

LAPORAN TUGAS AKHIR

ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN PADA Ny. M USIA 28 TAHUN G₂P₁A₀
USIA KEHAMILAN 39 MINGGU 3 HARI MINGGU DENGAN LETAK
BOKONG DI RUMAH SAKIT SANTA ELISABETH BATAM
TAHUN 2017

STUDI KASUS

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan Tugas Akhir
Pendidikan Diploma 3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan



Disusun Oleh :

PUTRI AFRI REGITA ANGGREANI SILALAHI
022015052

PROGRAM STUDI DIPLOMA 3 KEBIDANAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
SANTA ELISABETH MEDAN
2018

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Tugas Akhir

**ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN PADA Ny. M USIA 28 TAHUN G₂P₁A₀
USIA KEHAMILAN 39 MINGGU 3 HARI MINGGU DENGAN LETAK
BOKONG DI RUMAH SAKIT SANTA ELISABETH BATAM
TAHUN 2017**

Studi Kasus

Diajukan oleh :

**Putri Afri Regita Anggreani Silalahi
NIM : 022015052**

**Telah Diperiksa Dan Disetujui Untuk Mengikuti Ujian LTA Pada
Program Studi Diploma 3 Kebidanan Stikes Santa Elisabeth Medan**

Oleh :

**Pembimbing : Ermawaty Siallagan, SST., M.Kes
Tanggal : 19 Mei 2018**

Tanda Tangan :

**Mengetahui
Ketua Program Studi D3 Kebidanan
STIKes Santa Elisabeth Medan**

Anita Veronika, S.SiT., M.KM



PROGRAM STUDI D3 KEBIDANAN STIKes SANTA ELISABETH MEDAN

Tanda Pengesahan

Nama : Putri Afri Regita Anggreani Silalahi
NIM : 022015052
Judul : Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin Pada Ny. M Usia 28 Tahun G₂P₁A₀
Usia Kehamilan 39 Minggu 3 Hari Dengan Letak Bokong Di Rumah
Sakit Santa Elisabeth Batam 2017

Telah Disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji
sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan
pada Rabu, 23 Mei 2018 dan dinyatakan LULUS

TIM PENGUJI:

TANDA TANGAN

Penguji I : R. Oktaviance, SST., M.Kes

Penguji II : Bernadetta Ambarita, SST., M.Kes

Penguji III : Ermawaty A. Siallagan, SST., M.Kes



Prodi D3 Kebidanan
Anita Veronika, S.SiT., M.KM



Mengesahkan
Ketua STIKes Santa Elisabeth Medan
Mestiana Br. Karo, S.Kep., Ns., M.Kep

CURRICULUM VITAE



Nama

: Putri Afri Regita Anggreani Silalahi

Tempat, Tanggal Lahir

: Sidikalang, 26 April 1997

Agama

: Kristen Protestan

Jenis Kelamin

: Perempuan

Alamat

: Jln. Op. Tording No. 2 Sidikalang

PENDIDIKAN

1. SD Negeri 173193 Pangaribuan : 2003-2009
2. SMP Negeri 1 Pangaribuan : 2009-2012
3. SMA RK Bintang Timur Rantau Prapat : 2012-2015
4. D3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan : 2015 sampai sekarang

PERSEMBAHAN & MOTTO

Selain doa, bagi saya waktu adalah salah satu hadiah terindah yang bisa diberikan dari seseorang manusia kepada manusia lainnya. Mengapa? Sebab ia rela memberikan segala jatah hidupnya "miliknya" yang takkan pernah bisa kembali hanya untuk mengurus manusia lainnya.

Begini lah orangtua yang selalu siap meluangkan waktu untuk mendengarkan keluh kesah anaknya, menjawab segala ocehan dan bersabar dalam segala tingkah kekanakan.

Bahkan mereka memberi apa yang dibutuhkan tanpa perhitungan. Tidak ada kata-kata indah yang bisa ku ucapkan selain kata bersyukur kepada Tuhan karna telah memberi mereka orang yang sangat luar biasa.

Aku mungkin lah anak yang tak pernah mengatakan secara langsung bahwa aku sangat mencintai mereka. Walaupun seperti itu dari lubuk hati yang paling dalam, mereka adalah orang yang paling ku kasih, orang yang paling ku cinta dari segala apapun.

Sejauh apapun aku pergi, sesibuk apapun yang ku kerjakan tempat berpulangku adalah orangtua ku, tempat untuk menampung keluh kesahku adalah Mereka.

MOTTO

Dear problems, My God is bigger than you



PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Studi Kasus Laporan Tugas Akhir yang berjudul **“Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin Pada Ny. M Usia 28 Tahun, G₂P₁A₀ Usia Kehamilan 39 Minggu 3 Hari Dengan Letak Bokong di Rumah Sakit Santa Elisabeth Batam Tahun 2017”** ini, sepenuhnya karya saya sendiri. Tidak ada bagian di dalamnya yang merupakan plagiat dari karya orang lain dan saya tidak melakukan penjiplakan atau pengutipan dengan cara-cara yang tidak sesuai dengan etika keilmuan yang berlaku dalam masyarakat keilmuan.

Atas pernyataan ini, saya siap menanggung resiko/sanksi yang dijatuhkan kepada saya apabila kemudian hari ditemukan adanya pelanggaran terhadap etika keilmuan dalam karya saya ini, atau klaim dari pihak lain terhadap keaslian karya saya ini.

Medan, Mei 2018

Yang membuat pernyataan

(Putri Afri R.A Silalahi)

**ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN PADA Ny. M USIA 28 TAHUN G₂P₁A₀
USIA KEHAMILAN 39 MINGGU 3 HARI MINGGU DENGAN LETAK
BOKONG DI RUMAH SAKIT SANTA ELISABETH BATAM
TAHUN 2017¹**

Putri Afri R.A Silalahi², Ermawaty Siallagan³

INTISARI

Latar Belakang: Letak sungsang merupakan letak membujur dengan kepala janin di fundus uteri yang penyebab terjadinya meliputi panggul sempit, terdapat lilitan tali pusat atau tali pusat pendek, kelainan uterus. Insidensi malpresentasi di Asia sebesar 11%, di Rumah Sakit Manado tercatat 152 (2,2%) dari total 3347 persalinan. Pada tahun 2007 frekuensi malpresentasi di Rumah Sakit Pirngadi Medan terdapat 4,4% dan di Rumah Sakit Santa Elisabeth Batam 6 bulan terakhir pada tahun 2017 tercatat 39 dari 329 persalinan.

Tujuan: Dapat melaksanakan Asuhan Kebidanan Ibu bersaliran pada Ny. M usia 28 tahun G₂P₁A₀ Usia Kehamilan 39 minggu 3 hari Dengan Letak Bokong di Rumah Sakit Santa Elisabeth Batam Tahun 2017 dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan varney.

Metode: Metode untuk pengumpulan data terdiri dari data primer, yaitu pemeriksaan fisik (palpasi,auskultasi,perkus), wawancara dan observasi.

Hasil: Berdasarkan hasil pemeriksaan fisik, Palpasi Leopold IPada fundus teraba bagian yang bulat, keras, dan melenting (kepala) ; Leopold II: Pada abdomen kiri teraba bagian yang panjang, keras dan memapan (punggung) dan pada bagian kanan ibu teraba bagian-bagian terkecil janin (ekstremitas); Leopold III: Pada bagian bawah janin teraba bulat, lunak dan melebar (bokong); Leopold IV: Bagian bawah sudah masuk PAP. Hasil dari pemeriksaan USG yaitu : presentasi bokong. Pertolongan persalinan yang di berikan adalah SC.

Kesimpulan: Persalinan dengan letak sungsang adalah persalinan dengan kelainan presentasi, letak janin memanjang dengan bagian terendah bokong, kaki atau kombinasi keduanya. Dari kasus ibu bersalin Ny.M usia 28 tahun G₂P₁A₀ usia kehamilan 39 minggu 3 hari di Rumah Sakit Santa Elisabeth Batam 2017, ibu membutuhkan informasi tentang keadaannya dan janinnya dan dalam asuhan ini bayi dilahirkan secara SC.

Kata Kunci : Persalinan Letak Bokong

Referensi : Jumlah Buku 11, jurnal 3 (tahun 2008-2017)

¹Judul Penulisan Studi Kasus

²Mahasiswa Prodi D3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan

³Dosen STIKes Santa Elisabeth Medan

**POSTPARTUM MIDWIFERY CARE ON MRS.M AGE 28 YEARS OLD
G₂P₂A₀ AGE OF PREGNANCY 39 WEEKS 3 DAYS WITH BREECH
POSITION AT SANTA ELISABETH HOSPITAL BATAM
YAER 2017¹**

Putri Afri R.A Silalahi², Ermawaty Siallagan³

ABSTRACT

Background: Breech position is a longitudinal position with a fetal head on the uterine fundus that causes a narrow pelvis, a umbilical cord or a short cord, a uterine abnormality. The incidence of malpresentation in Asia was 11%, in Manado Hospital recorded 152 (2.2%) of total 3347 deliveries. In 2007 the frequency of malpresentation at Pirngadi Hospital Medan was 4.4% and in the Hospital of Santa Elisabeth Batam last 6 months in 2017 there were 39 out of 329 deliveries.

Objective: Can implement maternal care Midwifery to Ny. M age 28 years G₂P₁A₀ Pregnancy Age 39 weeks 3 days With the location of Buttocks at Santa Elisabeth Batam Hospital in 2017 using the approach of midwifery management varney.

Method: Methods for data collection consist of primary data, ie physical examination (palpation, auscultation, percussion), interview and observation.

Result: Based on physical examination result, Palpation Leopold IPAD fundus palpable rounded, hard, and bouncy (head); Leopold II: On the left abdomen is palpable long, hard and firmly (back) and to the right of the palpable mother the smallest parts of the fetus (extremity); Leopold III: At the bottom of the fetus is palpable round, soft and broad (buttocks); Leopold IV: The bottom has entered the PAP. The results of ultrasound examinations are: a butt presentation. Relief delivery given is SC.

Conclusion: Breast delivery is delivery with presentation abnormalities, where the fetus is elongated with the bottom of the buttocks, legs or a combination of both. From case of mother of mother Ny.M age 28 years G₂P₁A₀ gestation age 39 weeks 3 days in St. Hospital. Elisabeth Batam 2017, mother needs information about the situation and her fetus and in this care baby was born by SC.

Keyword: Breech Position

References: Number of Books 11, journal 3 (year 2008-2017)

¹The Title of Case Study

² Student of D3 Midwifery Program STIKes Santa Elisabeth Medan

³ Lecturer of STIKes Santa Elisabeth Medan

KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, atas kasihNya sehingga penulis mendapatkan menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul “**Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin Pada Ny.M Usia 28 Tahun G₂P₁A₀ Usia Kehamilan 39 Minggu 3 Dengan Letak Bokong di Rumah Sakit Santa Elisabeth Batam Tahun 2017**” Laporan Tugas Akhir ini dilihat sebagai persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan Program Studi D3 Kebidanan.

Penulis menyadari bahwa laporan ini masih jauh dari sempurna baik isi maupun susunan bahasanya, mengingat waktu dan kemampuan penulis yang terbatas. Oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun guna lebih menyempurnakan Laporan Tugas Akhir.

Dalam pembuatan laporan ini penulis juga menyadari bahwa banyak campur tangan dan bimbingan dari beberapa pihak sehingga pembuatan Laporan Tugas Akhir ini dapat terlaksana dengan baik. Maka pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan rasa terimakasih yang tulus dan iklas kepada:

1. Mestiana Br Karo, S.Kep., Ns., M.Kep selaku ketua STIKes Santa Elisabeth Medan yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan D3 Kebidanan di STIKes Santa Elisabeth Medan.
2. Anita Veronika, S.SiT., M.KM selaku Ketua Program Studi D3 Kebidanan yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan.

3. Ermawaty Siallagan, SST., M.Kes selaku Dosen Pembimbing sekaligus selaku Dosen Penguji Laporan Tugas Akhir penulis yang telah meluangkan waktunya dalam memberikan bimbingan dan nasehat kepada penulis selama menyusun Laporan Tugas Akhir di STIKes Santa Elisabeth Medan.
4. Oktafiana Manurung, SST., M.Kes selaku Dosen Akademik yang telah banyak memberikan dukungan, nasehat dan motivasi kepada penulis selama menjalani perkuliahan di STIKes Santa Elisabeth Medan.
5. R. Oktaviance, SST., M.Kes, Bernadetha Ambarita, SST., M.Kes selaku dosen penguji Laporan Tugas Akhir yang telah meluangkan waktunya untuk menguji dan mengoreksi serta memberi masukan, kritik dan saran terhadap hasil Laporan Tugas Akhir ini.
6. Seluruh Staff dosen pengajar Program Studi D3 Kebidanan dan pegawai yang telah memberikan ilmu, nasehat, dan bimbingan kepada penulis selama menjalani pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan.
7. Ibu Tambok, Amd.Keb, selaku pembimbing selama di Rumah Sakit Santa Elisabeth Batam yang telah memberikan saya kesempatan untuk dapat melakukan penelitian.
8. Penulis mengucapkan banyak terimakasih kepada keluarga Ny. Misteri yang telah bersedia menjadi pasien penulis dan telah bersedia membantu penulis dalam memberikan informasi sesuai yang dibutuhkan untuk menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
9. Kepada yang terkasih dan tersayang saya ucapkan terimakasih yang terdalam dengan rasa hormat kepada orangtua saya, Ayahanda tercinta Horas Edison

Silalahi, S.Sos dan Ibunda tercinta Irene Gultom, Am.Keb serta buat saudara yang terkasih Abang saya Freddy M.T Silalahi, dan Adik- adik saya Yonatan Silalahi dan Bintang Agryfa Silalahi, yang telah memberikan motivasi, dukungan moril, material, dan doa sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.

10. Kepada sahabat terbaik Bellina Nainggolan yang selalu memberi hiburan dan motivasi yang tulus kepada penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
11. Seluruh teman mahasiswa D3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan angkatan XV yang memberi semangat, motivasi dan membantu penulis dalam berdiskusi serta ikut berpartisipasi dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.

Akhir kata penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada semua pihak, semoga Tuhan Yang Maha Esa membalas segala kebaikan dan bantuan yang telah diberikan kepada penulis dan harapan penulis semoga Laporan Tugas Akhir ini dapat memberi manfaat bagi kita semua.

Medan, Mei 2018
Penulis,

(Putri Afri R.A Silalahi)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
HALAMAN CURICULUM VITAE	iv
HALAMAN PERSEMBAHAN DAN MOTTO	v
HALAMAN PERNYATAAN	vi
INTISARI.....	vii
ABSTRAK.....	viii
KATA PENGANTAR.....	ix
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR TABLE.....	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan	4
1. Tujuan Umum	4
2. Tujuan Khusus	4
C. Manfaat Studi Kasus	5
1. Manfaat Teoritis	5
2. Manfaat Praktis	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
A. Konsep Dasar Persalinan Normal	7
1. Pengertian Persalinan	7
2. Jenis-jenis Persalinan	7
3. Tanda-tanda Persalinan	8
4. Pembagian Kala Dalam Persalinan	9
B. Persalinan dengan Letak Bokong.....	12
1. Pengertian.....	12
2. Jenis Persalinan Letak Bokong ..	13
3. Tanda Letak Sungsang	15
4. Menegakkan Diagnosa Letak Sungsang	15
5. Penilaian Zatuchni-Andros (Z-A)	16
6. Bentuk-bentuk Letak Sungsang	18
7. Mekanisme Persalinan Letak Bokong.....	18
C. Sectio Caesarea	21
1. Pengertian.....	21
2. Tujuan Kelahiran Dengan Sectio Caesarea.....	21
3. Jenis-jenis Sectio Caesarea	22
4. Indikasi dilakukannya Sectio Caesarea.....	22
5. Komplikasi Yang Terjadi Pada Pasca Operasi SC.....	25

6. Prosedur Tindakan Sectio Caesarea	26
D. Pendokumentasian Asuhan Kebidanan	27
1. Manajemen Kebidanan.....	27
2. Metode pendokumentasian Kebidanan	28
BAB III METODE STUDI KASUS	31
A. Jenis Studi kasus	31
B. Lokasi Studi Kasus.....	31
C. Subjek Studi Kasus	31
D. Waktu Studi Kasus.....	31
E. Teknik Pengumpulan Data.....	31
F. Alat-alat dan Bahan yang dibutuhkan	34
BAB IV TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN	36
A. Tinjauan Kasus.....	36
B. Pembahasan.....	56
BAB V SIMPULAN DAN SARAN	65
A. Kesimpulan	65
B. Saran	66

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

	DAFTAR TABEL
2.1 Penilaian Zatuchni Andros	Halaman 17

STIKes Santa Elisabeth
Medan

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
2.1 Tehnik Bracht.....	19
2.2 Tehnik Muller.....	19
2.3 Tehnik Lovset.....	20
2.1 Presentase Kaki	25
2.2 Macam-macam letak sungsang.....	25

DAFTAR LAMPIRAN

1. Surat Permohonan Persetujuan Judul LTA
2. Surat Permohonan Ijin Studi Kasus
3. Data mentah studi kasus
4. Liflet
5. Lembar Konsultasi

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Letak sungsang merupakan keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala di fundus uteri dan bokong berda di bagian bawah kavum uteri. Letak sungsang merupakan letak membujur dengan kepala janin di fundus uteri. (Manuaba,2008). Penyebab terjadinya letak sungsang meliputi panggul sempit, terdapat lilitan tali pusat atau tali pusat pendek, kelainan uterus (uterus arkuatus, uterus septus, uterus dupleks), terdapat tumor di pelvis minor yang mengganggu masuknya kepala janin ke PAP, plasenta previa, kehamilan ganda. (Marmi,2016).

Dalam persalinan terdapat beberapa presentasi diantaranya : presentasi kepala 96,8%, letak sungsang 2,7% letak lintang 0,3%, letak muka 0,05% dan letak dahi 0,01. Letak sungsang terjadi 25% persalinan yang terjadi sebelum umur kehamilan 32 minggu dan 1,3% persalinan sungsang yang terjadi pada kehamilan aterm. Kejadian letak sungsang pada janin aterm kira-kira 3%, jauh lebih tinggi pada permulaan masa kehamilan kira-kira 40% daripada kehamilan sebelum 28 minggu antara 17 sampai 31 minggu. Janin letak sungsang berada pada resiko morbiditas dan mortalitas prenatal yang lebih tinggi tidak hanya akibat partus tetapi juga karena presentasi (Prawirohardjo,2008).

Pada Global Survey WHO tentang Kesehatan Maternal dan Perinatal bahwa pada tahun 2007 di sejumlah Negara di Amerika Latin, insidensi dari presentasi bokong dan malpresentasi lainnya adalah sebesar 11%. Pada tahun

2009-2010 tercatat di Asia insidensi presentasi bokong dan malpresentasi lainnya adalah 5%. Beberapa angka kejadian presentasi bokong yang tercatat di Indonesia seperti di RSUP Prof.Dr. R.D Kandou Manado periode Januari – Desember 2014. Hasil penelitian mendapatkan 152 kasus persalinan letak sungsang yaitu sebesar 2,2% dari total 3347 persalinan. Pada tahun 2007 tercatat frekuensi dari letak sungsang di Rumah Sakit dr. Pirngadi Medan 4,4% (Sari, 2014).

Berdasarkan kategori persalinan sungsang di Rumah Sakit Santa Elisabeth Batam pada 6 bulan terakhir tahun 2017 tercatat ibu yang mengalami persalinan sungsang sebanyak 39 orang dari 329 persalinan.

Mekanisme persalinan letak sungsang mulai dari bokong relative kecil, makin besar pada bahu, dan persalinan kepala paling sulit. Kepala adalah bagian paling besar dan lahir paling terakhir. Waktu persalinan kepala terbatas sekitar 8 menit. Persalinan yang masih mungkin dapat dilakukan hanya dengan pertolongan menurut Bracht yaitu pembukaan lengkap tanpa terdapat disproporsi sefalopelvis, bokong dipegang secara bracht, lakukan hiperlordisis bokong kearah perut ibu, dapat dilakukan dengan dua kali menganjan (Chandranita,2008).

Saat bokong tampak, berikan 5 unit oksitosin IM. Seorang sejawat membantu mendorong fundus uteri secara kristeller agar kepala janin tepat flesi dan mempercepat proses persalinan kepala. Untuk menghindari tekanan tali pusat dapat di longgarkan terlebih dahulu.

Pertolongan letak sungsang pervaginam tidak dapat dilakukan bila letak sungsang digolongakan beresiko tinggi, artinya mortalitas dan morbiditasnya tinggi bila dipaksakan persalinan pervaginam. Resiko tinggi ini meliputi terdapat

kemungkinan panggul sempit, pada primigravida, riwayat obstetric bruk, terdapat perdarahan antepartum, kehamilan ganda, terdapat hipertensi, terdapat bekas operasi seksio sesarea atau operasi di daerah uteus, letak sungsang di serta penyulit langsung (ketuban pecah dini,ketuban pecah sebelum pembukaan lengkap, kehamilan prematuritas) (Chandranita,2008).

Proses persalinan yang salah jelas menimbulkan resiko, seperti pada ibu mengalami perdarahan, trauma persalinan dan infeksi, sedangkan pada bayi terjadi perdarahan, infeksi pasca partus seperti menginitis dan trauma persalinan seperti kerusakan alat vital, trauma elstermitas dan trauma alat vesera seperti lever rupture dan linen rupture (Manuaba,2008). Dampak yang mendatang secara langsung akan mengakibatkan komplikasi pada ibu seperti perdarahan, robekan jalan lahir dan infeksi. Selain itu juga akan mengakibatkan komplikasi pada bayi seperti asfiksia, perdarahan atau edema jaringan lunak, kerusakan medulla oblongata, kerusakan persendian tulang leher,dan bahkan kematian akibat asfiksia berat (Yanti, 2010).

Sesarea bisa dipertimbangkan pada keadaan ibu yang primi tua 33,5%, riwayat persalinan jelek, riwayat kematian perinatal, ada indikasi janin untuk mengakhiri persalinan, kontraksi uterus tidak adekuat, ingin steril, dan bekas seksio sesarea. Berdasarkan masalah yang telah dipaparkan tersebut diatas, penulis tertarik untuk mengambil studi kasus dengan judul “Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Ny. M Usia 28 Tahun G₂P₁A₀ Usia Kehamilan 39 Minggu 3 Hari Dengan Persalinan Letak Bokong Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Batam Tahun 2017”.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Dapat melaksanakan Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin Pada Ny. M Usia 28 Tahun G₂P₁A₀ Usia Kehamilan 39 Minggu 3 Hari Dengan Letak Bokong Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Batam Tahun 2017 dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan varney.

2. Tujuan Khusus

- a. Dapat melakukan pengkajian Ibu Bersalin Ny. M Usia 28 Tahun G₂P₁A₀ Usia Kehamilan 39 Minggu 3 Hari Dengan Letak Bokong Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Batam Tahun 2017.
- b. Dapat menegakkan diagnosa secara tepat pada Ibu Bersalin Ny. M Usia 28 Tahun G₂P₁A₀ Usia Kehamilan 39 Minggu 3 Hari Dengan Letak Bokong Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Batam Tahun 2017.
- c. Dapat mengantisipasi masalah yang mungkin terjadi pada Ibu Bersalin Ny. M Usia 28 Tahun G₂P₁A₀ Usia Kehamilan 39 Minggu 3 Hari Dengan Letak Bokong Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Batam Tahun 2017.
- d. Dapat menentukan tindakan segera jika dibutuhkan Pada Ibu Bersalin Ny. M Usia 28 Tahun G₂P₁A₀ Usia Kehamilan 39 Minggu 3 Hari Dengan Letak Bokong Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Batam Tahun 2017.
- e. Dapat menggunakan perencanaan pada Ibu Bersalin Ny. M Usia 28 Tahun G₂P₁A₀ Usia Kehamilan 39 Minggu 3 Hari Dengan Letak Bokong Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Batam Tahun 2017.

- f. Dapat menggunakan pelaksanaan tindakan Ibu Bersalin Ny. M Usia 28 Tahun G₂P₁A₀ Usia Kehamilan 39 Minggu 3 Hari Dengan Letak Bokong Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Batam Tahun 2017.
- g. Dapat mengevaluasi tindakan yang diberikan pada Ibu Bersalin Ny. M Usia 28 Tahun G₂P₁A₀ Usia Kehamilan 39 Minggu 3 Hari Dengan Letak Bokong Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Batam Tahun 2017.
- h. Mampu mendokumentasikan hamil asuhan kebidanan pada Ibu Bersalin Ny. M Usia 28 Tahun G₂P₁A₀ Usia Kehamilan 39 Minggu 3 Hari Dengan Letak Bokong Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Batam Tahun 2017.

C. Manfaat Studi Kasus

1. Manfaat Teoritis

Dapat digunakan untuk menambah ilmu pengetahuan dan keterampilan secara langsung dalam memberikan asuhan terhadap deteksi dini komplikasi pada Ibu bersalin dengan letak bokong.

2. Manfaat Praktis

a. Institusi Program Studi D3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan

Dapat mengevaluasi sejauh mana mahasiswa menguasai asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan letak bokong dan sebagai bahan bacaan untuk menambah wawasan bagi mahasiswa D3 Kebidanan khususnya yang berkaitan dengan asuhan kebidanan ibu bersalin dengan letak bokong.

b. Institusi Kesehatan (Rumah Sakit Santa Elisabeth Batam)

Sebagai bahan masukan dalam melaksanakan asuhan kebidanan ibu bersalin dengan letak bokong untuk mengikatkan mutu pelayanan di Institusi Kesehatan (Rumah Sakit Santa Elisabeth Batam)

c. Klien

Sebagai bahan informasi klien bahwa di perlukan perhatian dan pemeriksaan kesehatan selama kehamilan untuk mendeteksi adanya komplikasi selama persalinan seperti letak bokong.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Persalinan

1. Pengertian

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai penyulit. Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap (Yanti,2010).

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Puspita Eka,2014). Persalinan merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu). Lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin. Persalinan merupakan proses pergerakan keluarnya janin, plasenta, dan membrane dari dalam rahim melalui jalan lahir. Persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi cukup bulan atau hamper cukup bulan, di susul dengan pengeluaran plasenta selaput janin dari tubuh ibu (Yanti, 2010).

2. Jenis-jenis Persalinan (Sulistyawati & Nugraheny,2010)

Adapun menurut proses berlangsungnya persalinan dibedakan sebagai berikut:

- a. Persalinan spontan/pervaginam, yaitu bila persalinan berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri, melalui jalan lahir ibu tersebut.
- b. Persalinan buatan, yaitu persalinan yang dibantu dengan tenaga dari luar misalnya ekstraksi forceps atau dilakukan dengan operasi Sectio Caesaria.
- c. Persalinan anjuran, yaitu persalinan yang tidak dimulai dengan sendirinya tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban, pemberian pitocin atau prostaglandin.

3. Tanda-Tanda Persalinan (Sulistyawati & Nugraheny,2010)

a. His Persalinan

Timbulnya his persalinan ialah his pembukaan dengan sifat-sifatnya sebagai berikut :

- a) Nyeri melingkar dari punggung memancar ke perut depan.
- b) Makin lama makin pendek intervalnya dan makin kuat intensitasnya.
- c) Kalau dibawa berjalan bertambah kuat.
- d) Mempunyai pengaruh pada pendataran dan pembukaan cervix.

b. Bloody show (lender disertai darah dari jalan lahir)

Dengan pendataran dan pembukaan, lender dari canalis cervicalis keluar disertai dengan sedikit darah. Perdarahan yang sedikit ini di sebabkan karena lepasnya selaput janin pada bagian bawah segmen bawah Rahim sehingga beberapa capillair darah terputus.

c. Premature Rupture of Membrane

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

Ketuban biasanya pecah jika pembukaan lengkap atau hampir lengkap dan dalam hal ini keluarnya cairan merupakan tanda yang sangat lambat. Tetapi kadang-kadang ketuban pecah pada pembukaan kecil, bahkan kadang-kadang selaput janin robek sebelum persalinan. Walaupun demikian persalinan diharapkan akan mulai dalam 24 jam setelah air ketuban keluar.

4. Pembagian Kala Dalam Persalinan (Sulistyawati & Nugraheny,2010)

a. Kala I persalinan

Di mulai ~~sejak~~ terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap (10 cm).

- Fase Laten : dimana dimulai dari pembukaan 1-3 cm.
- Fase Aktif : dimana di mulai dari pembukaan 4-10 cm.

Tanda-tanda kala I:

- His belum begitu kuat, datangnya setiap 10-15 menit dan tidak seberapa mengganggu ibu hingga ia sering masih dapat berjalan.
- Lambat laun his bertambah kuat : interval lebih pendek, kontraksi lebih kuat dan lebih lama.
- Bloody show bertambah banyak.
- Lama kala I untuk primi 12 jam dan untuk multi 8 jam.
- Pedoman untuk mengetahui kemajuan kala I adalah kemajuan pembukaan 1 cm sejam bagi primipara dan 2 cm sejam bagi multipara, walaupun ketuntuan ini sebetulnya kurang tepat seperti akan diuraikan nanti.

b. Kala II Persalinan.

Dimulai dari pembukaan lengkap serviks (10 cm) dilanjutkan dengan upaya mendorong bayi keluar dari jalan lahir dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua persalinan di sebut juga kala pengeluaran bayi.

Tanda-tanda Kala II

- a) His menjadi lebih kuat, kontraksinya selama 50-100 detik, datangnya tiap 2-3 menit.
- b) Ketuban biasanya pecah pada kala ini di tandai dengan keluarnya cairan kekuning-kuningan dan banyak.
- c) Ibu mulai meneran sampai bayi lahir

c. Kala III Persalinan

Dimulai sejak bayi lahir sampai lahirnya plasenta/uri.

Tanda-tanda kala III

- a) Perubahan ukuran dan bentuk uterus
- b) Tali pusat memanjang
- c) Semburan darah tiba-tiba

Manajemen aktif kala III

- a) Pemberian oksitosin 10 menit IM dalam 2 menit setelah bayi lahir
- b) Melakukan PTT (Peregangan Tali Pusat Terkendali)
- c) Masase (pemijatan) fundus uteri segera setelah plasenta lahir.

Peregangan Tali Pusat Terkendali

- a) Pindahkan klem pada tali pusat sekitar 5-10 cm di vulva (supaya lebih dekat dengan vulva)

- b) Letakkan tangan lain pada abdomen ibu tepat diatas tulang simpisis pubis. Gunakan tangan ini untuk meraba kontraksi dan menahan uterus saat melakukan PTT. Setelah terjadi kontraksi yang kuat, tegangkan tali pusat, kemudian tangan di abdomen menekan korpus uterus kearah dorsoklinal (ke belakang dan atas). Lakukan secara hati-hati untuk menghindari inversion uteri.
- c) Bila plasenta belum lepas, tunggu hingga ada kontraksi yang kuat (sekitar 2-3 menit)
- d) Pada saat kontraksi mulai (uterus menjadi bulat/tali pusat memanjang) tegangkan tali pusat searah bawah bersamaan dengan penekanan korpus uteri kearah dorsokranial hingga plasenta terlepas dari implantasinya.
- e) Jika plasenta tidak turun setelah 30-40 detik PTT dan tidak ada tanda-tanda lepasnya plasenta, dengan teruskan PTT. Ulangi langkah-langkah tersebut saat kontraksi berikutnya hingga terasa plasenta terlepas dari dinding uterus.
- f) Setelah plasenta terlepas, anjurkan ibu untuk meneran sehingga plasenta akan terdorong ke introitus vagina. Tetap tegangkan tali pusat kearah bawah mengikuti jalan lahir.
- g) Pada saat plasenta terlihat pada introitus vagina, teruskan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Pegang plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Pegang plasenta dengan hati-hati (karena selaput ketuban mudah robek), putar plasenta hingga selaput terpilin.

- h) Lakukan penarikan secara lembut dan perlahan untuk mengeluarkan ketuban
 - i) Jika terjadi robekan pada selaput ketuban, dengan hati-hati periksa vagina dan serviks dengan seksama. Gunakan jari tangan/klem/cumin DTT untuk mengeluarkan sisa selaput ketuba tersebut.
- d. Kala IV persalinan

Dimulai dari lahirnya plasenta sampai 2 jam postpartum.kala IV ialah kala yang membutuhkan perhatian yang sangat ketat selama 2 jam post partum.

B. Persalinan Dengan Letak Bokong

1. Pengertian

Persalinan sungsang adalah persalinan untuk melahirkan janin yang membujur dalam uterus dengan bokong atau kaki pada bagian bawah dimana bokong atau kaki akan dilahirkan terlebih dahulu daripada anggota badan lainnya.(ECG,2008). Letak sungsang merupakan suatu letak dimana bokong bayi merupakan bagian rendah dengan atau tanpa kaki (keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala di fundus uteri dan bokong berada di bagian bawah kavum uteri. (Lilis,2013)

Patofisiologi Letak janin dalam uterus bergantung pada proses adaptasi janin terhadap ruangan dalam uterus. Pada kehamilan sampai kurang lebih 32 minggu, jumlah air ketuban relatif lebih banyak, sehingga memungkinkan janin bergerak dengan leluasa. Dengan demikian janin dapat menempatkan diri dalam presentasi kepala, letak sungsang atau letak lintang.

Pada kehamilan triwulan terakhir janin tumbuh dengan cepat dan jumlah air ketuban relatif berkurang. Karena bokong dengan kedua tungkai terlipat lebih besar daripada kepala, maka bokong dipaksa untuk menempati ruang yang lebih luas di fundus uteri, sedangkan kepala berada diruangan yang lebih kecil di segmen bawah uterus. Dengan demikian dapat dimengerti mengapa pada kehamilan belum cukup bulan, frekuensi letak sungsang lebih tinggi, sedangkan pada kehamilan cukup bulan, janin sebagian besar ditemukan dalam presentasi kepala sayangnya, beberapa fetus tidak seperti itu. Sebagian dari mereka berada dalam posisi sungsang.

2. Jenis Persalinan Letak Bokong (Ben-zion,2012)

Pada persalinan letak bokong terdapat 2 jenis, yaitu :

1. Persalinan pervaginam, ada 3 macam persalinan bokong per vaginam, yaitu :
 - a) Bokong lahir spontan : seluruh bayi di keluarkan oleh kekuatan persalinan alamiah (kontraksi uterus dibantu usaha mendorong ke bawah secara volunteer) tanpa traksi atau manipulasi apapun kecuali untuk menyongkong bayi.
 - b) Ekstraksi Bokong total : seluruh tubuh bayi diekstraksi. Persalinan pervaginam yang berhasil biasanya dapat diantisipasi bila bayi dalam presentasi bokong kaki, bokong telah cakap, berat anak diperkirakan antara 2500-3500 gram, pelviks diketahui luas (baik dengan pelvimetri sinar x ataupun kelahiran bayi aterm sebelumnya), kehamilan tappa komplikasi, dan persalinan maju secara spontan dan normal.

- c) Ekstrasi bokong parsial : bayi dilahirkan secara spontan sampai tali pusat, sisa tubuh diekstraksi oleh ahli obstetric atau penolong.
- 2. Sectio Ceasarea : untuk presentasi bayi seperti presentasi bokong, section ceasaria merupakan metode persalinan yang paling aman untuk ibu yang mempunyai resiko morbiditas atau mortalitas yang sedikit lebih tinggi dari persalinan pervaginam. Meskipun demikian, bila keuntungan dan resiko seimbang, persalinan SC semakin sering dianjurkan, terutama pada salah satu keadaan-keadaan berikut :
 - a) Berat janin lebih dari 3500 gram
 - b) Presentasi bokong
 - c) Ekstensi kepala yang berlebihan
 - d) Bokong tidak cakap
 - e) Prolapse tali pusat
 - f) Gawat janin
 - g) Disfungsi uterus
 - h) Miomauteri
 - i) Sesukaran persalinan sebelumnya
 - j) Ketuban pecah dini bila persalinan tidak terjadi secara spontan dalam 12 jam
 - k) Bayi premature yang terpapar terhadap resiko trauma lahir yang lebih besar selama persalinan pervaginam

3. Tanda letak sungsang (Ben-zion,2012)

Sebelum menolong persalinan perlu diketahui tanda dan gejala letak bokong, yaitu :

- a. Ibu mempunyai keinginan untuk meneran
- b. Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rectum dan vaginanya
- c. Perineum menonjol
- d. Vulva, vagina dan spinger ter ani membuka
- e. Tampak bokong maju mundur di vulva

4. Menegakkan diagnosa letak sungsang (Ben-zion,2012)

Untuk menegakkan diagnosa letak sungsang dapat dilakukan pemeriksaan Penunjang Letak Sungsang seperti :

- a. Pemeriksaan abdominal
- b. Letaknya adalah memanjang.
- c. Di atas panggul terasa massa lunak mengalir dan tidak terasa seperti kepala.
- d. Punggung ada di sebelah kanan dekat dengan garis tengah bagian-bagian kecil ada di sebelah kiri, jauh dari garis tengah dan di belakang. Kepala berada di fundus uteri. Mungkin kepala cukup diraba bila kepala ada di bawah tupar/iga-iga. Kepala lebih keras dan lebih bulat dari paha bokong dan kadang-kadang dapat dipantulkan (Balhoffable) dari pada bokong uteri teraba terasa massa yang dapat dipantulkan harus dicurigai presentasi bokong.
- e. Tonjolan kepala tidak ada bokong tidak dapat dipantulkan.
- f. Denyut jantung janin. Denyut jantung janin terdengar paling keras pada atau di atas umbilicus dan pada sisi yang sama pada punggung. Pada RSA (Right

Sacrum Anterior) denyut jantung janin terdengar paling keras di kuadrat kanan atas perut ibu kadang-kadang denyut jantung janin terdengar di bawah umbilicus.

Cara lain dapat dilakukan dengan pemeriksaan vaginal

- a. Tidak teraba kepala yang keras, rata dan teratur dengan garis-garis sutura dan fantenella. Hasil pemeriksaan negatif ini menunjukkan adanya mal presentasi.
- b. Bagian terendahnya teraba lunak dan ireguler. Anus dan tuber ichiadicum terletak pada satu garis. Bokong dapat dikelirukan dengan muka.
- c. Kadang-kadang pada presentasi bokong murni sacrum tertarik ke bawah dan teraba oleh jari-jari pemeriksa. Ia dapat dikelirukan dengan kepala oleh karena tulang yang keras.
- d. Sakrum ada di kuadran kanan depan panggul dan diameter gitotchanterika ada pada diameter obliqua kanan.
- e. Pemeriksaan USG menunjukkan dengan tepat sikap dan posisi janin, demikian pula kelainan-kelainan seperti hydrocephalus.

5. Penilaian Zatuchni-Andros (Z-A) (Lisanawati,2013)

Persalinan letak sungsang dengan seksio sesarea sudah tentu merupakan cara yang terbaik ditinjau dari janin. Banyak ahli melapor bahwa persalinan letak sungsang pervaginam, memberi trauma yang sangat berarti bagi janin, yang gejala-gejalanya tampak baik pada waktu persalinan maupun baru di kemudian hari. Namun hal ini tidak berarti bahwa semua letak sungsang dapat melahirkan pervaginam atau harus perabdominam. Beberapa kriteia yang dapat dipakai pegangan bahwa letak sungsang harus dilahirkan per abdominam, misalnya:

- a. primigravida tua.
- b. Nilai social janin tinggi
- c. Riwayat persalinan yang buruk
- d. Janin besar, lebih dari 3500 gram- 4000gram
- e. Di curigai adanya kesempitan panggul
- f. Prematuritas.

Zatuchni dan Andros telah membuat suatu indeks prognosis untuk menilai lebih tepat apakah persalinan dapat dilahirkan secara pervaginam atau pre-abdominam, sebagai berikut:

Tabel 2.1 Penilaian Zatuchni Andros Z-A

Skor	1	2	3
Paritas	Primigravida	Multigravida	-
Masa gestasi	≥ 39 minggu	38 minggu	≤ 37 minggu
Taksiran berat janin	≥ 3130 gram	3629-3175 gram	≤ 3175 gram
Riwayat presentasi bokong	-	1x	2x
Station	-3	-2	-1 atau lebih rendah
Pembukaan	< 2 cm	3cm	> 4 cm
Penurunan bokong	-3/> tinggi	-2	-1/>rendah

Sumber : Lisnawati,2013

Arti nilai :

≤ 3 : persalinan per abdominam.

4 : evaluasi kembali secara cermat, khususnya berat badan janin bila nilai tetap dapat dilahirkan secara pervaginam.

> 5 : di lahirkan pervaginam

6. Bentuk-bentuk Letak Sungsang (Ben-zion,2012)

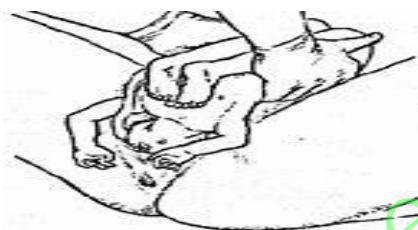
Berdasarkan komposisi dari bokong dan kaki dapat ditentukan bentuk letak sungsang sebagai berikut :

- a) Letak Bokong Murni, misalnya, Teraba bokong, kedua kaki menjungkit ke atas sampai kepala bayi, kedua kaki bertindak sebagai spalk.
- b) Letak Bokong Kaki Sempurna akan teraba bokong atau kedua kaki berada di samping bokong.
- c) Letak Bokong Tak Sempurna; Teraba bokong atau disamping bokong teraba satu kaki.
- d) Letak Kaki, bila bagian terendah teraba salah satu dan atau kedua kaki atau lutut atau dapat dibedakan letak kaki bila kaki terendah ; letak bila lutut terendah.

7. Mekanisme Persalinan Letak Bokong (Ben-zion,2012)

Tehnik-tehnik melahirkan bayi, sebagai berikut :

- a. Cara Bracht, yaitu segera setelah bokong lahir, bokong dicekam secara bracht (kedua ibu jari penolong sejajar dengan panjang paha, jari-jari yang lain memegang daerah panggul). Longgarkan tali pusat setelah lahirnya perut dan sebagian dada. Lakukan hiperlordosis janin pada saat anguluc skapula inferior tampak di bawah simfisis (dengan mengikuti gerak rotasi anterior yaitu punggung janin didekatkan ke arah perut ibu tanpa tarikan) disesuaikan dengan lahirnya badan bayi.



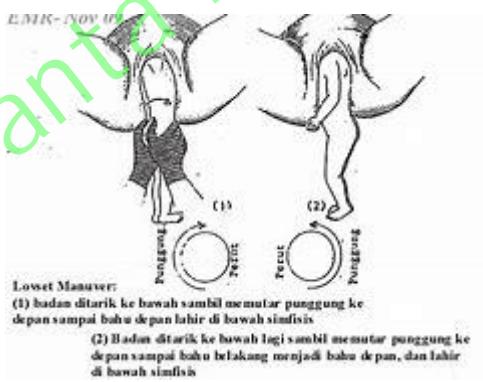
2.1 Tehnik Bracht

- b. Cara Klasik, yaitu pengeluaran bahu dan tangan secara klasik dilakukan jika dengan Bracht, jika bahu dan tangan tidak bisa lahir maka masukkan dua jari tangan kanan atau kiri (sesuai letak bahu belakang) sejajar dengan lengan bayi, untuk melahirkan lengan belakang bayi. Setelah bahu dan lengan belakang lahir kedua kaki ditarik ke arah bawah kontra lateral dari langkah sebelumnya untuk melahirkan bahu dan lengan bayi depan dengan cara yang sama.
- c. Cara Muller pengeluaran bahu dan tangan secara Muller dilakukan jika dengan cara Bracht, jika bahu dan tangan tidak bisa lahir maka lahirkan bahu depan terlebih dahulu dengan menarik kedua kaki dengan cara yang sama seperti klasik, ke arah belakang kontra lateral dari letak bahu depan. Setelah bahu dan lengan depan lahir dilanjutkan langkah yang sama untuk melahirkan bahu dan lengan belakang.



2.2 teknik muller

d. Cara Lovset (Dilakukan bila ada lengan bayi yang terjungkit di belakang kepala / nuchal arm). Setelah bokong dan kaki bayi lahir memegang bayi dengan kedua tangan. Memutar bayi 180° dengan lengan bayi secara femuro pelviks. Memutar kembali 180° ke arah yang berlawanan ke kiri atau ke kanan beberapa kali hingga kedua bahu dan lengan dilahirkan secara Klasik atau Muller.



2.3 teknik lovset

Manajemen Kala III

1. Lahirkan plasenta secara spontan atau manual apabila ada indikasi.
2. Luka episiotomi atau robekan perenium dijahit.
3. Beri Uterustonika atau medikamentosa yang diperlukan.

Pemantauan kala IV

1. Lakukan pemeriksaan dan pengawasan nifas.
2. Dokumentasi.
3. Cuci tangan pasca tindakan.
4. Periksa kembali tanda vital pasien, segera buat intruksi bila diperlukan.
5. Catat kondisi pasien dan buat laporan tindakan dalam kolom yang tersedia.

6. Beri tahu pada pasien pasien dan keluarganya bahwa tindakan telah selesai dilakukan dan masih memerlukan perawatan.
7. Jelaskan pada petugas tentang perawatan, jadwal pengobatan dan pemantauan sejak gejala-gejala yang harus diwaspadai.

C. Operasi Sectio Ceasear

1. Pengertian

Sectio caesarea adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan sayatan rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram (Sarwono,2010). Sectio caesarea di definisikan sebagai lahirnya janin melalui insisi pada dinding abdomen (laparotomi) dan dinding uterus (histerektomi). Defenisi ini tak mencakup pengeluaran janin dari rongga abdomen pada kasus rupture uteri atau pada kasus kehamilan abdomen (Imam,2009). Sectio caesarea atau bedah besar adalah sebuah bentuk melahirkan anak dengan melakukan sebuah irisan pembedahan yang menembus abdomen seorang ibu (laparotomi) dan uterus (hiskotomi) untuk mengeluarkan satu bayi atau lebih (Imam,2009).

2. Tujuan Kelahiran Dengan Seksio Sesarea

Beberapa tujuan kelahiran dengan seksio sesarea diantaranya diuraikan di bawah ini :

1. Menurut Imam (2009) menyatakan bahwa tujuan dari kelahiran seksio sesarea adalah memelihara kehidupan atau kesehatan ibu dan janinnya. Selain itu tindakan seksio sesarea dilaksanakan dalam keadaan dimana penundaan kelahiran akan memperburuk keadaan janin, ibu atau keduanya, sedangkan kelahiran pervaginam tidak mungkin dilakukan dengan aman.

2. Sedangkan menurut Iswandi (2011) menyebutkan bahwa operasi seksio sesarea dapat dilakukan secara terencana maupun segera, dimana pada operasi seksio terencana (elektif) operasi telah di rencanakan jauh-jauh hari sebelum jadwal melahirkan dengan mempertimbangkan keselamatan ibu maupun janin.

3. Jenis-jenis Sectio Caesarea

Ada dua jenis sayatan operasi yang dikenal yaitu :

a. Sayatan melintang

Sayatan pembedahan dilakukan dibagian bawah rahim (SBR). Sayatan melintang dimulai dari ujung atau pinggir selangkangan (simphysis) di atas batas rambut kemaluan sepanjang sekitar 10-14 cm. Keuntungannya adalah parut pada rahim kuat sehingga cukup kecil resiko menderita rupture uteri (robek rahim) di kemudian hari. Hal ini karna pada masa nifas, segmen bawah rahim tidak banyak mengalami kontraksi sehingga luka operasi dapat sembuh lebih sempurna (Imam,2009).

b. Sayatan memanjang (bedah caesar klasik)

Meliputi sebuah pengirisan memanjang dibagian tengah yang memberikan suatu ruang yang lebih besar untuk mengeluarkan bayi. Namun, jenis ini kini jarang dilakukan karena jenis ini labil, rentan terhadap komplikasi (Cecep,Solehati,2017).

4. Indikasi dilakukannya Sectio Caesarea (Imam,2009)

Para ahli kandungan atau para penyaji perawatan yang lain menganjurkan sectio caesarea apabila kelahiran melalui vagina mungkin membawa resiko pada ibu dan janin. Indikasi untuk seksio caesarea antara lain meliputi.

Indikasi Medis

Ada 3 faktor penentu dalam proses persalinan yaitu :

a. Power

Yang memungkinkan dilakukan operasi caesar, misalnya daya mengejan lemah, ibu berpenyakit jantung atau penyakit menahun lain yang mempengaruhi tenaga.

b. Passanger

Diantaranya, anak terlalu besar, anak dengan kelainan letak lintang, primi gravida diatas 35 tahun dengan letak sungsang, anak tertekan terlalu lama pada pintu atas panggul, dan anak menderita fetal distress syndrome (denyut jantung janin kacau dan melemah).

c. Passage

Kelainan ini merupakan panggul sempit, trauma persalinan serius pada jalan lahir atau pada anak, adanya infeksi pada jalan lahir yang diduga bisa menular ke anak, umpamanya herpes kelamin (herpes genitalis), condyloma lota (kondiloma sifilitik yang lebar dan pipih), condyloma acuminata (penyakit infeksi yang menimbulkan massa mirip kembang kol di kulit luar kelamin wanita), hepatitis B dan hepatitis C.

Indikasi Ibu

a. Usia

Ibu yang melahirkan untuk pertama kali pada usia sekitar 35 tahun, memiliki resiko melahirkan dengan operasi. Apalagi pada wanita dengan usia 40 tahun ke atas. Pada usia ini, biasanya seseorang memiliki penyakit

yang beresiko, misalnya tekanan darah tinggi, penyakit jantung, kencing manis, dan preeklampsia. Eklampsia (keracunan kehamilan) dapat menyebabkan ibu kejang sehingga dokter memutuskan persalinan dengan sectio caesarea.

b. Tulang Panggul

Cephalopelvic disproportion (CPD) adalah ukuran lingkar panggul ibu tidak sesuai dengan ukuran lingkar kepala janin yang dapat menyebabkan ibu tidak melahirkan secara alami. Tulang panggul sangat menentukan mulus tidaknya proses persalinan.

c. Persalinan Sebelumnya dengan sectio caesarea

Sebenarnya, persalinan melalui bedah caesar tidak mempengaruhi persalinan selanjutnya harus berlangsung secara operasi atau tidak. Apabila memang ada indikasi yang mengharuskan dilakukannya tindakan pembedahan, seperti bayi terlalu besar, panggul terlalu sempit, atau jalan lahir yang tidak mau membuka, operasi bisa saja dilakukan.

d. Faktor Hambatan Jalan Lahir

Adanya gangguan pada jalan lahir, misalnya jalan lahir yang kaku sehingga tidak memungkinkan adanya pembukaan, adanya tumor dan kelainan bawaan pada jalan lahir, tali pusat pendek, dan ibu sulit bernafas.

e. Kelainan Kontraksi Rahim

Jika kontraksi rahim lemah dan tidak terkoordinasi (inkordinate uterine action) atau tidak elastisnya leher rahim sehingga tidak dapat melebar pada proses persalinan, menyebabkan kepala bayi tidak terdorong, tidak dapat melewati jalan lahir dengan lancar.

Indikasi Janin

- a. Ancaman Gawat Janin (fetal distress)

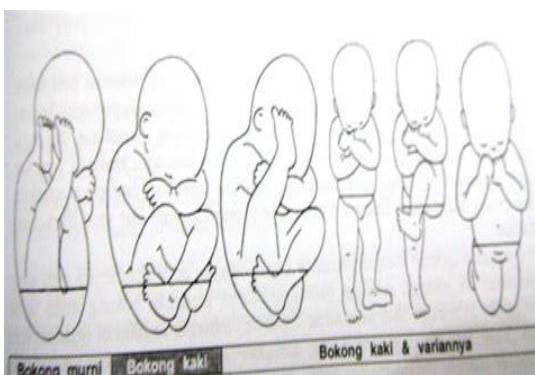
Detak jantung janin melambat, normalnya detak jantung janin berkisar 120-160. Namun dengan CTG (cardiotography) detak jantung janin melemah, lakukan segera sectio caesarea segera untuk menyelempatkan janin

- b. Bayi Besar (makrosomia)
- c. Letak Sungsang

Letak yang demikian dapat menyebabkan poros janin tidak sesuai dengan arah jalan lahir. Pada keadaan ini, letak kepala pada posisi yang satu dan bokong pada posisi yang lain.



2.1 presentasi bokong kaki



2.2 Macam-macam letak sungsang

- d. Faktor Plasenta

- e. Kelainan Tali Pusat

5. Komplikasi Yang Terjadi Pada Pasca Operasi Seksio Sesarea (Imam,2009)

Komplikasi yang terjadi pada persalinan seksio sesarea, antara lain:

- a. Komplikasi utama persalinan seksio sesarea adalah kerusakan organ-organ seperti visika urinaria dan uterus saat dilakukan operasi dan komplikasi yang berhubungan dengan anastesi, perdarahan, infeksi dan tromboemboli. Kematian ibu lebih besar pada persalinan seksio sesarea di bandingkan persalinan pervaginam.
- b. Resiko komplikasi akibat tindakan operasi sesarea adalah vena thrombosis, karena berbagai faktor seperti thrombophilia membuat kategori pasien pasca operasi seksio sesarea menjadi 2 yaitu resiko rendah sampai resiko tinggi.
- c. Komplikasi pasca operasi seksio sesarea pada insisi segmen bawah Rahim dapat terjadi : berkurangnya vaskuler bagian atas uterus sehingga beresiko mengalami rupture membrane dan masalah infeksi karena masuknya mikroorganisme selama operasi.

6. Prosedur Tindakan Sectio Caesarea (Imam,2009)

Adapun prosedur tindakan sectio Caesarea adalah sebagai berikut:

- a. Izin Keluarga

Pihak rumah sakit memberikan surat yang harus ditanda tangani oleh keluarga yang isinya izin pelaksanaan operasi.

- b. Pembiusan

Pembiusan dilkakukan dengan bius epidural atau spinal. Dengan cara ini ibu akan tetap sadar tetapi ibu tidak dapat melihat proses operasi karena terhalang tirai.

- c. Disterilkan

Bagian perut yang akan dibedah, disterilkan sehingga diharapkan tidak ada bakteri yang masuk selama operasi.

d. Pemasangan Alat

Alat-alat pendukung seperti infus dan kateter dipasangkan. macam peralatan yang dipasang disesuaikan dengan kondisi ibu.

e. Pembedahan

Setelah semua siap, dokter akan melakukan sayatan demi sayatan sampai mencapai rahim dan kemudian selaput ketuban dipecahkan.

Selanjutnya dokter akan mengangkat bayi berdasarkan letaknya.

f. Mengambil Plasenta

Setelah bayi lahir, selanjutnya dokter akan mengambil plasenta.

g. Menjahit

Langkah terakhir adalah menjahit luka insisi/operasi selapis demi selapis sehingga tetutup semua.

D. Pendokumentasian Asuhan Kebidanan

1. Manajemen Kebidanan

Manajemen kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis, mulai dari pengkajian, analisa data, diagnosa kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (Heny,2008).

Proses manajemen terdiri dari 7 (tujuh) langkah berurutan dimana setiap langkah disempurnakan secara periodic. Proses dimulai dengan pengumpulan data dasar dan berakhir dengan evaluasi. Ketujuh langkah tersebut membentuk

suatu kerangka lengkap yang diaplikasikan dalam situasi apapun. Akan tetapi setiap langkah dapat diuraikan lagi menjadi langkah – langkah yang lebih rinci dan bisa berubah sesuai dengan kondisi klien

2. Metode Pendokumentasian Kebidanan (Heny,2008)

Ketujuh langkah manajemen kebidanan menurut Varney adalah sebagai berikut:

Langkah I: Identifikasi Data Dasar

Pada langkah pertama ini dilakukan pengkajian yang mengumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

Untuk memperoleh data dilakukan dengan cara :

- a. Anamnesa
- b. Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda - tanda vital
- c. Pemeriksaan penunjang (Laboratorium)

Langkah II: Identifikasi Diagnosa Atau Masalah Aktual

Ada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar, terhadap diagnosa atau masalah kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan di interpretasikan, sehingga dapat merumuskan Diagnosis dan masalah yang spesifik.

Langkah III: Antisipasi Diagnosa / Masalah Potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial dan mengantisipasi penanganannya. Pada langkah ini kita mengidentifikasi

masalah potensial atau diagnosis potensial yang berdasarkan rangkaian masalah dan diagnose yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien, bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosa/masalah potensial ini benar – benar terjadi . Langkah ini sangat penting didalam melakukan asuhan yang aman.

Langkah IV: Tindakan Segera dan Kolaborasi

Pada langkah ini mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Bidan menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera, melakukan konsultasi, dan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi klien, pada langkah ini bidan juga harus merumuskan tindakan emergency untuk menyelamatkan ibu dan bayi, yang mampu dilakukan secara mandiri mandiri dan bersifat rujukan.

Langkah V: Rencana Tindakan Asuhan

Kebidanan Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh yang menyeluruh ditentukan oleh langkah – langkah sebelumnya dan merupakan lanjutan manajemen terhadap diagnosa atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Rencana tindakan komprehensif bukan hanya meliputi kondisi klien serta hubungannya dengan masalah yang dialami oleh klien, tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap klien, serta panyuluhan, konseling dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah – masalah yang berkaitan dengan sosial-ekonomi, agama, cultural ataupun masalah piskologis. Setiap rencana asuhan harus disertai oleh klien dan bidan agar dapat dilaksanakan dengan efektif.

Sebab itu harus berdasarkan rasional yang relevan dan kebenarannya serta situasi dan kondisi tindakan harus secara teoritas.

Langkah VI: Implementasi Tindakan

Asuhan Kebidanan melaksanakan rencana tindakan serta efisiensi dan menjamin rasa aman klien. Implementasi dapat dikerjakan keseluruhan oleh bidan ataupun bekerja sama dengan kesehatan lain. Bidan harus melakukan implementasi yang efisien dan akan mengurangi waktu perawatan serta akan meningkatkan kualitas pelayanan kebidanan klien.

Langkah VII: Evaluasi

Tindakan Asuhan Kebidanan mengetahui sejauh mana tingkat keberhasilan asuhan yang diberikan kepada klien. Pada tahap evaluasi ini bidan harus melakukan pengamatan dan observasi terhadap masalah yang dihadapi klien, apakah masalah diatasi seluruhnya, sebagian telah dipecahkan atau mungkin timbul masalah baru. Pada prinsipnya tahapan evaluasi adalah pengkajian kembali terhadap klien untuk menjawab pertanyaan seberapa jauh tercapainya rencana yang dilakukan.

BAB III

METODE STUDI KASUS

A. Jenis Studi Kasus

Jenis studi kasus yang digunakan yaitu dengan metode deskriptif yakni melihat gambaran kejadian tentang asuhan kebidanan yang dilakukan di lokasi tempat pemberian asuhan kebidanan. Studi kasus ini dilakukan pada Ny. M G₂P₁A₀ usia kehamilan 39 minggu 3 hari persalinan dengan letak bokong di Rumah Sakit Santa Elisabeth Batam tahun 2017.

B. Lokasi Studi Kasus

Studi kasus ini di lakukan di Rumah Sakit Santa Elisabeth Lubuk Baja Batam, Kepulauan Riau.

C. Subjek Studi Kasus

Subjek Studi Kasus ini penulis mengambil subjek yaitu Ny.M G₂P₁A₀ usia kehamilan 39 minggu 3 hari persalinan dengan letak bokong di Rumah Sakit Santa Elisabeth Batam tahun 2017.

D. Waktu Studi Kasus

Waktu studi kasus adalah waktu yang digunakan penulis untuk pelaksanaan laporan kasus. Pelaksanaan asuhan kebidanan ini dilakukan pada tanggal 15-12-2017

E. Tehnik Pengumpulan Data

Dalam penyusunan studi kasus ini yang digunakan sebagai metode untuk pengumpulan data antara lain:

1. Data Primer

a. Pemeriksaan Fisik

Menurut Handoko (2008), pemeriksaan fisik digunakan untuk mengetahui keadaan fisik pasien secara sistematis dengan cara:

1) Inspeksi

Inspeksi adalah pemeriksaan yang dilakukan dengan cara melihat bagian tubuh yang diperiksa melalui pengamatan. Fokus inspeksi pada bagian tubuh meliputi ukuran tubuh, warna, bentuk, posisi, simetris.. Inspeksi pada kasus ini dilakukan secara berurutan mulai dari kepala sampai ke kaki, pada pemeriksaan fisik tampak turgor kulit kering, mata cekung dan lidah kering.

2) Palpasi

Palpasi adalah suatu teknik yang menggunakan indra peraba tangan dan jari dalam hal ini palpasi dilakukan untuk memeriksa keadaan fundus uteri dan kontraksi uterus . Pada kasus ini pemeriksaan palpasi meliputi nadi, perut (Handoko,2008)

3) Perkusi

Perkusi adalah suatu pemeriksaan dengan jalan mengetuk bagian tubuh tertentu untuk membandingkan dengan bagian tubuh kiri kanan dengan tujuan menghasilkan suara, perkusi bertujuan untuk mengidentifikasi lokasi, ukuran dan konsistensi jaringan. Pada kasus Persalinan Dengan Letak Bokong dilakukan pemeriksaan reflek patela kanan-kiri (Handoko, 2008).

4) Auskultasi

Auskultasi adalah pemeriksaan dengan cara mendengarkan suara yang dihasilkan oleh tubuh dengan menggunakan stetoskop, stetoskop monoral/doppler. Pada kasus Persalinan Dengan Letak Bokong ini dilakukan pemeriksaan auskultasi meliputi pemeriksaan tekanan darah (TD) dan Denyut Jantung Janin (DJJ).

b. Wawancara

Wawancara adalah suatu metode yang digunakan untuk mengumpulkan data dimana penulis mendapatkan keterangan atau pendirian secara lisan dari seseorang sasaran penulis (Responden) atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan orang tersebut. Wawancara dilakukan oleh tenaga medis dengan ibu hamil Ny. M G₂P₁A₀ usia kehamilan 39 minggu 3 hari persalinan dengan Letak Bokong.

a. Observasi

Observasi adalah teknik pengumpulan data dengan cara mengamati subjek dan melakukan berbagai macam pemeriksaan yang berhubungan dengan kasus yang akan diambil. Observasi dapat berupa pemeriksaan umum, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Observasi pada kasus persalinan dengan letak bokong dilakukan untuk memantau Vital sign dan keadaan umum ibu serta DJJ.

2. Data Sekunder

Yaitu data penunjang untuk mengidentifikasi masalah dan untuk melakukan tindakan. Data sekunder ini dapat diperoleh dengan mempelajari kasus atau

dokumentasi pasien serta catatan asuhan kebidanan dan studi perpustakaan.

Data sekunder diperoleh dari:

a. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi adalah sumber informasi yang berhubungan dengan dokumen, baik dokumen-dokumen resmi atau pun tidak resmi. Diantaranya biografi dan catatan harian. Pada kasus persalinan dengan letak bokong diambil dari catatan status pasien di RS Elisabeth Batam.

b. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan adalah bahan-bahan pustaka yang sangat penting dan menunjang latar belakang teoritis dari studi penelitian. Pada kasus ini mengambil studi kepustakaan dari buku, laporan penelitian, majalah ilmiah, jurnal dan sumber terbaru terbitan tahun 2008– 2017.

F. Alat-Alat dan Bahan yang dibutuhkan

Alat dan bahan yang dibutuhkan dalam teknik pengumpulan data antara lain:

1) Wawancara

Alat dan bahan untuk wawancara meliputi:

- a. Format pengkajian ibu hamil
- b. Buku tulis
- c. Bolpoin + Penggaris

2) Observasi

Alat dan bahan untuk observasi meliputi :

- a. Tensimeter

- b. Stetoskop
- c. Doppler
- d. Thermometer
- e. Timbangan berat badan
- f. Alat pengukur tinggi badan
- g. Pita pengukur TFU
- h. Pita pengukur lingkar lengan atas
- i. Jam tangan dengan penunjuk detik
- j. Metline
- k. Bengkok
- l. Bak instrumen
- m. Jangka panggul
- n. Kapas kering + kapas alcohol + kapas cebok
- o. Set infuse dan cairan infuse RL
- p. Sputit 3 cc
- q. kateter

3) Dokumentasi

Alat dan bahan untuk dokumentasi meliputi:

- a. Status atau catatan pasien
- b. Alat tulis
- c. Rekam medis.

BAB IV

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

**ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN PADA Ny. M USIA 28 TAHUN
G₂P₁A₀ USIA KEHAMILAN 39 MINGGU 3 HARI DENGAN LETAK
BOKONG DI RUMAH SAKIT SANTA ELISABETH BATAM
TAHUN 2017**

Tanggal Masuk : 15-12-2017

Tanggal Pengkajian : 15-12-2017

Jam Masuk : 08.00 Wib

Jam Pengkajian : 08.30 Wib

Tempat : RSE Batam

Pengkajian : Putri Afri

I. PENGUMPULAN DATA

A. DATA SUBJEKTIF

>Nama :Ny. M

Nama Suami : Tn. R

Umur : 28 Tahun

Umur : 31 Tahun

Agama : Katolik

Agama : Katolik

Suku/Bangsa : Batak /Indonesia

Suku /Bangsa : Batak/Indonesia

Pendidikan : D3

Pendidikan : S1

Perkerjaan : Karyawan Swasta

Perkerjaan : PNS

Alamat : Jln. Raden Patah

Alamat : Jln. Raya

B. Anamnesa (Data Subjektif)

1. Alasan masuk : Pasien datang dengan surat pengantar dokter ingin melahirkan secara SC atas indikasi letak bokong
 2. Keluhan utama : - Ibu mengatakan sering buang air kecil.
 - Ibu mengatakan merasa sesak dan merasa penuh di bagian atas

- Ibu mengatakan keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir sejak pukul 05.00 WIB.

3. Riwayat Menstruasi :

Menarche : 14 tahun

Siklus : 28 hari, teratur

Lama : 5 hari

Banyaknya : 3 kali ganti doek

Keluhan : tidak ada

4. Tanda – tanda bersalin :

Kontraksi sejak tanggal : 14-12-2017

Frekuensi : 4x dalam 10 menit

Lamanya : 35 detik dalam 10 menit

Lokasi ketidak nyamanan : Dari pinggang ke punggung

5. Pengeluaran pervaginam

- Darah Lendir Ada /Tidak, Jumlah :20 cc Warna :khas

- Air Ketuban Ada/Tidak, Jumlah :- Warna :-

- Darah Ada/Tidak, jumlah :- Warna :-

6. Riwayat kehamilan /persalinan yang lalu

Anak Ke	TGL Lahir/ umur	UK	Peno long	komplikasi		Bayi		Nifas	
				Ibu	Bayi	PB/BB/ JK	Keadaan	Keadaan	laktasi
1.	24-4-14	38	Dokter S A	- L	- I	3200gr,lk A N	baik I	Baik N	ya I
2.	P E	R							

7. Riwayat kehamilan sekarang

- G₂P₁A₀

- HPHT : 15-03-2017
- TTP : 22-12-2017
- UK : 39 minggu 3 hari
- Gerakkan janin : 10-12 x/hari, gerakkan janin pertama kali bulan 8
- ANC : Imunnisasi TT :TT 1 : - TT 2 : -
- Kecemasan : ada
- Tanda –tanda bahaya : tidak ada
- Tanda –tanda persalinan : ada

8. Riwayat Penyakit Yang Pernah Di Derita

- Jantung :tidak ada
- Hipertensi :tidak ada
- Malaria :tidak ada
- Ginjal :tidak ada
- Jantung :tidak ada
- Hipertensi :tidak ada
- Malaria :tidak ada
- Ginjal :tidak ada
- Asma :tidak ada
- Hepatitis :tidak ada
- Riwayat SC :tidak ada

9. Riwayat Penyakit Keluarga

10. Riwayat KB

11. Riwayat psikososial

- Status perkawianan : sah, kawin :1 kali
- Lama nikah 4 tahun, menikah pertama pada umur 26 tahun.
- Kehamilan ini direncanakan
- Perasaan ibu dan keluarga terhadap kehamilan : senang
- Pengambilan keputusan dalam keluarga : bersama
- Tempat dan petugas yang diinginkan untuk membantu bersalin : RS/Dokter
- Tempat rujukan jika ada komplikasi : RS
- Kepercayaan yang berhubungan dengan kehamilan,persalinan dan nifas:

12. Activity Daily Living

a) Pola makan dan minum terakhir

- Frekuensi : 3 kali, makan terakhir jam 06.30 WIB
- Jenis : nasi, lauk, dan sayur
- Porsi : 1 porsi
- Minum : ± 10 gelas/hari, jenis : air putih

b) Pola istirahat

- Tidur terakhir jam :04.30 WIB
- Tidur siang : ± 2 jam
- Tidur malam : ± 8 jam
- Keluhan : tidak ada

- c) Pola eliminasi
- BAK : ±8-9x /hari konsistensi : cair warna : khas
 - BAB : ±1x/hari konsistensi : lembek warna : khas
 - BAB terakhir jam : 21.00 WIB
- d) Personal hygiene
- Mandi : 2 kali sehari
- Ganti pakaian/pakaian dalam : 2 kali sehari
- e) Pola aktivitas
- Pekerjaan sehari-hari : karyawan swasta
- Keluhan : tidak ada
- Hubungan seksual : 3 kali seminggu, terakhir : 3 mgg yang lalu
- f) Kebiasaan hidup
- Merokok : tidak ada
- Minum-minuman keras : tidak ada
- Obat terlarang : tidak ada
- Minum jamu : tidak ada

C. PEMERIKSAAN FISIK (DATA OBJEKTIF)

Tanggal : 15-12-2017

Pukul : 08.30 WIB

- 1) Keadaan umum : baik Kesadaran : CM
- Pemeriksaan TTV : TD : 110/70 mmHg
- T/P : 36,2°C/82 x/i
- RR : 20 x/i

Pengukuran tinggi badan dan berat badan

Berat badan : 68 kg, kenaikan BB selama hamil : 11 kg

Tinggi badan : 162 cm

LILA : 28 cm

2) Pemeriksaan fisik :

Inspeksi

Postur tubuh : lordosis

a. Kepala :

Muka : simetris Cloasma : tidak ada Oedema : tidak ada

Mata : simetris Congjungtiva : tidak anemis sclera : tidak

rokerik

Hidung : simetris polip : tidak meradang.

Mulut : bersih

b. Leher : tidak ada pembengkakan kelenjar thyroid

c. Payudara :

Bentuk simetris : ya

Keadaan putting susu : menonjol

Areola mamae : hiperpigmentasi

Colostrum : sedikit

Palpasi :

Colostrum : sedikit

Benjolan : tidak ada

d. Ekstremitas : simetris

e. Tangan dan kaki : lengkap

Simetris/tidak : ya

Oedema pada tungkai bawah : tidak ada

Varices : tidak ada

Pergerakan : aktif

f. Abdomen :

Inspeksi

Pembesaran sesuai dengan usia kehamilan

Linea Nigra : ada

Bekas luka operasi : tidak ada

Palpasi

TFU : 36 cm

Leopold I : Pada fundus teraba bagian yang bulat, keras, dan melenting yaitu kepala

Leopold II : Pada abdomen kiri teraba bagian yang panjang, keras dan memapan, yaitu punggung dan pada bagian kanan ibu teraba bagian-bagian terkecil janin, yaitu ekstremitas

Leopold III : Pada bagian bawah janin teraba bulat, lunak dan melebar yaitu bokong

Leopold IV : Bagian bawah sudah masuk PAP

TBBJ : 3875 gram

Kontraksi : 3 x/10menit,kuat/lemah,teratur/tidak

Kandung kemih : Kosong

Auskultasi

DJJ : 148 x/menit

Frekuensi : 148 x/menit, teratur/tidak

Punc .Maks : 

Perkusi

CVAT : aktif

3) Pemeriksaan panggul

Lingkar panggul : 86 cm

Distosia cristarum : 26 cm

Distosia spinarum : 22 cm

Congjungata bourdaloque : tidak dilakukan

4) Pemeriksaan genetalia

Varises : tidak ada

Oedema : tidak ada

Pembesaran kelenjar bartolini : tidak ada

Pengeluaran pervaginam : tidak ada

Bekas luka/jahitan perineum : tidak ada

Anus : tidak haemoroid

Pemeriksaan dalam :

Atas indikasi : inpartu pukul : 08.30 WIB oleh : Putri A

Dinding vagina : lembab

Portio : tipis

Pembukaan serviks : 1 cm
Konsistensi : lunak
Ketuban : utuh
Presentasi : bokong
Posisi : LBK
Penurunan bagian terendah : hodge II

D. PEMERIKSAAN PENUNJANG

Tanggal : 15-12-2017
Jenis Pemeriksaan : HB
Hasil : 12 gr % Gol darah : O

II. IDENTIFIKASI DIAGNOSA, MASALAH DAN KEBUTUHAN

A. Diagnosa : Ny. M usia 28 tahun G2P1A0, usia kehamilan 39 minggu 3 hari, janin tunggal, hidup, intrauterine, punggung kiri, presentasi bokong in partu kala I fase laten.

Data dasar

Data subjektif : - Ibu mengatakan ini adalah kehamilannya yang kedua dan belum pernah keguguran

- Ibu mengatakan HPHT 15-03-2017
- Ibu mengatakan sesak pada bagian perut atas
- Ibu mengatakan sering merasakan gerakan janin pada bagian kanan
- Ibu mengatakan sudah pernah melakukan USG dengan letak bokong.

Data objektif : Keadaan Umum : baik

TTV : TD : 110/70 mmHg

T/P : 36,2^oC/82 x/i

RR : 20 x/i

TPP : 22-12-2017

UK : 39 minggu3 hari

Palpasi abdomen :

TFU : 36 cm

Leopold I : Pada fundus teraba bagian yang bulat, keras,
dan melenting yaitu kepala

Leopold II : Pada abdomen kiri teraba bagian yang
panjang, keras dan memapan, yaitu
punggung dan pada bagian kanan ibu teraba
bagian-bagian terkecil janin, yaitu
ekstremitas

Leopold III : Pada bagian bawah janin teraba bulat, lunak
dan melebar yaitu bokong

Leopold IV : Bagian bawah sudah masuk PAP
TBBJ : 3875 gram

B. Masalah : - Ibu merasa cemas dengan posisi janinnya

- Ibu merasa sesak di perutnya bagian atas dan ibu merasa
tidak nyaman

C. Kebutuhan: - beri motivasi tentang kecemasan ibu

- Pantau keadaan ibu dan janin
- Kolaborasi dengan dokter

III. ANTISIPASI DIAGNOSA DAN MASALAH

- Perdarahan
- Rupture uteri
- Gawat janin

IV. IDENTIFIKASI TINDAKAN SEGERA

- Mengantar surat pengantar dari pasien kepada dokter SPOG untuk Operasi Caesar

V. INTERVENSI

Tanggal : 15 Desember 2017

Oleh : Putri Afri Silalahi

No.	Intervensi	Rasionalisasi
1	Beritahu ibu dan keluarga tentang kondisi ibu saat ini hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.	Memberitahu ibu hasil pemeriksaan setelah dilakukan pemeriksaan adalah suatu tindakan objektif dan memberikan kenyamanan bagi pasien karena sudah mengetahui kondisinya.
2	Beri dukungan emosional pada ibu	Agar ibu tidak terlalu cemas dengan proses operasi yang akan di alaminya.
3	Hubungi dokter untuk berkolaborasi tentang tindakan selanjutnya	Untuk penanganan pada ibu yang akan operasi.
4	Lakukan pemasangan infus pada ibu	Untuk memenuhi cairan pada ibu.
5	Lakukan pemasangan kateter pada ibu	Untuk mempertahankan kandung kemih kosong selama operasi
6	Lakukan skin tes antibiotic pada ibu	Untuk menghindari ibu dari efek alergi obat injeksi pada ibu.
7	Observasi DJJ	Untuk memantau keadaan janin.
8	Lakukan persiapan untuk mengantar ibu ke ruang operasi	Agar ibu dapat di oprasi sesuai dengan jadwal yang telah di tentukan.

VI. IMPLEMENTASI

No.	Tanggal	Jam	Implementasi	Nama
1	15-12-17	08.20 wib	<p>Memberitahu ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan yang telah dilakukan:</p> <p>Keadaan Umum : baik</p> <p>TTP: 22-12-2017</p> <p>UK: 39 minggu 3 hari</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tanda-tanda vital <ul style="list-style-type: none"> - Temp: 36,2°C - Pola : 82 x/m - RR : 20x/m - TD : 110/70 mmHg - Tinggi Badan ibu : 162 cm - Berat badan sebelum hamil : 68 kg, kenaikan BB selama hamil 11 kg - LILA : 28 cm <p>Pemeriksaan fisik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Postur tubuh : Lordosis - Muka: simetris, tidak adacloasma,tidak ada oedema, tampak muka <ul style="list-style-type: none"> - Mata: simetris, Konjungtiva tidak pucat, sklera: tidak ikterik <p>Palpasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leopold I : bagian fundus teraba keras, bulat dan melenting, yaitu kepala. - Leopold II : bagian kiri teraba keras, memanjang, memapan, yaitu punggung. - Leopold III : bagian bawah teraba lunak, melebar yaitu bokong - Leopold IV : bagian awah sudah masuk PAP <p>TFU : 36 cm</p> <p>TBJ: 3875 gram</p> <ul style="list-style-type: none"> - Auskultasi Dij : Ada ,teratur Frekuensi : 148 x/m <p>Evaluasi : Ibu sudah mengetahui hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.</p>	Putri Afri Silalahi

2.	15-12-17	08.30 wib	Menganjurkan keluarga/suami memberi dukungan emosional pada ibu dan mempersilahkan ibu dan keluarga berdoa pre operasi. Evaluasi : ibu sudah di beri dukungan emosional dan ibu tampak siap untuk operasi.	Putri afri Silalahi
	15-12-17	09.00 wib	Menghubungi dokter dan berkolaborasi dengan dokter untuk tindakan selanjutnya dimana instruksi dokter, pasien akan operasi SC jam 10.00 wib, memasang infus asering 20tetes/i, memasang kateter dan beri skin tes ceftriaxone 1gr. Evaluasi : instruksi dokter sudah dilakukan.	Putri Afri Silalahi
4	15-12-17	09.30 wib	Memasang infus pasien dengan infus Asering 20 tetes/I dan dengan menggunakan abocath 18 di tangan kiri ibu. Evaluasi : infus terpasang dengan baik di tangan kiri ibu.	Putri Afri Silalahi
5	15-12-17	09.35 wib	Melakukan pemasangan kateter pada ibu no. 18, urine (+) keluar Evaluasi : kateter terpasang dengan baik.	Putri Afri Silalahi
6	15-12-17	09.45 wib	Melakukan skin tes obat antibiotik pada ibu dengan injeksi ceftriaxone 1g Evaluasi : skin tes sudah di lakukan dan observasi tanda alergi	Putri Afri Silalahi
7	15-12-17	09.50 wib	Melakukan pemantauan observasi DJJ Evaluasi : observasi DJJ dalam batas normal 148 x/i teratur	
7	15-12-17	09.55 wib	Mengantar ibu keruangan operasi dengan surat persetujuan yang telah ditandatangani Evaluasi : persiapan sudah dilakukan dan ibu sudah berada di ruang operasi	Putri Afri Silalahi

VII. EVALUASI

Tanggal : 15-12-2017

Oleh: Putri Afri Silalahi

S: - Ibu mengatakan cemas dengan posisi janinnya

- Ibu mengatakan sudah siap operasi

O: - Ibu tampak cemas.

Keadaan umum ibu dan janin baik

DJJ (+) 148 x/i teratur

Ibu tampak sudah berada di ruang operasi.

A : Diagnosa : Ibu hamil Ny. M usia 28 tahun, G₂P₁A₀, usia kehamilan 39 minggu 3 hari, janin tunggal, hidup, intrauterine, punggung kiri , presentasi bokong, inpartu kala I fase laten..

Masalah : teratasi sebagian

P : 1. Pantau skin tes obat

2. Persiapkan incubator bayi.

DATA PERKEMBANGAN SEKSIO SESAR

S : - Ibu siap untuk operasi

O : - Keadaan Umum : Baik

- Kesadaran : Compos menthis

- Tanda vital

* TD : 110/70 mmHg

* P : 82 x/i

* RR : 20 x/i

* T : 36,2 °C

- Pemeriksaan Leopold :

▪ TFU : 36 cm

▪ Leopold I : Teraba bulat, keras dan melenting, yaitu kepala

- Leopold II : Teraba keras, panjang, memapan, di sebelah kiri abdomen ibu, yaitu punggung. Teraba bagian bagian kecil di sebelah kanan abdomen ibu, yaitu ekstermitas.
- Leopold III : Teraba lunak, bulat, melebar di bagian terbawah janin yaitu bokong
- Leopold IV : Bagian bawah sudah masuk PAP

- Kontraksi : 3x/10 menit, lama detik, kuat, teratur
- Kandung kemih : Kosong
- Auskultasi : DJJ : 148 x/i

A: Diagnosa : Ibu in partu kala II dengan section ceasar atas indikasi letak bokong

Masalah : - tidak ada

Kebutuhan : - Beri dukungan emosional kepada ibu

- Lakukan Pertolongan Persalinan secara SC dengan nyaman

Antisipasi Masalah potensial : tidak ada

Tindakan segera : tidak ada

P : 1. Dokter melakukan Asuhan Sayang Ibu

- Memanggil ibu dengan namanya, dan meperlakukan ibu sesuai martabatnya
- Menjelaskan asuhan yang akan diberikan kepada ibu
- Menjelaskan proses persalinan SC kepada keluarga

- Dokter melakukan anastesi spinal, yaitu injeksi Rigivel/IM di lumban V
- Mendengarkan pernyataan ibu dan menanggapinya
- Mengajurkan ibu posisi litotomi

Evaluasi : Dokter tampak telah melakukan anastesi spinal kepada ibu.

1. Asisten melakukan teknik aseptic pada daerah abdomen ibu yang akan di operasi dengan menggunakan kassa steril yang di lumuri dengan betadine
2. Melakukan prosedur operasi SC oleh Dr. Anton
 - Dokter melakukan insisi membujur dengan pisau tipis dan tajam sampai pada garis tengah korpus uteri diatas segmen bawah raahim. Dokter memperlebar insisi dengan gunting sampai sepanjang 12 cm, saat menggunting dokter melindungi janin dengan 2 jari operator.
 - Setelah cavum uteriterbuka kulit ketuban pecah Dokter melahirkan janin dengan teknik bracht yaitu melahirkan bokong dan kaki, setelah bokong dan kaki lahir dokter melakukan teknik muller yaitu dokter memegang bokong janin secara femuro pelviks, yaitu kedua ibu jari dokter diletakkan sejajar spina sakralis dan jari telunjuk pada krista iliaka dan jari-jari lain mencengkram paha bagian depan. Dengan pegangan ini dilakukan traksi curam kebawah sejauh mungkin sampai bahu depan tampak dan lengan depan dilahirkan dengan mengait lengan seperti mengusap wajah janin.

- Setelah bahu depan lahir, maka badan janin yang dipegang secaeae femuro pelviks keatas sampai bahu belakang lahir. Bila bahu belakang tidak lahir dengan sendirinya, maka lengan belakang dilahirkan dengan mengaitkan lengan bawah dengan kedua jari dokter.
 - Kemudian untuk melahirkan kepada dokter melakukan teknik naujoks, yaitu kedua tangan penolong mencengkram leher dan punggung janin dari arah depan dan arah belakang. Kedua tangan dokter menarik bahu curam kebawah sampai kepala lahir seluruhnya.
 - Setelah bayi lahir potong segera tali pusat dan pindahkan bayi pada tempat resusitasi untuk menilai keadaan bayi. Kemudian dokter anak melakukan penilaian (selintas) : bayi menangis kuat, tonus otot baik, dan bayi kemerahan.
 - Bidan mengeringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya (tanpa membersihkan verniks) kecuali bagian tangan
 - Mengganti handuk basah dengan handuk kering
 - Bidan melakukan IMD
- Evaluasi : Pukul : 10:10 wib Bayi Lahir SC, segera menangis kuat, APGAR 8/9 Jenis kelamin :Perempuan, BB = 3200 gr, PB = 49 cm LK = 34 cm. Plasenta lahir pukul 10.15 WIB, keadaan plasenta lengkap, berat plasenta : 500 gram, ketebalan 2,5 cm, kotiledon : 20 buah, panjang tali pusat : 50 cm

DATA PERKEMBANGAN POST SEKSIO SESAR

S : - Ibu mengatakan senang atas kelahiran bayinya
- Ibu mengatakan ini adalah persalinan yang kedua.

O :- Keadaan Umum : Baik

- Kesadaran : Compos mentis

- Keadaan emosional : Stabil

- Tanda Vital :

* TD : 110/80 mmHg

* P : 86 x/i

* RR : 24 x/i

* T : 37° C

- Perdarahan : 100 cc

A : Diagnosa : ibu post SC dalam pemantauan kala IV

Masalah : Teratasi sebagian

Kebutuhan : Hacting luka insisi/operasi

Pantau perdarahan

Pantau skala nyeri

Pantau kala IV

Antisipasi Masalah Potensial : infeksi pada luka insisi

Tindakan Segera : hacting luka insisi

P : 1. Pemantauan kala IV

- Dokter menghacting luka insisi dengan cara :

Lapisan 1 :

Myometrium tepat di atas endometrium dijait secara silang dengan menggunakan benang cromicat got no.1 dan 2

Lapisan 2 :

Lapisan mio metrium diatasnya dijahit secara kasur horizontal dengan benang yang sama

Lapisan 3 :

Dilakukan reperitonealisasi dengan cara peritoneum dijahit secara jelujur menggunakan benang kalim catut no.1 dan 2

Bersihkan rongga perut dari sisa darah dan air ketuban.

Dinding abdomen dijahit lapisan demi lapis.

Evaluasi: Luka operasi telah di hacting dan di fiksasi dengan menggunakan supratul, kasa steril dan hifafix

2. Memindahkan ibu dari ruangan operasi ke ruang pemulihan.

- Memantau keadaan dan skala nyeri ibu
- Memantau perdarahan
- Melakukan kontak kulit ibu/bayi (di dada ibu paling sedikit 1 jam)
- Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusu dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusu pertama biasanya berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusu dari 1 payudara
- Membiarakan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusu.

- Melakukan penimbangan/ pengukuran bayi, beri tetes salep mata antibiotik profilaksis dan Vit.K 1 1 mg /IM dipaha kiri anterolateral setelah 1 jam kontak kulit ibu/bayi
- Memberikan suntikan imunisasi Hepatitis B (setelah 1 jam pembrian Vit.K dipaha kanan anterolateral)
- Meletakkan bayi didalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu bisa disusukan.
- Meletakkan kembali bayi di dada ibu, bila bayi belum berhasil menyusu didalam 1 jam pertama dan biarkan sampai bayi berhasil menyusui.

Evaluasi : ibu tampak sudah berada di ruangan nifas, dan bayi belum di beri Vit. K dan imunisasi HB 0 karena usia bayi belum 1 jam.

3. Melanjutkan pemantauan mencegah perdarahan pervaginam, tanda vital sign dan kandung kemih dua jam setelah plasenta lahir di ruangan nifas

- Satu jam pertama empat kali pemantauan setiap 15 menit pasca persalinan
- Dua jam pertama dua kali pemantauan setiap 30 menit pasca persalinan

Waktu	Tekanan darah	Nadi	Suhu	TFU	kontraksi	Kandung kemih	perdarahan
10.40	110/70 mmHg	80x/i	36,2° C	2 jari di bawah pusat	Baik	Kosong	±10 cc
10.55	110/70 mmHg	82x/i	36,2° C	2 jari di bawah pusat	Baik	Kosong	±20 cc
11.10	110/70 mmHg	80x/i	36°C	2 jari di bawah pusat	Baik	Kosong	±10 cc
11.25	110/80 mmHg	82x/i	36,2° C	2 jari di bawah pusat	Baik	Kosong	±10 cc
11.55	110/70 mmHg	82x/i	36,5° C	3 jari di bawah pusat	Baik	Kosong	±10 cc
12.25	110/70 mmHg		36,5° C	3 jari di bawah pusat	Baik	Kosong	±10 cc

B. Pembahasan

1. Identifikasi Masalah

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosa atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan.

Berdasarkan kasus pada Ibu Bersalin Usia 28 tahun G₂P₁A₀ usia kehamilan 39 minggu 3 hari dengan Persalinan Letak Bokong, masalah yang timbul yaitu kecemasan terhadap keadaan yang dialami, dimana ibu sering buang air kecil, merasa sesak dan penuh di bagian atas, dan keluar lendir bercampur darah sejak pagi tadi. Untuk mengatasi masalah tersebut ibu membutuhkan

informasi tentang keadaannya, lakukan pemeriksaan terhadap ibu dan kolaborasi dengan dokter untuk tindakan selanjutnya yang di terapkan dalam manajemen menurut Varney.

2. Pembahasan Masalah

Pada pembahasan ini, penulis akan menguraikan pembahasan kasus yang telah diambil tentang kesenjangan-kesenjangan yang terjadi pada praktik yang dilakukan di lahan praktik dengan teori yang ada, dengan menggunakan pendekatan menajemen kebidanan menurut Varney mulai pengkajian sampai evaluasi. Pembahasan ini agar dapat diambil suatu kesimpulan dan pemecahan masalah dari kesenjangan yang terjadi sehingga dapat digunakan sebagai tindak lanjut dalam asuhan kebidanan yang efektif dan efisien khususnya pada Ibu Bersalin Usia 28 tahun G₂P₁A₀ usia kehamilan 39 minggu 3 hari dengan Persalinan Letak Bokong.

Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap. Pada langkah ini, bidan mengumpulkan semua informasi akurat dan lengkap dari beberapa sumber yang berkaitan dengan kondisi klien dengan cara wawancara dengan klien, suami, keluarga dan dari catatan atau dokumentasi pasien untuk memperoleh data subjektif. (Rita,Yulifa, 2013)

Persalinan dengan letak bokong diperoleh tanda dan gejala yaitu, ibu ada dorongan meneran, vulva dan spinter ani membuka, perineum menonjol, bokong tampak baju mundur di vulva. (Manuaba, 2010).

Dari pengkajian didapatkan data subjektif Ibu Bersalin Usia 28 tahun G₂P₁A₀ usia kehamilan 39 minggu 3 hari dengan Persalinan Letak Bokong, ibu mengeluh sering buang air kecil, sesak dan merasa penuh pada daerah fundus.

Data objektif menunjukkan bahwa keadaan ibu dan janin baik, saat dilakukan:

Leopold I bagian fundus teraba keras, bulat dan melenting, yaitu kepala.

Leopold II di bagian kiri keras, memanjang dan memapan,yaitu punggung.

Leopold III bagian bawah janin teraba lunak, melebar, yaitu bokong.

Leopold IV sudah masuk PAP

keluar lender bercampur darah dari jalan lahir adalah salah satu tanda-tanda persalinan.

Berdasarkan data subjek dan data objektif, penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dan praktik karena pada tahap ini penulis tidak mengalami kesulitan, pengumpulan data dilakukan dengan wawancara kepada ibu, suami, dan status sesuai dengan keadaan pasien.

2. Interpretasi Data Dasar, Diagnosa Masalah Dan Kebutuhan

Data dasar yang telah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosa atau masalah yang spesifik. Rumusan diagnosa dan masalah keduanya digunakan karena masalah tidak dapat didefinisikan seperti diagnosa tetapi tetap membutuhkan penanganan. Menurut teori (Chandranita, 2008) banyak faktor yang menyebabkan kelainan letak sungsang, diantaranya umur ibu, paritas ibu, bentuk panggul ibu, jarak kehamilan dan riwayat kehamilan sungsang. Pada paritas yang banyak keadaan rahim ibu sudah tidak seperti rahim yang pertama kali melahirkan sehingga ketika ibu hamil dengan paritas yang

banyak, maka janin ibu tersebut akan lebih aktif bergerak sehingga posisi janin tersebut menjadi tidak normal dan dapat menyebabkan terjadinya letak sungsang. Posisi kepala janin yang berada pada fundus ibu mengakibatkan ibu merasa padat dan sesak, dan penurunan kepala pada panggul menekan kandung kemih sehingga mengakibatkan ibu sering berkemih. Secara teori yang pertolongan persalinan sungsang ada 2 cara, yaitu secara *per vaginam* dan *section caesarea*.

Persalinan sungsang adalah persalinan untuk melahirkan janin yang membujur dalam uterus dengan bokong atau kaki pada bagian bawah dimana bokong atau kaki akan dilahirkan terlebih dahulu daripada anggota badan lainnya (Manuaba,2010).

Pada kasus Ny. M diagnosa kebidanannya adalah Ny. M umur 28 tahun G₂P₁A₀ Persalinan dengan Letak Bokong dan masalah yang dialami Ny. M adalah cemas dikarenakan karena posisi janinnya, sering buang air kecil, dan keluar lender bercampur darah dari jalan lahir, untuk mengatasi masalah tersebut Ny. M membutuhkan informasi tentang keadaannya dan keadaan janinnya, sesuai dengan alasan datang dengan surat pengantar dokter ibu melahirkan secara SC atas indikasi letak bokong maka ibu perlu dilakukan kolaboarsi dengan dokter tentang persiapan pre operasi Sectio Ceasar. Pada kasus ini tidak terjadi kesenjangan antara teori dan kasus karena diagnosa yang ditegakkan sudah sesuai dengan teori dan sesuai dengan data subjektif dan data objektif yang sudah terkumpul. Masalah dan kebutuhan yang diperlukan juga sudah sesuai antara teori dan praktek.

3. Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

Menurut Prawirohardjo, Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial merupakan langkah dimana bidan melakukan identifikasi diagnosis atau masalah

potensial berdasarkan diagnosis/masalah yang sudah diidentifikasi (Prawirohardjo, 2012). Secara teori didapatkan data yang mendukung untuk menegakkan diagnosa yaitu bokong maju mundur di vulva, sehingga identifikasi diagnosa/masalah potensial terjadinya letak bokong adalah morbiditas dan mortalitas (Maryunani, 2017). Dan data yang diperoleh dilapangan, didapatkan data yang mendukung yaitu presentasi bawah janin adalah bokong, sehingga penulis mengidentifikasi diagnosa/masalah potensial terjadi yaitu morbiditas dan mortalitas. Sehingga dalam mengidentifikasi diagnosa/masalah potensial tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktik karena identifikasi diagnosa/masalah potensial yg diperoleh di lapangan sesuai dengan teori.

4. Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera dan Kalaborasi

Menurut Prawirohardjo, Pada langkah ini bidan menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera, melakukan konsultasi, kalaborasi dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi klien (Prawirohardjo, 2012).

Pada teori dijelaskan tindakan yang dapat segera dilakukan untuk mengatasi persalinan letak bokong adalah dengan dua cara, yaitu secara pervaginam dan dengan metode Sectio Caesarea. Secara pervaginam : menurut bracht, yaitu pembukaan lengkap tanpa terdapat disprosisi sefalopelvis. Bokong di pegang dan dilakukan hiperlordosis kearah perut ibu (Chandranita,2008) dan secara seksio sesaria merupakan metoda persalinan yang paling aman yang mempunyai resiko morbiditas dan mortalitas yang sedikit lebih tinggi dari persalinan pervaginam (Ben-zion,2012). Dilapangan tindakan segera yang dilakukan yaitu melakukan

kolaborasi dengan dokter dan dilakukan pertolongan persalinan secara sc. Sehingga tidak terjadi kesenjangan teori dan praktek.

5. Merencanakan Asuhan yang Menyeluruh

Menurut Prawirohardjo, pada teori dijelaskan bahwa suatu rencana tindakan yang termasuk indikasi dan yang dapat ditimbulkan berdasarkan kondisi klien, serta hubungannya dengan masalah yang dialami klien, meliputi antisipasi dengan bimbingan terhadap keluarga klien dan rencana tindakan harus disetujui oleh keluarga klien, semua tindakan harus berdasarkan rasional yang relevan dan diakui kebenarannya (Prawirohardjo, 2012).

Menurut teori, IMD dilakukan di kamar operasi setelah bayi di bersihkan kemudian bayi di tempatkan di dada ibu skin to skin contact di pindah ke kamar pemulihan, dan tetap dilakukan skin contact kulit ibu-bayi saat di pindahkan ke ruang nifas, rawat gabung dilakukan 24 jam pertama (Hatati,2015).

Pascaoprasa Caesar, dilakukan pengawasan oleh bidan/perawat dan ruang pemulihan sementara sebelum ibu di pindahkan ke ruang nifas. Disini tenaga kesehatan memantau tekanan darah, suhu, jumlah urine dan pemeriksaan laboratorium bila diperlukan. Setelah ibu dipindahkan ke ruang nifas maka dilakukan kembali pemantauan selanjutnya (Hatati,2015).

Di lapangan, penulis merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa/masalah aktual dan potensial sebagai berikut, rencana tindakannya terdiri dari, beri asuhan sayang ibu seperti dukungan emosional untuk mengurangi rasa cemas yang di rasakan ibu saat ini. Berkolaborasi dengan dokter untuk tindakan selanjutnya pre operasi seksio sesaria. Pasang infus RL 500 ml dengan

abocath 18 di tangan kiri ibu. Pasang kateter 18 untuk menjaga kandung kemih ibu tetap kosong selama proses operasi berlangsung. Kemudian lakukan skin tes antibiotik injeksi Ceftriaxone 1g/IC. Lakukan pemantauan DJJ serta mempersiapkan ibu dengan mengantar ibu ke ruangan operasi.

Di ruang operasi dokter anastesi melakukan anastesi spinal pada lumban V ibu, setelah beberapa menit menunggu obat bereaksi dan dokter bedah melakukan insisi membujur sampai garis tengen korpus uteri di atas segmen bawah Rahim sepanjang 12 cm, setelah cavum uteri terbuka dokter melahirkan janin dengan teknik bracht, setelah bokong dan kaki lahir dokter melakukan teknik muller dengan memegang pergelangan paha janin secara femuro pelviks dan untuk melahirkan kepala dokter malakukan teknik naujoks dengan mencegkram leher atas dan belakang janin, mencuramkan kebawah sehingga kepala lahir seluruhnya.

Setelah bayi lahir dokter anak melakukan penilaian kepada bayi. Kemudian bidan mengeringkan bayi dan langsung melakukan IMD dan melakukan skin contact kulit antara ibu dan bayinya. Sehingga pada tahap ini penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dan praktek.

Dokter melahirkan plasenta secara manual dengan melepaskan plasenta dari tempat implantasinya. Kemudian Hal ini menunjukkan bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek karena tindakan segera yang diberikan dilapangan sesuai dengan teori yang ada (Manuaba,2010).

Pada post SC penulis menemukan kesenjangan teori dan praktek dimana pada kala IV di lakukan pemantauan di ruang pemulihan pascaoperasi Caesar dan tetap melakukan skin contact kulit pada ibu-bayi selama di ruang pemulihan sampai ibu

di pindahkan ke ruang nifas. Sedangkan di lapangan penulis melakukan pemantauan pada ibu di ruang pemulihan selama 20 menit, sementara bayi telah berada di incubator dan dibawa ke ruang bayi sehingga skin contact kulit antara ibu dan bayi terputus setelah ibu berada di ruang pemulihan. Kemudian setelah 20 menit pasien di pindahkan ke ruangan nifas dan di lakukan kembali pemantauan 25 menit pertama dari ruangan pemulihan.

6. Melaksanakan Asuhan (Implamentasi)

Menurut Prawirohardjo, pada langkah ini rencana asuhan menyeluruh dilakukan secara efisien dan aman (Prawirohardjo, 2012). Pada teori, saat pelaksanaan perencanaan yang dibuat membutuhkan kerjasama yang baik antara penulis dan pasien (Maryunani, 2017).

Dan dilapangan, Ny. M dengan persalinan letak bokong secara SC semua tindakan yang telah direncanakan sudah dilaksanakan sebagian dengan baik, tanpa hambatan karena kerjasama dan penerimaan yang baik dari keluarga klien dan petugas kesehatan yang ada di Rumah Sakit. Sehingga dalam tahap pelaksanaan, ada kesenjangan teori dan praktek. Pada post SC dilakukan pemantauan skala nyeri dan perdarahan di ruang pemulihan selama 20 menit tanpa melakukan skin contact kulit antara ibu dan bayi. Ketika ibu di pindahkan ke ruang pemulihan, skin contact kulit ibu-bayi terputus. Bayi ditempatkan di incubator dan langsung di bawa ke ruang bayi. Sementara ibu dipindahkan dari ruang pemulihan ke ruang nifas setelah 20 menit dan segera melakukan pemantauan selanjutnya di ruang nifas.

7. Evaluasi

Menurut Prawirohardjo, pada teori manajemen asuhan kebidanan evaluasi merupakan langkah akhir dari proses manajemen asuhan kebidanan. Mengevaluasi pencapaian dengan kriteria yang diidentifikasi, memutuskan apakah tujuan telah tercapai atau belum tercapai (Prawirohardjo, 2012).

Pada teori, evaluasi yang telah ditunjukkan adalah menilai apakah bayi dapat dilahirkan dan pemantauan pada post SC. Dilapangan bayi dapat dilahirkan dengan cara SC dan sehat, dan langsung dilakukan IMD setelah bayi lahir. Tetapi setelah ibu berada di ruang pemulihan skin contact ibu-bayi terputus. Dan untuk pemantauan pada post SC dilakukan di ruang pemulihan untuk memantau skala nyeri dan perdarahan ibu selama 20 menit. Kemudian mengantar ibu ke ruang nifas dan melakukan pemantauan selanjutnya setelah dari ruang pemulihan. Maka dari hasil yang diperoleh dapat disimpulkan ada kesenjangan antara teori dan praktek, pada pada post SC karna evaluasi yang didapatkan di lapangan tidak sesuai dengan teori yang ada.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan studi kasus Ny. M dengan Persalinan Letak Bokong menggunakan 7 langkah varney dapat disimpulkan yang meliputi:

1. Pengakajian dilakukan dengan cara mengumpulkan data subjektif yaitu data yang diperoleh dari pasien dan keluarga pasien. Data objektif yaitu data yang diperoleh dari hasil pemeriksaan pada pasien. Data subjektif alasan masuk pasien dengan surat pengantar dokter ingin bersalin secara SC atas indikasi Letak Bokong, ibu mengatakan ini adalah anak keduanya, dan belum pernah keguguran, ibu mengatakan HPHT tanggal 15-03-2017, ibu mengatakan sesak pada perut bagian atas. Data objektif yaitu ibu tampak cemas dengan posisi janinnya.
2. Dari data yang diperoleh saat melakukan pengkajian dapat ditegakkan diagnosa Ny. M usia 28 tahun G₂P₁A₀ Bersalin dengan Letak Sungsang. Masalah yang terjadi adalah ibu cemas dengan bagian terbawah janin, ibu merasa sesak dan merasa tidak nyaman. Kebutuhan yang diberikan adalah pertolongan persalinan letak bokong secara SC.
3. Pada kasus Ny. M dengan letak bokong tidak terjadi komplikasi seperti terjadinya perdarahan, ripture uteri dan gawat janin.
4. Pada kasus tindakan segera yang dilakukan untuk mencegah terjadinya komplikasi yaitu lakukan pertolongan persalinan letak bokong secara SC.

5. Dalam perencanaan asuhan pada Ny. M dengan letak bokong adalah pertolongan persalinan letak bokong secara SC.
6. Pada langkah pelaksanaan, tindakan yang di berikan sesuai dengan rencana yang ditentukan.
7. Evaluasi dilakukan secara sistematis untuk melihat hasil dari asuhan yang diberikan. Hasil yang diperoleh Ny. M setelah dilakukan penanganan letak bokong adalah bayi dapat dilahirkan tanpa ada komplikasi.

B. Saran

1. Bagi Institusi Pendidikan

Penulis mengharapkan laporan studi kasus ini dapat menjadi bahan bacaan pustaka di STIKes Santa Elisabeth Medan.

2. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan dapat mempertahankan kualitas pelayanan yang diberikan di Rumah Sakit, dan memberikan asuhan kebidanan sesuai standar operasional prosedur khususnya pada pasien dengan persalinan letak bokong.

3. Bagi Klien

Diharapkan pasien mampu mempertahankan dan mempergunakan pengetahuan yang diberikan dengan baik untuk menurunkan AKI dan AKB. Karena sebelum terjadi penyulit yang menyebabkan komplikasi, ibu sudah harus mengetahui hal yang akan dilakukan dan dapat mengambil keputusan dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Candranita, I.A,2008. *Gadar-Darurat Obstetri Ginekologi & Obstetri Ginekologi Sosial Untuk Profesi Bidan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Eddy,Bonatua(2016). Gambaran Persalinan Sungang Di Rsup. Prof. Dr.D.K Manado. *Jurnal E-Clinic (Ecl)* 4(2), 7-12. Diakses pada tanggal 26 April 2018
- Hanni,Ummi,Kusbandiyah,Jiarti,Marjati&Yulifah,Rita,2014. *Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan Fisiologis*
- Helen,Varney,2008. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. (Hal 814-820). Jakarta: EGC
- Lisnawati, 2013. *Asuhan Kebidanan Terkini Kegawatdaruratan Maternal Neonatal*. Jakarta: CV. Trans Info Media
- Manuaba, 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan Dan Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran Ecg
- Prawirohardjo,2008.*Ilmu Kebidanan Edisi Ketiga*. Jakarta: Pt. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Prawirohardjo, 2009. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal*. Jakarta : Pt. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Prawirohardjo, 2014. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Pt. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Sari (2014). Frekuensi Persalinan Letak Sungang Di Rumah Sakit Dr. Pirngadi Medan.*Jurnal Pionir*.3(2), 85-90. Diakses pada tanggal 14 April 2018
- Sulistyawati Dan Nugraheny, 2010. *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin*. Jakarta : Penerbit Selemba Medika
- Taber, Ben-Zion,2012. *Kedaruratan Obstetric Dan Ginekologi*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Widia, Lidia (2017). Hubungan Antara Peritas Dengan Persalinan Letak Bokong. *Jurnal Keperawatan Dan Kebidanan*, 13(1), 13-18. Diakses pada tanggal 04 April 2018
- Yanti,2010. *Asuhan Kebidanan Persalinan*. Yogyakarta:Pustaka Rihana

**POSTPARTUM MIDWIFERY CARE ON MRS.M AGE 28 YEARS OLD G2P1A0
AGE OF PREGNANCY 39 WEEKS 3 DAYS WITH BREECH POSITION AT
SANTA ELISABETH HOSPITAL BATAM
YAER 2017¹**

Putri Afri R.A Silalahi², Ermawaty Siallagan³

ABSTRACT

Background: Breech position is a longitudinal position with a fetal head on the uterine fundus that causes a narrow pelvis, a umbilical cord or a short cord, a uterine abnormality. The incidence of malpresentation in Asia was 11%, in Manado Hospital recorded 152 (2.2%) of total 3347 deliveries. In 2007 the frequency of malpresentation at Pirngadi Hospital Medan was 4.4% and in the Hospital of Santa Elisabeth Batam last 6 months in 2017 there were 39 out of 329 deliveries.

Objective: Can implement maternal care Midwifery to Ny. M age 28 years G2P1A0 Pregnancy Age 39 weeks 3 days With the location of Buttocks at Santa Elisabeth Batam Hospital in 2017 using the approach of midwifery management varney.

Method: Methods for data collection consist of primary data, ie physical examination (palpation, auscultation, percussion), interview and observation.

Result: Based on physical examination result, Palpation Leopold IPAD fundus palpable rounded, hard, and bouncy (head); Leopold II: On the left abdomen is palpable long, hard and firmly (back) and to the right of the palpable mother the smallest parts of the fetus (extremity); Leopold III: At the bottom of the fetus is palpable round, soft and broad (buttocks); Leopold IV: The bottom has entered the PAP. The results of ultrasound examinations are: a butt presentation. Relief delivery given is SC.

Conclusion: Breast delivery is delivery with presentation abnormalities, where the fetus is elongated with the bottom of the buttocks, legs or a combination of both. From case of mother of mother Ny. M age 28 years G2P1A0 gestation age 39 weeks 3 days in St. Hospital. Elisabeth Batam 2017, mother needs information about the situation and her fetus and in this care baby was born by SC.

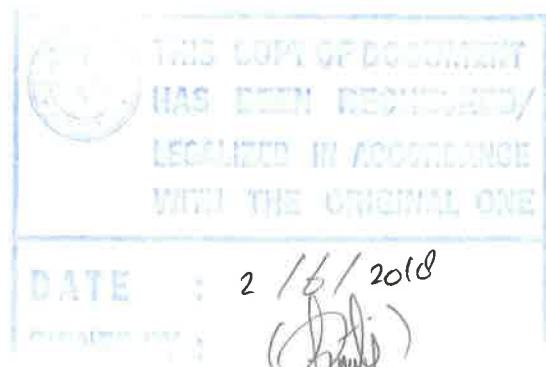
Keyword: Breech Position

References: Number of Books 11, journal 3 (year 2008-2017)

1The Title of Case Study

2 Student of D3 Midwifery Program STIKes Santa Elisabeth Medan

3 Lecturer of STIKes Santa Elisabeth Medan



SURAT PERSETUJUAN JUDUL LTA

Medan, 28 April 2018

Kepada Yth :

Koordinator LTA D3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan

Di

Tempat

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Mahasiswa : Putri Afri Regita Anggreani Silalahi

NIM

Program Studi : D3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan

Mengajukan Judul Dengan Topik : Persalinan Letak Bokong

Tempat

Judul LTA

: 022015052

: Klinik Tanjung

: Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin Pada Ny.

M Usia 28 tahun G₂P₁A₀ Usia Kehamilan

39 Minggu 3 Hari Dengan Letak Bokong

Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Batam

2017

Hormat Saya

(Putri Afri R.A Silalahi)

Disetujui Oleh :

Dosen Pembimbing LTA

Penanggung Jawab

(Ermawaty Siallagan, SST., M.Kes)

(Risda Mariana, S.ST., M.K.M)

SANTA ELISABETH MEDAN

Jl. Papua Terowongan No. 118, Kel. Sempakata, Kec. Medan Selatan

Telp. (061) 8214020, Fax. (061) 8225509 Medan - 26131

E-mail: stikes_elisabeth@yahoo.co.id Website: www.stikeselisabethmedan.ac.id

Medan, 21 Oktober 2017

Nomor : 984/STIKes/RSE BATAM/X/2017

Lamp. : -

Hal : Permohonan Ijin Praktek Klinik Kebidanan (PKK) III

Kepada Yth :

Direktur
Rumah Sakit Santa Elisabeth Batam
di
Tempat.

Dengan hormat,

Sesuai dengan Kalender Akademik Prodi DIII Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan Tahun Akademik 2017/2018 bahwa Mahasiswa Semester V akan melaksanakan Praktek Klinik Kebidanan (PKK) III di rumah sakit dan klinik, maka melalui surat ini kami memohon kepada Bapak agar kiranya berkenan memberikan ijin kepada mahasiswa tersebut untuk melaksanakan Praktek Klinik Kebidanan (PKK) III di Rumah Sakit yang Bapak pimpin.

Adapun pelaksanaan praktek tersebut dimulai tanggal 20 November – 09 Desember 2017.

Demikian permohonan ini kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasama yang baik kami ucapan terimakasih.

Yth.
Bapak/Ibu
STIKes Santa Elisabeth Medan

Mestiana Br Karo, S.Kep.,Ns.,M.Kep
Ketua

Tembusan Yth.:

1. Wadir Pelayanan Keperawatan RS Santa Elisabeth Batam
2. Ka.Sie Diklat RS Santa Elisabeth Batam
3. Arsip

**NAMA MAHASISWA GELOMBANG I DAN II PRAKTEK KLINIK KEBIDANAN II
PRODI DIII KEBIDANAN STIKES SANTA ELISABETH MEDAN
DI RUMAH SAKIT SANTA ELISABETH BATAM LUBUK BAJA**

Tanggal 17 Nopember - 1 Desember 2017

NO	GELOMBANG 1
1	ASIMA ROYANI S
2	ENNY ANDRIYANI HUTAPEA
3	JAYANTI TAFONAO
4	KRISTINA SAGALA
5	MONA ANGELINA NAPITUPULU
6	PESTA MARSaulina SITINJAK
7	STELLA STEVANIE
8	YENIMAN WARUWU
9	YUYUN HARTANTI
10	BEATA ARNIAT BATEE
11	EVA ANREANI
12	JUMERLI ROMINDO
13	LIA OKTANITA SIHOMBING
14	NILA MAGDALENA S
15	RANI EWITA NANGGOLAN
16	SUSI HERIYANTI M
17	YENNI RAJAGUKGUK
18	BERIANA DEBORA ZEGA
19	FITRI LUABA
20	JURIANI SIMANGUNSONG
21	LORENA YANTI SIRAIT
22	NURCAHAYA SULAMIN LUBIS
23	RANI KRISTINA SIMBOLON
24	TRI GUSTI PARDEDE
25	YOHANA SRIANI RAJAGUKGUK
26	CHINDY ANASTASYA S
27	FITRI MANURUNG
28	JUSLY SIMAMORA
29	LISMAWATI WARUWU
30	NINGSIH RANI MARPAUNG
31	RAVIKA VALENTINE MALAU
32	TIURMA SIMBOLON
33	YULIAN SARI NABABAN
34	ANGELINA SILVIA B
35	DEWI SANTI PASARIBU
36	IMELDA JULI
37	KLARA BASIFITI FAU

Tanggal 3 - 16 Desember 2017

NO	GELOMBANG 2
1	ADE PYSESA SARAGIH
2	DEBORA KRISDAYANTI
3	FITRIANA SIHOMBING
4	KASRIANA THERESIA TURNIP
5	MARISA RONAULI STANIPAR
6	PASKA SIANIRAR
7	RONAUL SINAGA
8	VALENTINA ZAI
9	ADRIANA DANITA
10	DESI VALENTINA
11	FRANSISCA PRILLY
12	SR. M. GISELA SFD
13	MARTA YULIA HALAWA
14	PASKARIA SITINJAK
15	SANTA MONALISA GINTING
16	WENNI GRECYANA
17	ANASTASIA PERMATA GEA
18	DESY NATALINA SINAGA
19	GITA GLORI
20	KETRIN SARI RUMAPEA
21	MELDA HUTAHEAN
22	PERONIKA KRISTIANI
23	SAUR MELIANA
24	WINDA MINTAULI
25	ANGGI TRESNA
26	DIANA GABRIELLA
27	INES DAMAYANTI
28	KLARA ZIDOMI
29	MELISA ELISABETH SINAGA
30	PUTRI AFRI S
31	SISTER IBAROTUA
32	YANTI MAHULAUE
33	YUSTINA INDIANIS M
34	PUTRI MISERI
35	SILVESTRI PANE
36	WYNDA IRMAYANTI
37	YUNITA ANGGRAINI G

Disusun oleh,

Ermawaty Arisandi Siallagan, SST.,M.Kes
Koordinator

Medan, 14 Nopember 2017

Diketahui oleh

Prodi DIII Kebidanan
Stikes Santa Elisabeth Medan

Anita Velonika SSiT.,M.KM
Kaprodi



KELompok 1		KELompok 2		KELompok 3		KELompok 4		KELompok 5		KELompok 6	
ASIMA ROYANIS	ENNY ANDRIYANI HUTAPEA	JAYANTI TAFONAO	KRISTINA SAGALA	MONA ANGELINA NAPITUPULU	PESTA MARSALINA STINJAK						
STELLA STEVANIE	YENIMAN WARUWU	YUYUN HARTANTI	BEATA ARNIA T BATEE	JUMERLI ROMINDO	LIA OKTANTA SIHOMBING						
RANI EWTIA NAINGGOLAN	YENNI RAJAGUKGUK	EVA ANREANI	BERIANA DEBORA ZEGA	NILA MAGDALENA S	SUSI HERIYANTI M						
FITRI LUJAH	JURIANI SIMANGUNSONG	LORENA YANTI STRAIT	NURCAHAYA SULAMIN LUBIS	YOHANA SRIANI RAJAGUKGUK	RANI KRISTINA SIMBOLON						
NINGSTI RANI MARPAUNG	FITIWI MANURUNG	JUSLY SIMAMORO	TRIGUSTI PARODEDE	LISMAWATI WARUWU	CHINDY ANASTASYA S						
IMELDA JULI	TURMA SIMBOLON	YULIAN SARI NABABAN	RAVIKA VALENTINE MALAU	ANGELINA SILVIA B	DEWI SANTI PASARIBU						
KLARA BASIFITI FAU											

DINAS RUANGAN		IGD	POLI	OK	VK	VK	OK	VK	OK	VK	BAYI
KELompok		BAYI	NIFAS	IGD	IGD	IGD	BAYI	IGD	BAYI	IGD	POLI
18/11-24/11	25/11 - 01/12	1	2	3	4	4	3	4	5	5	

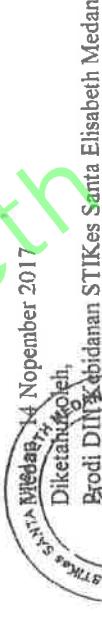
**DAFTAR NAMA MAHASISWA BERDASARKAN KELompok DINAS GELOMBANG 2
PRODI DIII KEBIDANAN STIKes SANTA ELISABETH MEDAN**

KELompok 1		KELompok 2		KELompok 3		KELompok 4		KELompok 5		KELompok 6	
PASKA SANIPAR	MARISA RONAULI SIANIPAR	KASRIANA THERESIA TURNIP	FITRIANA SIHOMBING	DEBORAH KRISDAYANTI	ADE PYSESA SARAGIH						
SR. M. GISELA SFD	FRANSISCA PRILLY	DESI VALENTINA	ADRIANA DANITA	VALENTINA ZAI	RONAULI SINAGA						
SANTA MONALISA GINTING	VENNI GRECYANA	PASKARIA STINJAK	ANASTASIA PERMATA GEA	DESTY NATALINA SINAGA	MARTA YULIA HALAWA						
PUTRI AFRI S	GITA GLORI	INES DAMAYANTI	MELDA HUTAHEAN	DIANA GABRIELLA	KETRIN SARU RUMAPEA						
SILVESTRU PANE	WINDA MINTAULI	SISTER IBAROTUA	PUTRI MISERI	YANTI MAHLAUE	SAUR MELLANA						
MELISA ELISABETH SINAGA	KLARA ZIDOMI	YUSTINA INDIANIS M	YUNITA ANGGRAINI G	WYNDA IRMAYANTI	ANGGI TRESNA						
PERONIKA KRISTIANI											

DINAS RUANGAN		IGD	POLI	OK	VK	OK	VK	OK	VK	OK	VK
KELompok		VK	BAYI	2	3	3	4	2	3	4	5
04/12-10/12	11/12 - 16/12	1	2	3	4	3	4	2	3	4	5

Disusun oleh,

Ermawaty Arisandi Siallagan, SST., M.Kes
Koordinator



Anita Veronika, SSIT., M.KM
Kaprodi

FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN

Tanggal Masuk : 15-12-2017
 Jam Masuk : 08.00
 Tempat : RS Batam
 No. Register :

Tgl pengkajian : 15-12-2017
 Jam Pengkajian : 08.30
 Pengkaji : Putri A

I. PENGUMPULAN DATA

A. BIODATA

Nama Ibu : Ny. M
 Umur : 28 tahun
 Agama : Katolik
 Suku/bangsa : Batak / Indo
 Pendidikan : SD
 Pekerjaan : Karyawan Swasta
 Alamat : Jln. Raden Patah

Nama Suami : Jin-R
 Umur : 31 tahun
 Agama : Katolik
 Suku/bangsa : Batak / Indo
 Pendidikan : SL
 Pekerjaan : PNS
 Alamat : Jln. Raden Patah

B. ANAMNESA (DATA SUBJEKTIF)

a. Alasan utama masuk kamar bersalin

: Pasien datang dengan surat pengantar dokter ingin melahirkan secara se atas Indra ketek fokus.

b. Riwayat menstruasi

Menarche : 14 th,
 Siklus : 28 hari, teratur/tidak teratur
 Lama : 5 hari,
 Banyak : ± 3 x ganti pembalut/hari
 Dismenoreia/tidak : tidak ada

c. Tanda-tanda persalinan:

Kontraksi sejak tanggal: 14-12-2017 pukul:
 Frekuensi : 3 x / 10 menit
 Lamanya : 35 det kekuatannya teratur
 Lokasi ketidaknyamanan : dari pinggang ke punggung

d. Pengeluaran pervaginam

Darah lendir	Ada/tidak	, Jumlah : 200	Warna : beras
Air Ketuban	Ada/tidak	, Jumlah : -	Warna : -
Darah	Ada/tidak	, Jumlah : -	Warna : -

e. Riwayat kehamilan/persalinan yang lalu

Anak ke	T Lahir/ Umur	UK	Jenis Persalin an	Tempat persalinan	Penolong	Komplikasi		Bayi		Nifas	
						Bayi	Ibu	PB Ibu	Ikarhan	Keaduan	Infiltrasi
1.	21-4-14	38	normal	RS	dokter	-	-	3200gr	baik	baik	-
	P	E	R	S	A	L	L	N	A	N	L NI

f. Riwayat kehamilan sekarang

G2 P1 AD
HPHT : 15-03-2017
HPL : 22-12-2017
UK : 39 minggu 3 hari

ANC : teratur/tidak, frekuensi : x di:

Pergerakan janin dalam 24 jam terakhir : 10-12 x /hr

Riwayat Imunisasi: TT 1: TT 2:

Keluhan : ~~demam~~

Obat yang biasa dikonsumsi selama hamil tidak ada

Tanda-tanda bahaya : tidak ada

g. Riwayat penyakit yang pernah diderita sekarang/yang lalu :

Jantung : tidak ada

Hipertensi : tidak ada

Diabetes Mellitus : tidak ada

Malaria : tidak ada

Ginjal : tidak ada

Asma : tidak ada

Hepatitis : tidak ada

Riwayat operasi abdomen/SC : tidak ada.

h. Riwayat penyakit keluarga

Hipertensi : tidak ada

Diabetes Mellitus : tidak ada

Asma : tidak ada

Lain-lain : ada/tidak riwayat kembar

i. Riwayat KB

j. Riwayat Sosial Ekonomi & Psikologis :

. Status perkawinan : Sah Kawin : 1 kali

. Lama nikah 21 tahun, menikah pertama pada umur 26 tahun

. Kehamilan ini direncanakan/tidak direncanakan

. Perasaan ibu dan keluarga terhadap kehamilan dan persalinan : senang

. Pengambilan keputusan dalam keluarga adalah bersama

. Tempat rujukan jika ada komplikasi : RS

. Kepercayaan yang berhubungan dengan kehamilan, persalinan dan nifas :

k. Activity Daily Living

a. Pola makan dan minum

Frekuensi : 3 kali sehari, makan terakhir jam ...06.30.....wib

Jenis : nasi + lauk + sayur

Porsi : 1 porsi

Minum : 10 gelas/hr jenis air putih

Keluhan/pantangan : tidak ada

b. Pola istirahat

Tidur siang : 42 jam

Tidur malam : 78 jam

Tidur terakhir jam : 04.30 wib
Kehanhan : tidak ada

c. Pola eliminasi

BAK : 4 kali/hari, konsistensi cair, warna : khat
BAB : 1 kali/hari, konsistensi : kental, warna : khas
BAB terakhir jam : 21.00 wib, lendir darah: ada

d. Personal hygiene

Mandi : 2 kali/hari
Ganti pakaian/pakaian dalam : 2 sehari

e. Pola aktivitas

Pekerjaan sehari-hari : Kartuwan swash
Keluhan : tidak ada
Hubungan sexual : 3 x/mgg, Hubungan sexual terakhir 3 minggu lalu

f. Kebiasaan hidup

Merokok : tidak ada
Minum-minuman keras : tidak ada
Obat terlarang : tidak ada
Minum jamu : tidak ada

C. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan umum

Keadaan umum : baik kesadaran : cm

Tanda-tanda vital

: 110/80 mmHg

Tekanan darah : 82 kali/menit

Nadi

: 36,2 °C

Suhu

: 20 kali/menit

Respirasi

Pengukuran tinggi badan dan berat badan

Berat badan : 68 kg, kenaikan BB selama hamil : 11 kg

Tinggi badan : 162 cm

LILA : 28 cm

2. Pemeriksaan fisik

Inspeksi

a. Postur tubuh

: lordosis

b. Kepala

. Muka

: simetris Cloasma

: tidak ada oedema : tidak ada

. Mata

: simetris Conjungtiva

: tidak anemis Sclera : tidak bolenk

. Hidung

: simetris polip

: tidak Meradang

. Gigi dan Mulut/bibir

: tidak ada stomatitis

c. Leher

: tidak ada pembengkakan kelengkang tymph

d. Payudara

Bentuk simetris

: ya

Keadaan putting susu

: mengontrol

Areola mamae : hyperpigmentasi
Colostrum : belum ada
Palpasi : belum ada
Colostrum : belum ada
Benjolan : tidak ada

e. Ekstremitas : simetris
f. Tangan dan kaki : lengkap

Simetris/tidak : simetris
Oedema pada tungkai bawah : tidak ada
Varices : tidak ada
Pergerakan : aktif

g. Abdomen

Inspeksi : simetris

Pembesaran perut sesuai dengan usia kehamilan/tidak

Linea nigra : ada
Bekas luka/operasi : tidak ada

Palpasi

TFU : 36 cm
Leopold I : pada fundus teraba bagian bulat keras dan melintang, yaitu kepal.
Leopold II : pada abdomen teraba pibaikan bin keras memanjang, punghir.
Leopold III : bagian bawah teraba lunak, melebar. Yaitu botong.
Leopold IV : bagian bawah susah masuk
TBJ : 90%
Kontraksi : 9 x/10 menit, lama detik, kuat/lemah, teratur/tidak
Kandung kemih: : kosong

Auskultasi

DJJ

Frekuensi : 148 x/menit, teratur/tidak

Punctum maksimum :



. Perkusi

CVAT :

aktif.

3. Pemeriksaan Panggul

Lingkar Panggul : 86 cm
Distosia Cristarum : 86 cm
Distosia Spinarum : 86 cm
Conjungata Bourdeloo : tidak di lakukan.

4. Pemeriksaan Genitalia

Varises

Oedema

Pembesaran kelenjar bartolini:

Pengeluaran pervaginata

Bukas luka/jahitan perineum :

tidak ada

tidak ada

tidak ada

tidak ada

tidak ada

Anus

: tidak ada haemoroid

Pemeriksaan dalam

Atas indikasi

Dinding vagina

Portio

Pembukaan Servik

Konsistensi

Ketuban

Presentasi Fetus

Posisi

Penurunan bagian terendah

: In Pagan. Pukul : 08.30..... Oleh : Putri A.

: normal

: tipis

: 1cm

: lunak

: utuh

: batang

: LPK

: hidrose II

D. PEMERIKSAAN PENUNJANG

Tanggal : 19/12/17 Jenis Pemeriksaan : HB

Hasil : 12 gr%

Gol : 0

II. IDENTIFIKASI DIAGNOSA, MASALAH DAN KEBUTUHAN :

• Diagnosa :
DS :

DO:

• Masalah :
DS :

DO:

Kebutuhan:

DS :

DO :

III. ANTISIPASI DIAGNOSA/MASALAH POTENSIAL

:

Dasar :

IV. ANTISIPASI TINDAKAN SEGERA/ KOLABORASI/ RUJUK

:

Dasar

V. INTERVENSI : JAM :

Merencanakan asuhan secara menyeluruh dengan rasional meliputi:

1. Terapi dan asuhan
 2. Pendidikan dan kesehatan
 3. Konseling
 4. Kolaborasi (jika diperlukan)
 5. Rujukan (jika diperlukan)
 6. Tindak lanjut

VI. IMPLEMENTASI

Melaksanakan rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah direncanakan.

Tang gal:

VII. EVALUASI

Dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan

Tanggal: Januari:

S:

O:

A:

P:

KALA II

Subjektif :

Objektif :

Assesment :

Planning :

KALA III

Subjektif :

Objektif :

II. IDENTIFIKASI DIAGNOSA, MASALAH DAN KEBUTUHAN

A. Diagnosis : Ny. M usia 28 tahun G2P1 Ab. Kehamilan sejak minggu ke-10, Janin tunggal, hidup, intrauterin, Punggung kiri, Presentasi kokong, sudah masuk PAP, keadaan ibu dan janin baik.

Data dasar

D5

- Ibu mengatakan ini kehamilannya yang kedua dan belum pernah teguguran
- Ibu mengatakan sesak dan perut bagian atas terasa penuh
- Ibu mengatakan sudah pernah melakukan USG dengan letak sungasang

DO

: KU : baik

TTV : TD : 110/70 mmHg
T/p : 36,2°C / 82×/i
RR : 22×/i

- Palpasi :
- (i) : Pada bagian fundus terasa keras, bulat dan melintang pada kepala.
 - (ii) : Pada bagian kiri terasa keras, memanjang dan memekan. pada punggung.
 - (iii) : Pada bagian bawah terasa bulat, lunak pada bokong.
 - (iv) : Bagian bawah sudah masuk PAP.

TFU : 36 cm

TBW : 3875 gr.

B. Masalah : - Ibu merasa cemas terhadap kehamilannya dengan posisi sungasang

- Ibu merasa sesak di perut bagian atas dan merasa kurang nyaman karena gerakan janin sangat aktif.

C. Kebutuhan : - Benar motivasi tentang kecemasan ibu.
- Pantau keadaan ibu dan janin.
- Kolaborasi dengan dokter.

III. ANTISIPASI DIAGNOSA DAN MASALAH

- Perdarahan
- Ruptur uterus
- Gairah janin

IV. IDENTIFIKASI TINDAKAN SEGERA

- Operasi caesar

V. INTERVENSI

NO.	INTERVENSI	RASIONAL
1.	Beritahu ibu dan keluarga tentang kondisi ibu saat ini dan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.	Agar ibu dan keluarga mengetahui kondisi ibu perkembangannya.
2.	Beri dukungan emosional pada ibu	Agar ibu tidak cemas dengan proses operasinya.
3.	Kolaborasi dengan dokter untuk tindakan selanjutnya	Untuk penanganan pada ibu yang akan operasi.
4.	Lakukan pemisangan infus I pada ibu	Untuk memenuhi cairan pada ibu.
5.	Lakukan pemisangan kateter pada ibu	Untuk mempertahankan kondisi kelimih kosong selama operasi.
6.	Lakukan skin test pada ibu	Untuk menghindarkan ibu dari efek alergi obat injeksi pada ibu.
7.	Obs. DGD Janin.	Untuk memantau keadaan janin.

VI. IMPLEMENTASI

NO	TGL	IMPLEMENTASI	PARAF
1.	08.20	<p>Membertahu ibu dan keluarga tentang pemeriksaan yang telah dilakukan.</p> <p>TTV : TD : 110 / 70 mmHg T/p : 36.2°C / 82 %</p> <p>Palpasi : II : bagian atas teraba keras, bulat dan melenting, rata kepak. III : bagian kiri teraba keras, memanjang, rata punggung IV : bagian terbaik teraba lunak, bulat rata batang</p> <p>Ur : bagian terbaik ibu sudah masuk PAP.</p> <p>DGD : 148 g.</p> <p>EV : ibu dan keluarga sudah mengetahui hasil pemeriksaan yg telah dilakukan.</p>	<p>RF: 22 x/i</p> <p>TFU: 36 cm</p>
2.	08.30	<p>Mengajukan keluarga / suami memberi dukungan emosional pada ibu dan mempersiapkan ibu dan keluarga berdiri pre operasi.</p> <p>EV : ibu sudah diberi dukungan dan tampak siap operasi.</p>	

3. 09.00 Kolaborasi dengan dokter untuk tindakan selanjutnya dimana instruksi dokter pasien akan operasi sc jam 10.00 wib, memasang infus Aseiring 20 tbs/i, kateter, dan memberi obat skin tes ceftriaxone 1gr
EV: Instruksi dokter sudah dilakukan.
4. 09.30 Memasang ^{abdomen} infus ibu dengan infus Aseiring 20 tbs/i/dgn
EV: Infus terpasang dengan baik
5. 09.35 Melakukan pemasangan kateter pada ibu.
EV: Kateter sudah terpasang dengan baik di tangan Kiri
6. 09.45 Melakukan skin tes pada ibu dengan 1mg Ceftriaxone lg
EV: Skin tes sudah dilakukan, dan obs tanda alergi
7. 09.50 Mengantar ibu ke ruang operasi, dengan surat persetujuan operasi yg telah ditandatangani
EV: persiapan sudah dilakukan dan ibu sudah berada di ruang operasi

IV. EVALUASI

- S : - Ibu tampak cemas dengan posisi bayinya.
- Ibu mengatakan sesak dan perut bagian atas terasa perih
- Ibu menyatakan sudah siap operasi.
- O : - Ibu tampak cemas
- Keadaan umum ibu dan janin baik.
- DGD (+) 148 %/i
- Ibu tampak sudah masuk ke kamar operasi.

A : Diagnosis : Ny-M Usia 28 tahun, G3P1A0 usia kehamilan 38 minggu, Janin tunggal hidup intrauterin, Puki, Presentasi botong, Sudah masuk PAP, keadaan ibu & janin baik.

Masalah : Terdassi sebagai.

- P : - Pantau skin tes obat.
- Persiapkan incubator bagi.

DATA PERKEMBANGAN KALA II SC

S : - Ibu Mengalami Sop operasi

O : - keadaan Umum : Baik
- Kesadaran : CM
- Tanda-tanda Vital Sign :
 TD : 110/70 mmHg
 T/p : 82^oF / 38,2^oC
 R_p : 20^x/min

- Pemeriksaan Leopold :
 I : Terasa bulat, keras dan melenting, yaitu kepala.
 II : Terasa keras, panjang, memanjang di sebelah kiri abdomen ibu, yaitu punggung. Terasa bagian-bagian kecil di sebelah kanan abdomen ibu, yaitu ekstremitas.
 III : Terasa lunak, buble, lebar di bagian bawah Janin. Yaitu bokong.

Leopold IV : Sudah masuk PAP.
- Kontraksi : 3^x/10 menit, lamanya 35 detik, kuat, teratur
- Kandung kemih : kosong.

- D_{gs} : 148^oF

A : - Diagnosa : Ibu imparten kala II dengan Sectio Caesar atas indikasi letak bokong.

Masalah : tidak ada

Kebutuhan : - Beri dukungan emosional kepada ibu
 - Lakukan pertidongan persalinan secara SC dengan nyaman.

Antisipasi masalah potensial : tidak ada

Tindakan Segera : tidak ada.

P : 1. Dokter melakukan Asuhan Sayang ibu.

- Memanggil ibu dengan namanya dan memperlakukan ibu sesuai martabatnya.
- Menjelaskan asuhan yang akan di beri kepada ibu.
- Menjelaskan proses persalinan SC kepada keluarga

- Dokter melakukan anestesi spinal, yaitu injeksi Regnel / lm di lumbal v
 - Mendengarkan pernyataan ibu dan menanggapinya
 - Mengajurkan ibu posisi litotomi
- Evaluasi : Dokter tampak telah melakukan anestesi spinal kepada ibu.

2. Asisten melakukan teknik aseptik pada daerah abdomen ibu yang akan di operasi dengan menggunakan kasa steril yang dilumuri dengan betadine.
3. Melakukan prosedur operasi oleh Dr. Anton
 - Dokter melakukan incisi membagur dengan pisau tipis dan taran sampai pada parsis tengah korpus uterus di atas segmen bawah rahim. Dokter memperlebar incisi dengan gunting sampai sepanjang 12 cm. saat menggunting dokter melindungi janin dengan kedua tangan operator.
 - Sebelah cavum uterus terbuka tulit teluk pecah. Dokter melahirkan janin dengan teknik brachit, yaitu melahirkan botong dan kaki. Selepas botong dan kaki lahir, dokter melakukan teknik mulir, yaitu dokter menegang botong janin secara femuro pelviks, yaitu kedua tangan dokter diletakkan setara spina sacralis dan janin telungkuk pada krista iliaka dan jari-jari lain mengekam pada bagian depan. Dengan pegangan ini dilakukan tirik curam ke bawah sejauh mungkin sampai bahu depan tangan dan tangan dengan dilahirkan dengan mengait tangan seperti mengusap wajah janin.
 - Selepas bahu depan lahir, maka janin yang dipegang secara femuro pelviks ke atas sampai bahu belakang lahir. Bila bahu belakang tidak lahir dengan sentiasa, maka tangan belakang di bantuan dengan mengaitkan tangan bawah dengan kedua tangan dokter.
 - kemudian untuk melahirkan kepala dokter melakukan teknik naugots, yaitu kedua tangan penolong mencengkam leher dan punggung janin dari arah depan dan arah belakang. Kedua tangan dokter menarik bahu curam ke bawah sampai kepala lahir seluruhnya.

- Setelah bayi lahir potong segera tali pusat dan pindahkan bayi pada tempat resusitasi untuk memikai keadaan bayi. lakukan pemilaian (selintas) bayi menangis kuat, tonus otot baik, dan bayi kemerahan.
- Mengeringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya (tanpa membersihkan vernix) kecuali bagian tangan.
- Menggantri handuk basah dengan handuk kering.
- Melakukan LMD.

Evaluasi : pulso : 10-10 wtb, bayi lahir st, Segera menangis kuat
 APGAR score 8/10, jenis kelamin : Perempuan, BB = 3200 gr
 PB = 45 cm, UK = 34

DATA PERKEMBANGAN KALA III SEKSIU SESAR

S : Ibu mengatakan serang atas kelahiran bayinya

- O : - Keadilan Umum : Baik
- Kesadaran : compot mentis
- Status emosional : stabil
- Pukul 10:10 wtb, Bayi lahir segera menangis kuat
 Jenis kelamin : Perempuan
 BB : 3200 gr
 PB : 45 cm
 APGAR score : 8/10
- Tampak ibu menangis saat mendengar suara tangis bayi

A : Diagnosa : Ibu unpartu kala III
 Masalah : Plasenta belum lahir
 Kebutuhan : Lahirkan plasenta
 Antisipasi masalah Potensial: tidak ada
 Tindakan segera : Lahirkan plasenta

- P: 1.
- Bayi dan menempatkan bayi untuk melakukan kontak kulit ke ibunya.
 - Meletakkan bayi dengan posisi terungkap di dada ibu. luruskan bahu bayi sehingga bayi menempat dengan baik di dada ibu.
 - Menyusahkan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi leher rendah dari puting payudara ibu.
 - selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi bayi.

Evaluasi : Bayi sudah diselimuti dengan kain hangat dan bayi tampak mencari puting susu ibunya.

2. Dokter melahirkan plasenta secara manual dengan melahirkan plasenta dari tempat implantasinya.
- Evaluasi : plasenta lahir pukul 10.15 wib keadaan plasenta lengkap.

STIKES Santa Elizabeth
Medan

DATA PERKEMBANGAN KALA IV ST

S : Ibu mengatakan senang atas kelahiran bayinya
ibu mengatakan ini adalah kelahiran anak - β kedua

O : Ku : baik
Kes : cm
Keadaan emosional : stable

Tanda vital : TD : 110/80 mmHg
TP : 37°C / 84°F
RR : 24/ ti
Perdarahan : 100 cc

A : Diagnosis : Ibu post st dalam pemantauan kala IV
Masalah : Teratasi sebagian
kebutuhan :

- hacting luka insisi operasi
- Pantau perdarahan
- Pantau skala nyeri
- Pantau kala IV

Antisipasi Masalah potensial : Infeksi pada luka insisi.
Tindakan segera : hacting luka insisi

P : 1. Pantau kala IV.
- Dokter meny hacting luka insisi dengan cara
lapisan 1 : Myometrium tebal di atas endometrium digat secara silang
dengan menggunakan cromcat got no.2 dan 1
lapisan 2 : lapisan mio metrum di atasnya digatit kasur horizontal
dengan menggunakan benang yang sama
lapisan 3 :
Di lakukan reperitonealisasi dengan cara pentoneum digatit
Secara seluruh menggunakan benang elgin catut no 1+2.
Dipersifikan rongga perut dari sisa darah dan kotoran.
Dinding abdomen di jahit lapis semi lapis
Evaluasi : luka operasi telah di hacting dan di plesar dengan
menggunakan supratul, kasa steril dan hifafix

2. Memindahkannya ke ruangan operasi ke ruang pemeliharaan.
- Memantau keadaan dan skala nyeri ibu
 - Memantau perdarahan
 - Melakukan kontak telit ibu/bayi (di dada ibu + 1 jam)

waktu	tekanan dalam	Nadi	suhu	Tflu	kontrolki	kandung kemih	perdarahan
10.40	110/70 mmHg	80 \times l	36,1 $^{\circ}$ C	2 Jari di bawah pusat	baik	kosong	\pm 10cc
10.55	110/70 mmHg	82 \times l	36,2 $^{\circ}$ C	2 Jam + pusat	baik	kosong	\pm 20cc
11.10	110/70 mmHg	80 \times l	36 $^{\circ}$ C	2 Jam + pusat	baik	kosong	\pm 10 cc
11.25	110/80 mmHg	82 \times l	36,2 $^{\circ}$ C	2 Jam + pusat	baik	kosong	\pm 10 cc
11.35	110/70 mmHg	82 \times l	36,15 $^{\circ}$ C	3 Jam + pusat	baik	kosong	\pm 10 cc
12.25	110/70 mmHg	84 \times l	36,05 $^{\circ}$ C	3 Jam + pusat	baik	kosong	\pm 10 cc

STIKes Santa Sisabeth
Medan

Diketahui oleh :

Mahasiswa

(Atri Apri Silalahi)

Dosen Pembimbing

(Errinawaty, SST, M.Kes)

Medan STIKes Santa Elisabeth

Mengantarkan Santa Elisabeth

Persalinan Dengan Letak Bokong

Komplikasi persalinan letak bokong per vaginam.

Pada ibu :

1. Rupture uteri
2. Perdarahan
3. Robekan jalan lahir
4. Trauma jalan lahir
5. Infeksi jalan lahir

Pada bayi :

1. Asfiksia
2. Trauma ekstermitas
3. Trauma tanda vital
4. Meningitis
5. Perdarahan pasca persalinan

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu.



Putri Afri Silalahi
022015052

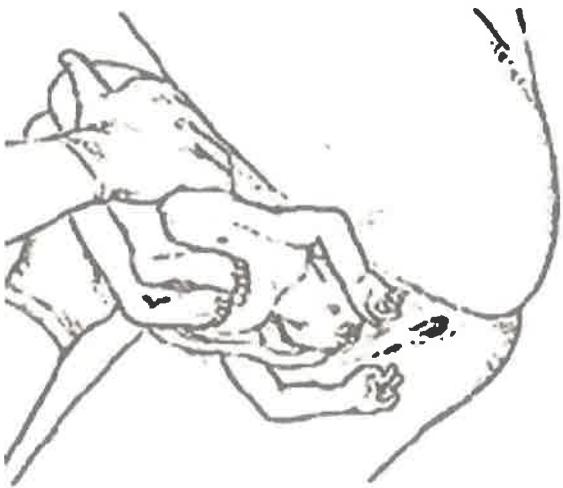
Persalinan letak bokong

Persalinan sungsang adalah persalinan untuk melahirkan janin yang memburuk dalam uterus dengan bokong atau kaki pada bagian bawah dimana bokong atau kaki akan dilahirkan terlebih dahulu daripada anggota badan lainnya.

Persalinan sungsang dapat dilakukan dengan 2 cara :

1. Persalinan pervaginam
 - a. Bokong lahir spontan
 - b. Ekstraksi bokong total bokong
 - c. Ekstraksi parzial

Muller Manusver
(1) Badan bayi dilirik ke bawah sampai bahu depan lahir; kemudian
(2) badan dilirik ke atas ketan sampai bahu bokong lahir



2. Persalinan secara Sectio Caecarea
Merupakan metode yang aman untuk ibu yang mortalitas dan morbilitas tinggi.

Tehnik persalinan bracht

KEGIATAN KONSULTASI PENYELESAIAN LAPORAN TUGAS AKHIR (LTA)

NO.	Hari/tanggal	Dosen pembimbing	Pembahasan	Paraf dosen pembimbing
1.	Senin, 14/05 - 2018	Emanwaty Arisandy, S.S.T, M.Kes	<p>tanda tangan formular surat persetujuan LTA dan menyatakan sebagaimana pembahasan kala II dapat operasional + sesuai dengan data yang ada buat kala - IV</p> <p><i>✓/Aky</i></p>	
2.	Senin, 15/05 - 2018	Emanwaty Sulagun, S.S.T, M.Kes	<p>Konsul bab I sampai bab III bab I tambah anna terjalin bolangs bab II : tamadhi teknis proses Jurnal pertolongan perseluruhan secara SC bab III patentki</p> <p><i>✓/Aky 19</i></p>	
3.	Kamis 17/05 - 2018	Kamis Emanwaty Sulagun, S.S.T, M.Kes	<p>Konsul bab I sampai bab V tambahi teori pada pembahasan kala IV khususnya pada pengobatan sampai evaluasi. Dapat bab V tamadhi keenjangan teori dan praktik dilapangan dapat diberi.</p> <p><i>✓/Aky 19</i></p>	

Medan STIKES Santa Elisabeth

SOPAR

18/9/2018

Bersih setiap hari & alat

Art. 015

11/10/19

Medan

Siti Elizabeth

KEGIATAN REVISI PENYELESAIAN LAPORAN TUGAS AKHIR (LTA)

NO.	Hari/tanggal	Dosen Pengujii	Pembahasan	Paraf dosen penguiji
1	Jumat, 25/05 - 2018	Errawaty Siallagan, S.S.T., M.Kes	Pertama kali ukuran tulisan dan logo. Dafatir tabel dan gambar Dafatir tabel dan gambar Pertanya tentang penilaian pada Bab IV. Pengeluar tentang kompetensi bidang di Bab IV. tambah teori pada hasil dan tindak lanjut. pertantikan penilaian dafatir pada Bab IV.	
2	Sabtu, 26/05 - 2018	Errawaty Siallagan S.S.T., M.Kes	Pertanyaan soal - ikuti pengaruh untuk temuan penyebarluasan - Pertanyaan intisari, dan jicuil abstrak. - penulisan gelar di bawah Pengantar ikuti ketentuan - Pertanyaan tentang penilaian Dafatir isi - Pertanyaan tentang penilaian bab IV - Pertanyaan tentang penilaian pada Bab IV. - Pertanyaan Dafatir pustaka.	

Medan KES Santa Elisabeth

Sem.	28/07 - 2018	Sr. Lidwina. fte	- Lampiran referensi bal II, edit lembar - Lampiran lampiran - Acc filid	- /io
3				