 jari dibawah pusat	Keras	Kosong	Normal
2.	10.55 WIB	110/80 mmHg	96	2 jari dibawah pussat	Keras	Kosong	Normal

	11.25 WIB	110/80 mmHg	87	2 jari dibawah pusat	Keras	Kosong	Normal
--	--------------	----------------	----	----------------------------	-------	--------	--------

Asuhan Kebidanan Pada Ny. Y P2A1 2 Jam Post Partum

Tanggal Pengkajian : 14 April 2026

Waktu Pengkajian : 11.25 WIB

Tempat Pengkajian : Ruang Nifas Puskesmas Selaawi

Pengkaji : Riskia Azzahra

A. DATA SUBJEKTIF

Ibu mengatakan masih linu pada jalan lahir.

B. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : *Composmentis*

Keadaan : Stabil

emosional

2. Tanda-tanda Vital

Tekanan darah : 110/70mmHg

Nadi : 86x/m

Respirasi : 21x/m

Suhu : 36,6[^]c

3. Pemeriksaan fisik

Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih

Payudara : Bentuk simetris, tidak ada pembengkakan, puting menonjol, sudah ada kolostrum, tidak ada nyeri tekan.

Abdomen : Kontraksi uterus baik, TFU 2jari dibawah pusat, kandung kemih kosong.

Genitalia : Tidak ada varises, tidak ada kelainan, terdapat pengeluaran *lochea*, terdapat jahitan, luka jahitan bersih.

Ekstremitas atas : Tangan kanan terpasang infus

C. ANALISA

P2A1 2 jam post partum

D. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu ibu pemeriksaan

Evaluasi : Ibu mengetahui hasil pemeriksaan

2. Menganjurkan ibu untuk memenuhi nutrisi seperti makan buah, sayur dan makanan yang tinggi protein.

Evaluasi : Ibu makan dan minum

3. Mengajarkan ibu cara massase uterus untuk mencegah pendarahan dengan cara : Meraba perut ibu di bagian bawah pusat untuk menemukan posisi puncak rahim (Fundus Uteri). Letakkan telapak tangan atau empat jari secara mendatar di atas fundus uteri, berikan sedikit tekanan mantap dan lakukan gerakan memutar secara perlahan, lakukan massase ini selama 1 hingga 2 menit dan pastikan uterus berkontraksi dengan baik (terasa keras dan bundar).

Evaluasi : Ibu melakukannya

4. Memberitahu ibu untuk tidak menahan ketika ingin BAK untuk mencegah terjadinya sub involusi uterus

Evaluasi : Ibu mengerti

5. Memberitahu ibu tanda bahaya masa nifas seperti perdarahan banyak, pengeluaran lochea yang berbau, demam, sulit tidur, nyeri atau panas saat buang air kecil, sulit buang air besar, sakit kepala hebat, payudara bengkak, dll.

Evaluasi : Ibu mengetahui

3.4 Matriks Hubungan antara Teori dan Kasus

No	Masalah	Pengertian	Penyebab	Tanda / Gejala	Penatalaksanaan		Evidance Based
					Teori	Praktik	
1.	Presentasi Bokong	Letak sungsang (presentasi bokong) adalah kondisi janin dalam posisi memanjang (longitudinal) di dalam uterus, dengan kepala janin di fundus uteri dan bokong/kaki sebagai bagian terendah yang memasuki pintu atas panggul kebalikan dari presentasi normal. Klasifikasi :	1. Multiparitas (G3P1A1) Tonus dinding uterus menurun akibat sudah pernah melahirkan, memberikan ruang gerak janin lebih besar sehingga rotasi ke presentasi kepala terhambat. 2. Usia kehamilan 36 minggu (late preterm) Pada usia 28 minggu sudah	Subjektif: 1.) Mules-mules (his) sejak pukul 02.00 WIB, semakin sering dan kuat 2.) Keluar air-air dari jalan lahir (KPD) 3.) Bagian atas perut terasa penuh dan padat (kepala janin di fundus)	Teori (Standar Penatalaksanaan): Antenatal: 1.) Posisi knee-chest 10–15 mnt, 2–3x/hari, usia 32–34 minggu (Tauhid et al., 2023) 2.) Prenatal yoga untuk relaksasi panggul dan rotasi janin (Rudiyanti, 2021) 3.) ECV pada usia 36–37 minggu di fasilitas dengan kemampuan SC (Alomedika, 2024)	Di lapangan (Puskesmas Selaawi): Kala I: 1.) Informed consent 2.) Mengupayakan rujukan 3.) Pemantauan TTV & DJJ setiap 5 menit 4.) Posisi miring kiri 5.) Teknik pernapasan relaksasi 6.) Pemenuhan nutrisi Kala II:	1: Posisi Knee-Chest Posisi knee-chest terbukti membantu rotasi janin dari presentasi bokong ke kepala jika dilakukan rutin sejak 32–34 minggu. 2: Prenatal Yoga Prenatal yoga secara efektif membantu perubahan presentasi bokong ke kepala, dengan waktu rotasi lebih singkat dibanding knee-chest.

		1.) Frank Breech (bokong murni), paha fleksi lutut ekstensi 50-70% kasus 2.) Complete breech (bokong sempurna) posisi bersila 5-10% kasus 3.) Incomplete Breech (Presentasi kaki) kaki/lutut sebagai bagian terendah, resiko prolaps tali pusat tinggi.	terdeteksi letak bokong via USG dan tidak terjadi rotasi spontan hingga 36 minggu. Prematuritas late preterm mengurangi kemampuan rotasi spontan janin. 3. Riwayat persalinan prematur sebelumnya Kehamilan kedua lahir prematur (BB 2.450 g), mengindikasikan kecenderungan faktor anatomis/uterus yang berulang. 4. Kegagalan rotasi spontan	4.) Gerakan janin masih aktif, dominan di bagian bawah perut 5.) Riwayat USG usia 28 minggu: bokong, tidak rotasi meski dilakukan knee-chest OBJEKTIF: 1.) TTV: TD 110/80 mmHg, N 116x/m, R 21x/m, S 36,9°C, SpO2 98% 2.) Leopold I: kepala di fundus keras,	Persalinan: 1.) SC: direkomendasikan untuk letak sungsang aterm tunggal (Kemenkes RI, 2021) 2.) Pervaginam selektif: frank breech, TBJ 2.000–3.500 g, panggul adekuat, tidak ada kontraindikasi → Manuver Bracht, Lovset, Mauriceau (Moulida et al., 2025) 3.) Rujukan ke RS berkemampuan SC jika kondisi memungkinkan.	1.) Pertolongan persalinan pervaginam dengan Manuver Bracht 2.) Resusitasi neonatal (bayi tidak langsung menangis) → Apgar score 7-8 Kala III: 1.) Manajemen aktif kala III: oksitosin 10 IU IM 2.) PTT (Penegangan Tali Pusat Terkendali) 3.) Masase fundus uteri 4.) Eksplorasi plasenta tidak lengkap (selaput ketuban)	3: ECV (External Cephalic Version) ECV meningkatkan presentasi kepala saat persalinan dan menurunkan angka SC. Keberhasilan 40–70%, lebih tinggi pada multipara. 4: Manuver Bracht Teknik Bracht adalah standar pertolongan persalinan pervaginam presentasi bokong murni yang paling direkomendasikan, memanfaatkan gravitasi dan tekanan suprapubis.
--	--	--	---	--	--	--	--

			Meskipun telah dilakukan teknik knee-chest sejak ANC, bokong tidak berputar hingga saat persalinan.	bulat, melenting 3.) Leopold II: punggung kiri, ekstremitas kanan 4.) Leopold III: bokong di bagian bawah lunak, tidak bulat sempurna 5.) Leopold IV: divergen sudah masuk PAP 6.) DJJ 138x/menit, reguler 7.) VT: portio tipis-lunak, pembukaan hampir lengkap,		Kala IV: 1.) Observasi TTV, kontraksi, TFU, kandung kemih, perdarahan setiap 15 menit jam pertama dan 30 menit pada jam kedua. 2.) Penjahitan laserasi derajat I 3.) Edukasi masase uterus mandiri, tanda bahaya nifas.	
--	--	--	--	---	--	---	--

				ketuban (-), presentasi frank breech, station H III+ 8.) TBJ: $(30-11) \times 155 =$ 2.954 gram			
--	--	--	--	--	--	--	--

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan membahas kesesuaian antara tinjauan teori yang telah diuraikan pada Bab II dengan tinjauan kasus yang diperoleh dari hasil pengkajian pada Ny. Y usia 31 tahun G3P1A1 gravida 36 minggu dengan presentasi bokong di Puskesmas Selaawi pada tanggal 14 April 2026. Pembahasan difokuskan pada data subjektif, data objektif, analisa, serta penatalaksanaan yang diberikan, disertai identifikasi kesenjangan antara teori dan praktik.

4.1 Data Subjektif

Pada pengkajian data subjektif, Ny. Y usia 31 tahun menyatakan bahwa ini merupakan kehamilannya yang ketiga (G3P1A1) dengan usia kehamilan 36 minggu. Ibu datang ke Puskesmas Selaawi dengan keluhan mules-mules yang semakin sering dan keluar air-air dari jalan lahir sejak pukul 02.00 WIB. Ibu juga mengeluhkan bagian atas perut yang terasa penuh dan gerakan janin masih aktif. Ibu memiliki riwayat hasil USG pada usia kehamilan 28 minggu yang menunjukkan posisi janin letak bokong, dan sebelumnya telah dianjurkan oleh bidan untuk melakukan teknik knee-chest (posisi sujud/menungging).

Keluhan yang disampaikan Ny. Y sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Moulida bahwa ibu hamil dengan presentasi bokong

umumnya merasakan bagian atas perut terasa lebih penuh dan padat karena ditempati kepala janin, serta gerakan aktif janin terasa dominan di bagian bawah abdomen akibat ekstremitas janin berada di area tersebut. Selain itu, paritas Ny. Y sebagai multigravida (G3) merupakan faktor risiko yang diakui dalam berbagai penelitian. Berdasarkan kajian analisis faktor multiparitas secara signifikan berhubungan dengan kejadian presentasi bokong karena berkurangnya tonus dinding uterus yang memberikan ruang gerak lebih besar bagi janin, sehingga rotasi spontan ke presentasi kepala terhambat. Hal ini konsisten dengan kondisi Ny. Y yang merupakan kehamilan ketiga (Moulida, 2025).

Riwayat abortus pada kehamilan pertama (usia kehamilan 12 minggu) dan persalinan prematur pada kehamilan kedua (BB lahir 2.450 gram) turut menjadi perhatian klinis. Usia kehamilan Ny. Y saat ini adalah 36 minggu (late preterm), yang merupakan salah satu faktor predisposisi presentasi bokong. Menjelaskan bahwa pada usia kehamilan 28 minggu sekitar 22–30% janin masih berada dalam presentasi bokong, dan angka ini terus menurun seiring bertambahnya usia kehamilan. Fakta bahwa sejak usia 28 minggu posisi bokong telah terdeteksi melalui USG dan tidak mengalami rotasi spontan hingga 36 minggu menunjukkan adanya faktor yang menghambat rotasi, kemungkinan berkaitan dengan paritas, tonus uterus, atau karakteristik anatomis ibu (Aurelia et al. 2024).

Riwayat kontrasepsi Ny. Y menggunakan suntik 3 bulan sebelumnya tidak memiliki pengaruh langsung terhadap kejadian

presentasi bokong. Namun, status gizi ibu yang memadai (LILA 24 cm, IMT 23,8) dan kenaikan berat badan selama kehamilan sebesar 10 kg merupakan indikator positif terpenuhinya kebutuhan nutrisi ibu dan janin, meskipun LILA Ny. Y berada di batas bawah normal ($\geq 23,5$ cm) menurut standar (Kemenkes RI 2021).

Secara umum tidak ditemukan kesenjangan antara data subjektif yang diperoleh dengan teori, karena keluhan dan faktor risiko Ny. Y (multigravida, riwayat persalinan prematur, usia kehamilan late-preterm) sesuai dengan apa yang dijelaskan dalam teori maupun jurnal yang ditelaah. Namun terdapat satu kesenjangan praktik, yaitu edukasi knee-chest yang diberikan sejak usia kehamilan 28 minggu tidak diikuti dengan jadwal pelaksanaan yang jelas dan evaluasi ulang melalui leopard pada kunjungan berikutnya, sebagaimana protokol pada penelitian, sehingga efektivitas intervensi tersebut tidak dapat dipastikan dan rotasi spontan tidak tercapai (Anita & Syafira 2024) dan (Kundarti dkk 2025).

4.2 Data Objektif

Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang pada Ny. Y menunjukkan tanda-tanda vital dalam batas normal: tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 116x/menit (sedikit meningkat sebagai respons fisiologis terhadap persalinan aktif), respirasi 21x/menit, suhu 36,9°C, dan SpO₂ 98%. Hasil laboratorium menunjukkan hemoglobin 12,1 gr/dL yang termasuk dalam batas normal menurut WHO (>11 gr/dL pada trimester ketiga), protein

urine negatif, dan hasil pemeriksaan HIV, Sifilis, serta HBsAg tidak reaktif (NR).

Pemeriksaan Leopold memberikan gambaran khas presentasi bokong sebagaimana yang diuraikan dalam teori. Leopold I menunjukkan teraba bagian keras, bulat, dan melenting (kepala janin) di fundus uteri. Leopold II menunjukkan punggung janin di sisi kiri dan ekstremitas di sisi kanan. Leopold III menunjukkan bagian terendah yang lebih besar dan lunak (bokong), dengan leopold IV divergen menandakan bagian terbawah sudah masuk ke dalam panggul. Temuan ini sesuai dengan deskripsi mengenai gambaran pemeriksaan leopold pada kasus presentasi bokong. Denyut jantung janin (DJJ) 138x/menit bersifat reguler dan masih dalam rentang normal (120–160x/menit) (Urizky, 2024).

Pemeriksaan dalam pada pukul 08.00 WIB menunjukkan portio tipis-lunak, pembukaan hampir lengkap, dilakukan cek lakmus hasil dari pemeriksaan lakmus ternyata warna lakmus berubah, yang menandakan itu adalah cairan ketuban yang sudah pecah (sudah pecah dengan cairan jernih), presentasi bokong murni (frank breech), dan penurunan pada station III+. Tinggi fundus uteri (TFU) 30 cm dengan tafsiran berat janin menggunakan rumus Johnson-Toshach: $(30 - 11) \times 155 = 2.945$ gram, yang termasuk dalam kategori berat badan normal dan masih dalam rentang yang dapat dipertimbangkan untuk persalinan pervaginam (2.000–3.500 gram) (Moulida, 2025).

Melakukan konsultasi ke ponsek RSUD Dr. Slamet Garut, untuk mengupayakan rujukan, dikarenakan pembukaan ibu sudah hampir lengkap, untuk dilakukan rujukan kemungkinan akan lahir di perjalanan dan terbatas alat dan SDM, sehingga dilahirkan sesuai advice dr. ditempat rujukan dengan pemantauan yang ketat.

Jenis presentasi bokong murni (frank breech) yang teridentifikasi pada kasus ini merupakan jenis yang paling sering dijumpai (50–70% kasus) dan memiliki prognosis paling baik untuk persalinan pervaginam dibandingkan complete breech maupun incomplete breech (Moulida, 2025).

Adapun hal yang seharusnya dicermati adalah tidak dilakukannya pelvimetri klinis secara formal pada kasus ini untuk menilai kecukupan kapasitas panggul ibu. Padahal, penilaian panggul merupakan prasyarat penting dalam pengambilan keputusan persalinan pervaginam pada kasus presentasi bokong. Meski demikian, mengingat kondisi Ny. Y yang sudah dalam fase aktif dengan penurunan bokong yang sudah cukup jauh (H IV pada kala II), keputusan klinis untuk melanjutkan persalinan pervaginam secara bidinamik dapat dipertanggungjawabkan (Jabar, 2021)

Kesenjangan: Sebagian besar data objektif sesuai dengan teori, namun terdapat kesenjangan yang nyata, yaitu tidak dilakukannya pelvimetri klinis untuk menilai kecukupan panggul ibu, padahal langkah ini merupakan prasyarat baku sebelum memutuskan persalinan pervaginam pada presentasi bokong. Kesenjangan ini terjadi karena

keterbatasan waktu akibat pembukaan yang sudah hampir lengkap saat ibu tiba di Puskesmas Selaawi, sehingga keputusan klinis diambil berdasarkan penilaian klinis cepat (penurunan bagian terbawah yang sudah jauh) tanpa pelvimetri formal.

4.3 Analisa

Analisa yang ditegakkan adalah: Ny. Y usia 31 tahun G3P1A1 gravida 36 minggu inpartu kala I fase aktif, janin tunggal hidup, dengan presentasi bokong murni (frank breech). Analisa ini telah disusun berdasarkan integrasi data subjektif dan objektif yang komprehensif, mencakup identitas pasien, usia kehamilan, status obstetri, fase dan kala persalinan, kondisi janin, serta jenis presentasi. Penegakan analisa yang akurat merupakan landasan bagi perencanaan penatalaksanaan yang tepat, sebagaimana ditekankan dalam standar asuhan kebidanan berbasis SOAP (Hardani et al., 2020).

Presentasi bokong yang tidak mengalami rotasi spontan hingga usia kehamilan 36 minggu merupakan indikasi untuk segera dilakukan rujukan ke fasilitas yang memiliki kemampuan operasi caesar (sectio caesarea/SC) sesuai dengan pedoman. Namun dalam kasus Ny. Y, proses persalinan telah berjalan sangat cepat sehingga ibu sudah berada dalam kala I fase aktif dengan pembukaan hampir lengkap saat tiba di Puskesmas Selaawi. Keadaan ini tidak memungkinkan pelaksanaan rujukan dalam kondisi aman, sehingga keputusan untuk melanjutkan pertolongan persalinan di Puskesmas Selaawi dengan fasilitas PONED

merupakan pilihan klinis yang tepat sesuai kondisi emergensi yang ada (Kemenkes RI 2021).

Berdasarkan hasil data pengkajian pada Ny. Y usia 31 tahun G3P1A1 dengan presentasi bokong sudah sesuai dengan teori dan tidak ada kesenjangan penegakan analisa sudah sesuai standar SOAP.

4.4 Penatalaksanaan

4.4.1 Kala I

Penatalaksanaan pada kala I meliputi pemberian informed consent, pemantauan tanda vital dan DJJ setiap 5 menit, pengaturan posisi miring kiri untuk mengoptimalkan sirkulasi *utero-plasental*, pemberian teknik pernapasan untuk relaksasi, serta pemenuhan nutrisi di sela-sela kontraksi dengan makanan ringan seperti roti atau biskut dan teh manis. Pemantauan ketat terhadap kemajuan persalinan dan kondisi janin merupakan kewajiban dalam asuhan intrapartum. DJJ yang terpantau reguler (138x/menit) selama kala I menunjukkan bahwa kondisi janin masih baik (Kemenkes RI, 2021).

Pemantauan tanda bahaya pada kala I seperti prolaps tali pusat sangat penting pada kasus presentasi bokong, mengingat bokong yang lebih lunak dan berukuran lebih kecil dibandingkan kepala tidak mampu mengisi seluruh ruang jalan lahir secara rapat sehingga tali pusat dapat turun mendahului bagian presentasi. Pada kasus Ny. Y tidak ditemukan prolaps tali pusat, namun kewaspadaan terhadap komplikasi

ini seharusnya tercatat secara eksplisit dalam dokumentasi asuhan (Dinda et al., 2021).

4.4.2 Kala II

Pada kala II, pertolongan persalinan dilakukan menggunakan teknik *Bracht*. Bayi lahir pada pukul 09.18 WIB, berjenis kelamin laki-laki, dengan kondisi awal tidak menangis dengan *apgar score* 7-8 sehingga dilakukan resusitasi awal (langkah awal resusitasi) berupa pengeringan, stimulasi, dan pembersihan jalan napas. Setelah resusitasi, bayi menangis aktif dengan Apgar score 8, tonus otot kuat, dan gerakan aktif.

Manuver Bracht merupakan teknik persalinan pervaginam yang paling direkomendasikan untuk presentasi bokong, terutama jenis frank breech, karena memanfaatkan prinsip gravitasi dan tekanan suprapubis untuk memfasilitasi kelahiran bahu, lengan, dan kepala janin secara berurutan dengan aman. Penerapan teknik ini oleh bidan di fasilitas PONE telah sesuai dengan kompetensi bidan dalam penatalaksanaan persalinan presentasi bokong yang tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan (Moulida, 2025a).

Kondisi bayi yang tidak menangis segera setelah lahir merupakan komplikasi yang memang memiliki insidensi lebih tinggi pada persalinan presentasi bokong. Risiko asfiksia neonatal pada

persalinan pervaginam presentasi bokong mencapai 3,3%, dibandingkan hanya 0,6% pada sectio caesarea. Keberhasilan resusitasi yang cepat dan tepat oleh tenaga kesehatan di Puskesmas Selaawi mencegah dampak lebih lanjut dari komplikasi asfiksia. Apgar score 7-8 yang dicapai setelah resusitasi menunjukkan outcome neonatal yang baik (Alomedika, 2024).

4.4.3 Kala III

Manajemen aktif kala III dilaksanakan sesuai standar, meliputi pemberian oksitosin 10 IU secara intramuskular setelah satu menit bayi lahir, penegangan tali pusat terkendali (PTT), dan *masase fundus uteri*. Plasenta lahir spontan pada pukul 09.25 WIB (7 menit setelah bayi lahir), masih dalam batas normal (≤ 30 menit). Ditemukan ketidaklengkapan plasenta berupa selaput ketuban yang tidak sempurna, sehingga dilakukan eksplorasi. Temuan ini perlu mendapat perhatian serius karena sisa selaput plasenta yang tertinggal dapat menyebabkan atonia uteri dan perdarahan postpartum. Penanganan eksplorasi segera yang dilakukan telah sesuai dengan standar tatalaksana retensio plasenta atau plasenta tidak lengkap menurut Pedoman Pelayanan Kebidanan (Kemenkes RI, 2021).

Pemeriksaan jalan lahir pascapersalinan menemukan laserasi perineum derajat I. Laserasi derajat I pada persalinan pervaginam presentasi bokong merupakan temuan yang relatif lebih ringan. Dalam teori, risiko laserasi yang lebih luas justru mengancam apabila *terjadi*

head entrapment atau penarikan bahu yang tidak tepat. Penatalaksanaan laserasi derajat I yang telah dilakukan sudah sesuai standar (Jurnal Midwifery, 2021).

4.4.4 Kala IV dan Postpartum

Pemantauan kala IV dilakukan secara ketat, yaitu setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua. Tanda vital pada kala IV: tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 90x/menit, respirasi 20x/menit, suhu 36,8°C, dan SpO2 98%. Kontraksi uterus baik dengan TFU 1 jari di bawah pusat menunjukkan involusi uterus berjalan normal. Pada 2 jam postpartum, kondisi Ny. Y stabil dengan TTV normal, TFU 2 jari di bawah pusat, lochea rubra normal, dan bekas jahitan bersih.

Edukasi yang diberikan kepada Ny. Y pascapersalinan mencakup *masase* uterus mandiri, tanda bahaya masa nifas, pentingnya tidak menahan buang air kecil, serta pemenuhan nutrisi. Edukasi komprehensif kepada ibu nifas merupakan bagian integral dari asuhan kebidanan yang berfokus pada pemberdayaan perempuan dan pencegahan komplikasi. Rencana penggunaan KB IUD pascapersalinan yang telah diungkapkan Ny. Y merupakan pilihan yang tepat untuk ibu multipara, mengingat efektivitasnya yang tinggi dan tidak mengganggu laktasi (BKKBN, 2021).

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Mengacu pada tujuan penulisan laporan tugas akhir ini, asuhan kebidanan persalinan pada Ny. Y usia 31 tahun G3P1A1 gravida 36 minggu inpartu kala I fase aktif dengan presentasi bokong di Puskesmas Selaawi pada tanggal 14 April 2026 dapat disimpulkan sebagai berikut.

- 1.) Pengkajian data subjektif Ny. Y dengan presentasi bokong di Puskesmas Selaawi telah sesuai dengan teori dan praktek dan tidak terdapat kesenjangan.
- 2.) Pengkajian data objektif pada Ny. Y dengan presentasi bokong tidak dilakukan pengukuran pelvimetri maka data objektif ini memiliki kesenjangan antara teori dan praktek.
- 3.) Analisa data yang ditegakkan Ny. Y usia 31 tahun G3P1A1 gravida 36 minggu janin tunggal hidup dengan presentasi bokong murni (frank breech).
- 4.) Penatalaksanaan: pada Ny. Y dengan presentasi bokong di Puskesmas Selaawi telah sesuai dengan teori dan tidak terdapat kesenjangan.
- 5.) Pendokumentasian asuhan kebidanan pada Ny. Y dengan presentasi bokong telah dilakukan secara sistematis menggunakan metode SOAP.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Puskesmas Selaawi

- 1.) Meningkatkan sistem deteksi dini presentasi bokong pada setiap kunjungan antenatal, terutama mulai usia kehamilan 32 minggu, melalui pemeriksaan Leopold yang cermat dan sistematis, serta merujuk untuk pemeriksaan USG konfirmasi bila ditemukan dugaan malpresentasi.
- 2.) Mengembangkan Standar Operasional Prosedur (SOP) khusus penanganan persalinan presentasi bokong di fasilitas Poned, termasuk kriteria persalinan pervaginam yang aman, checklist pelvimetri klinis, dan alur rujukan emergensi yang jelas.
- 3.) Meningkatkan kompetensi bidan melalui pelatihan berkala teknik pertolongan persalinan presentasi bokong (Manuver Bracht, Lovset, Mauriceau), resusitasi neonatal, serta manajemen komplikasi, baik melalui pelatihan in-house maupun eksternal.
- 4.) Memperkuat edukasi antenatal mengenai presentasi bokong kepada ibu hamil, termasuk teknik knee-chest, prenatal yoga, tanda bahaya, dan pentingnya memilih fasilitas persalinan yang memadai, agar ibu dan keluarga dapat membuat keputusan yang tepat dan terinformasi

5.2.2 Bagi Tenaga Kesehatan (Bidan)

- 1.) Senantiasa melakukan deteksi dini malpresentasi janin pada setiap kunjungan antenatal dan mendokumentasikannya secara lengkap,

termasuk hasil penilaian panggul (pelvimetri klinis) sebagai bagian wajib dari pengkajian ibu hamil berisiko tinggi.

2.) Meningkatkan kemampuan pengambilan keputusan klinis (clinical decision making) dalam situasi emergensi persalinan dengan presentasi bokong, dengan mempertimbangkan kondisi ibu, janin, fasilitas, dan waktu secara komprehensif.

3.) Memberikan konseling yang komprehensif dan berbasis bukti kepada ibu hamil dengan presentasi bokong sejak dini, termasuk penjelasan mengenai pilihan persalinan, risiko-manfaat persalinan pervaginam versus sectio caesarea, serta rencana rujukan yang terstruktur.

5.2.3 Bagi Institusi Pendidikan

1.) Mengintegrasikan kasus-kasus kebidanan dengan komplikasi, termasuk presentasi bokong, secara lebih mendalam ke dalam kurikulum praktik klinik dan ujian kompetensi mahasiswa kebidanan.

2.) Mendorong mahasiswa untuk melakukan analisis kritis dan berbasis bukti (evidence-based) dalam setiap penyusunan karya tulis ilmiah, dengan menggunakan literatur terkini dan referensi yang terverifikasi.

5.2.4 Bagi Peneliti Selanjutnya

- 1.) Melakukan penelitian dengan desain yang lebih kuat (misalnya studi kohort atau case-control) mengenai faktor-faktor risiko presentasi bokong pada populasi ibu bersalin di kabupaten Garut untuk menghasilkan data epidemiologis lokal yang dapat menjadi dasar kebijakan.
- 2.) Mengembangkan penelitian mengenai efektivitas intervensi antenatal (knee-chest position, prenatal yoga, ECV) dalam menurunkan angka persalinan presentasi bokong di fasilitas kesehatan primer di wilayah Jawa Barat.

DAFTAR PUSTAKA

- Alomedika. (2024). *Tata Laksana Persalinan pada Presentasi Bokong*. Alomedika. Jakarta: PT Alomedika Nusantara.
- Anita, N., & Syafira, V. A. (2024). Efektivitas Knee Chest Position terhadap Rotasi Kepala Janin pada Ibu Hamil Trimester III dengan Letak Sungsang di UPTD Puskesmas Pedes Kabupaten Karawang Tahun 2023. *Jurnal Ners*, 8(1), 384–389. Bangkinang: Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai.
- Aurelia, C., Chintaury, E. P., Hartini, H., & Selvi, S. (2024). Memahami Letak Sungsang: Penyebab, Risiko dan Penanganannya. *Stetoskop: The Journal of Health Science*, 1(1), 6–12.
- Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN). (2021). *Pedoman Pelayanan Kontrasepsi dan Keluarga Berencana*. Jakarta: BKKBN.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat. (2021). *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Barat Tahun 2021*. Bandung: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat. (2022). *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Barat Tahun 2022*. Bandung: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat.
- Dinda, N., Saleha, S., & Haruna, N. (2021). Manajemen Asuhan Kebidanan Intranatal Patologi dengan Persalinan Letak Sungsang. *Jurnal Midwifery*, 3(2), 88–101. Makassar: UIN Alauddin Makassar.
- Hardani, Auliya, N. H., Andriani, H., Fardani, R. A., Ustiawaty, J., Utami, E. F., Sukmana, D. J., & Istiqomah, R. R. (2020). *Metode Penelitian Kualitatif & Kuantitatif*. Yogyakarta: CV Pustaka Ilmu Group.
- 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. Palu: Universitas Alkhairaat.
- Jayanti, R. D., Azizah, N., & Rosyidah, R. (2026). Pengaruh Posisi Knee-Chest terhadap Kenyamanan Ibu Hamil dengan Presentasi Sungsang. *Hospital Majapahit: Jurnal Ilmiah Kesehatan Politeknik Kesehatan Mojokerto*, 18(1),

- 16–22. Mojokerto: Politeknik Kesehatan Kemenkes Mojokerto.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). *Pedoman Pelayanan Antenatal, Persalinan, Nifas, dan Bayi Baru Lahir*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Manuaba, I. B. G. (2023). *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Moulida, N. S., Hayati, S. B., Malia, A., & Raudhati, S. (2025). Asuhan Kebidanan Kehamilan pada Ibu S G1P0A0 dengan Letak Sungsang di PMB Mardiani Kecamatan Peusangan Kabupaten Bireuen. *Jurnal Kesehatan Almuslim*, 11(1), 23–30. Bireuen: Universitas Almuslim.
- Prawirohardjo, S. (2020). *Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Tauhid, L., & Purnamasari, G. (2023). Asuhan Kebidanan Antenatal dengan Letak Sungsang (Penerapan Efektivitas Knee-Chest Position terhadap Rotasi Kepala Janin TM III Letak Sungsang). *Jurnal Kesehatan Siliwangi*, 2(3), 1054–1065. Bandung: STIKes Jenderal Achmad Yani Cimahi.
- Urizky, N., Raudhati, S., Rahmah, S., & Nuraina, N. (2024). Asuhan Kebidanan pada Kehamilan dengan Letak Sungsang. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Ibu dan Anak*, 4(1). Bireuen: Universitas Almuslim.
- World Health Organization (WHO). (2023). *Maternal Mortality*. Geneva: World Health Organization.

LAMPIRAN

PARTOGRAF

No. Register

RS/Puskesmas/RB

Ketuban Pecah sejak pukul 07.00 WIB

Nama Ibu/Bapak : Ny. Y / Tn. N

Masuk Tanggal : 14-04-2026

Mules sejak pukul 02.00 WIB

Umur: 31/32 ^{GSP/1} GP/hamil 36 minggu

Pukul : 08 00 WIB

Alamat : Kr. Babakan Citandak

air ketuban

penyusutan

Pukul 09.18 WIB

Bayi baru lahir spontan dengan teknik eracht jenis kelamin laki-laki tidak memulas, warna kulit kemerahan torus otot sedikit emah BB: 2565 gram PB: 48 cm

Kontraksi

tlap

10 menit

Oksitosin U/I

tetes/menit

Obat dan cairan IV

Nadi

Tekanan darah

Temperatur °C

Urine

Protein

Aseton

Volume

Makan terakhir: Pukul 08.10 WIB Jenis: Bata/briket Porsi: 1/2

Minum terakhir: Pukul 08.20 WIB Jenis: Teh kecap Porsi: 1

Penolong

(.....)

Lembar partograf bagian belakang

CATATAN PERSALINAN

Tanggal: 14-04-2022 Persalinan: Bidan
 Tempat persalinan: [] rumah ibu [] Puskesmas Kardas [] lainnya
 Alamat tempat persalinan: Puskesmas Sekeloa

KALA I

[] Partograf melewati garis waspada
 [] lainnya

Penatalaksanaan yang dilaksanakan untuk masalah tersebut:

KALA II

Lama Kala II: 45 menit Episiotomi ☒ tidak [] ya. Indikasi:
 Pendamping pada saat persalinan ☒ suami ☒ keluarga [] teman [] dukun [] tidak ada
 Gawat Janin: [] miringkan ibu ke sisi kiri [] minta ibu menarik napas [] episiotomi
 Distosia Bahu: [] Manuver Mc Robert Ibu meranggang [] Lainnya

Penatalaksanaan untuk masalah tersebut:

Bayi baru lahir:

KALA III

Lama Kala III: 5 menit Jumlah Perdarahan: _____ ml

a. Pemberian Oksitosin 10 U IM < 2 menit? ☒ ya [] tidak, alasan:
 Pemberian Oksitosin ulang (2x)? ☒ ya [] tidak, alasan:
 b. Pemegangan tali pusat terkendali? ☒ ya [] tidak, alasan:
 c. Masase fundus uteri? ☒ ya [] tidak, alasan:
 Laserasi perineum derajat _____ Tindakan: [] mengeluarkan secara manual [] merujuk
 Atonia uteri: [] Kompresi bimanual interna [] Metil Ergometrin 0,2 mg IM [] Oksitosin drip

Lama Kala:

Penatalaksanaan yang dilakukan untuk masalah tersebut:

Bayi baru lahir:

BAYI BARU LAHIR
 Berat Badan: 2545 gram Panjang: 48 cm Jenis Kelamin DP Nilai APGAR: 9 / 8

Perawatan ASI: [] per [] lain [] lainnya

Bayi baru lahir pucat/biru/lemas: ☒ mengeringkan ☒ menghangatkan ☒ bebaskan jalan napas
☒ stimulasi rangsang aktif [] lain-lain, sebutkan:

[] lainnya

Penatalaksanaan yang dilaksanakan untuk masalah tersebut:

Bayi baru lahir:

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam ke	Pukul	Tekanan Darah	Nadi	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1	09-30	100/80	89	36,6	1 jt pusat	keras	kepong	Normal
	09-45	100/80	90		1 jt pusat	keras	kepong	Normal
	10-00	110/80	85		1 jt pusat	keras	kepong	Normal
	10-15	110/80	95		2 jt pusat	keras	kepong	Normal
2	10-45	110/80	96	36,5	2 jt pusat	keras	kepong	Normal
	11-15	110/80	87		2 jt pusat	keras	kepong	Normal

Bayi baru lahir:

Penatalaksanaan yang dilaksanakan untuk masalah tersebut:

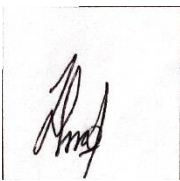
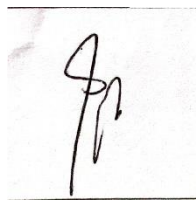
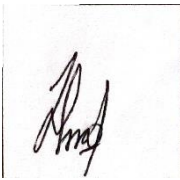
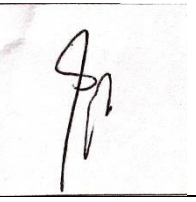
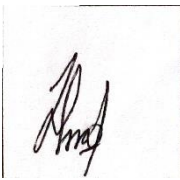
Bayi baru lahir:

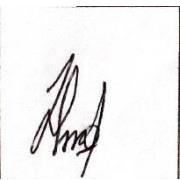
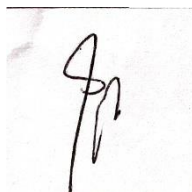
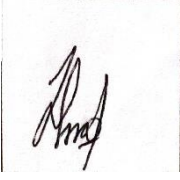
No	Tanggal	Materi	Pelaksana	Keterangan
		• Semua nifas		
		• Breast care		
		• ASI		
		• Perawatan Tali Pusat		
		• KL		
		• Gizi		
		• Imunisasi		

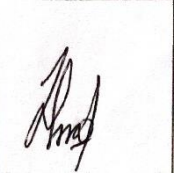
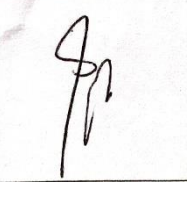
LEMBAR BIMBINGAN LTA

Nama Mahasiswa : Riskia Azzahra
 NIM : KHGB23024
 Judul LTA : Asuhan Kebidanan Persalinan Pada Ny. Y Usia 31 tahun G3P1A1 Usia Kehamilan 36 Minggu dengan Presentasi Bokong Inpartu kala 1 Fase Aktif di Puskesmas Selaawi

Nama Pembimbing : Bdn. Ernawati, SST., M.Kes
 NIK : 042039.0512.108

No	Hari/Tanggal	Materi Pembimbing	Saran Pembimbing	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing
1	Selasa/ 28-04-2026	Pengajuan Judul	Revisi penulisan Judul, mencari jurnal		
2	Rabu/ 29-04-2026	Konsul BAB I	Revisi BAB I dan buat kan BAB III		
3	Kamis/ 30-04-2026	Konsul BAB III dan Revisian BAB I	Perbaiki data subjektif di BAB III, dan tambahkan BAB I, dan cari materi BAB II		

4	Kamis/ 07-05-2026	BAB I,II,III	Konsul BAB I dan II, revisi BAB III		
5	Jumat/ 08-05-2026	BAB I,II,III,IV,V	Konsul BAB IV-V, revisi BAB I-III dan tambahkan SOP		
6	Kamis/ 21-05-2026	BAB I-V	Tambahkan BAB II dan tambahkan di BAB IV pembahasan		
7	Rabu/ 03-06-2026	BAB I-V	Perbaiki penulisan		

8	Rabu/ 10-06-2026	BAB I-V	Perbaiki penulisan dan tambahkan BAB II		
9	Kamis/ 11-06-2026	BAB I-V	Perbaiki penulisan dan perbaiki judul		

RIWAYAT HIDUP



Nama : Riskia Azzahra
 TTL : Garut, 12 Agustus 2005
 No. Hp : 087868978652
 Alamat : Kp. Babakan Garut, Ds Cisero, Kec. Cisurupan
 Email : azzahrariskia7@gmail.com
 Moto : *“ Jika Bukan Karena Allah yang Memampukan,
 Aku mungkin Sudah Lama Menyerah “*

Riwayat Pendidikan

2012-2018 : SDN 03 CISERO
 2018-2021 : SMPN 1 CISURUPAN
 2021-2023 : SMAN 16 GARUT