

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN NY. R UMUR 26 TAHUN G2P1A0 USIA KEHAMILAN 39 MINGGU 4 HARI DENGAN LETAK SUNGSANG DI BPS ELNIWATY, Amd.Keb DURI KABUPATEN BENGKALIS

¹⁾ Sari Junisti, ^{*2)} Jumiati

¹Akademi Kebidanan Petro Mandau Husada Duri Riau, ²Universitas Muhamadiyah Riau
Jl. Bhakti, Balai Makam, Kec. Mandau, Kabupaten Bengkalis, Riau –Indonesia

E-mail : ¹⁾ sarijunisti@gmail.com ^{*2)} jumiati@umri.ac.id

Kata Kunci:

Asuhan Kebidanan, bersalin, letak sungsang

ABSTRAK

Kejadian letak sungsang pada janin aterm kira-kira 3% jauh lebih tinggi pada permulaan masa kehamilan kira-kira 40% dari pada kehamilan sebelum 28 minggu antara 17 sampai 31 minggu. Janin letak bokong berada pada resiko morbiditas dan mortalitas prenatal yang lebih tinggi tidak hanya akibat partus tetapi juga karena presentasi. Penelitian ini dilakukan menggunakan teknik observatif deskriptif. Pendekatan yang digunakan adalah studi kasus. Pendekatan dalam studi kasus ini dilaksanakan berdasarkan langkah-langkah manajemen kebidanan yang selanjutnya didokumentasikan dalam bentuk SOAP selama 2 kali kunjungan. Penelitian ini dilaksanakan di BPS Elniwaty, Amd.Keb Duri Kabupaten Bengkalis pada tanggal 30 April 2015 sampai dengan 01 Mei 2015. Responden dalam penelitian ini Ny. R Umur 26 Tahun G2P1A0 Usia Kehamilan 39 Minggu 4 Hari dengan Presentasi Letak Sungsang. Tujuan penelitian ini melaksanakan asuhan kebidanan pada ibu bersalin ny. R dengan letak sungsang. Hasil studi kasus tentang asuhan kebidanan pada Ny. R Umur 26 tahun G2P1A0 Usia Kehamilan 39 Minggu 4 Hari dengan Presentasi Letak Sungsang di BPS Elniwaty, Amd.Keb Duri Kabupaten Bengkalis Tahun 2015 adalah tidak adanya kesenjangan antara teori dan praktek dari pelaksanaan asuhan kebidanan yang diberikan di lapangan, sehingga ibu yang melakukan persalinan pervaginam dengan presentasi letak sungsang (presentasi bokong) dapat dilakukan dengan baik dengan pertolongan kelahiran bayi secara Bracht. Saat pemantauan dilakukan diperoleh hasil keadaan umum ibu baik, TFU pertengahan pusat – simpisis, Lochea rubra dan agak amis, luka jahitan masih basah dan tidak dijumpai tanda-tanda infeksi, Memastikan tidak adanya tanda-tanda bahaya masa. Diharapkan pada ibu hamil untuk meningkatkan pengetahuan tentang letak sungsang dan komplikasi yang dapat terjadi saat persalinan dengan mengikuti penyuluhan atau mencari informasi yang terkait dengan letak sungsang dari berbagai sumber.

Keywords:

Midwifery care, maternity, breech location

Info Artikel

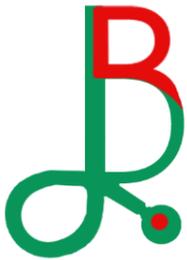
Tanggal dikirim: 7 Juli 2023
Tanggal direvisi: 7 Juli 2023
Tanggal diterima: 7 Juli 2023

ABSTRACT

The incidence of breech position in term fetuses is approximately 3%, much higher at the beginning of pregnancy, approximately 40%, than in pregnancies before 28 weeks between 17 to 31 weeks. Breeched fetuses are at higher risk of prenatal morbidity and mortality not only from parturition but also because of presentation. This research was conducted using descriptive observational techniques. The approach used is a case study. The approach in this case study was carried out based on midwifery management steps which were then documented in the form of SOAP during 2 visits. This research was conducted at BPS Elniwaty, Amd.Keb Duri Bengkalis Regency from April 30 2015 to May 1 2015. Respondents in this study Mrs. R Age 26 Years G2P1A0 Gestational Age 39 Weeks 4 Days with Breech Presentation. The purpose of this research is to carry out midwifery care for mothers giving birth. R with breech position. The results of a case study on midwifery care for Mrs. R Age 26 years G2P1A0 Pregnancy Age 39 Weeks 4 Days with Breech Presentation at BPS Elniwaty, Amd.Keb Duri Bengkalis Regency in 2015 there is no gap between theory and practice in the implementation of midwifery care provided in the field, so that mothers who give birth vaginally with a breech presentation (breech presentation) can be done well with the help of Bracht's birth. When monitoring was carried out, the results obtained were that the mother's general condition was good, mid-central TFU - symphysis, Lochia rubra and slightly fishy, suture wounds were still wet and no signs of infection were found, ensured that there were no signs of mass danger. It is expected that pregnant women will increase their knowledge about the location of the breech and the complications that can occur during labor by attending counseling or seeking information related to the location of the breech from various sources..

Author : Sari Junisti, Jumiati. Publish : 7 Juli 2023

Vol.2, No.1, Tahun 2023



PENDAHULUAN

Letak sungsang merupakan keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala di fundus uteri dan bokong berada di bagian bawah kavum uteri. Letak sungsang salah satu jenisnya yaitu presentasi bokong dengan angka kejadian sekitar 2-4%. Presentasi bokong (Sungsang) didefinisikan bila janin dalam posisi membujur dengan bokong berada di uterus bagian bawah sedangkan kepala di bagian atas. Insidens antara 3-4% dari seluruh proses persalinan dari seluruh dunia. Prosentase persalinan sungsang menurun sesuai dengan usia kehamilan dari 22-25% pada usia 28 minggu menjadi 7-15% pada usia 32 minggu dan 3-4% pada kehamilan aterm [1].

Kejadian letak sungsang pada janin aterm kira-kira 3% jauh lebih tinggi pada permulaan masa kehamilan kira-kira 40% dari pada kehamilan sebelum 28 minggu antara 17 sampai 31 minggu. Janin letak bokong berada pada resiko morbiditas dan mortalitas prenatal yang lebih tinggi tidak hanya akibat partus tetapi juga karena presentasi [2].

World Health Organization (WHO) pada tahun 2010, menegaskan setiap tahun diseluruh dunia 358.000 ibu meninggal saat hamil atau bersalin dimana 355.000 ibu (99%) berasal dari negara berkembang. Rasio kematian ibu di negara-negara berkembang merupakan grade tertinggi dengan 290 kematian ibu per 100.000 kelahiran bayi hidup jika dibandingkan dengan rasio kematian ibu dinegara maju, yaitu 14 kematian ibu per 100.000 kelahiran bayi hidup. Sedangkan sekitar 4 juta pertahun bayi meninggal pada bulan pertama kehidupannya. Seperempat dari mereka meninggal dalam 24 jam kehidupan dan 75% pada minggu pertama kehidupan [3].

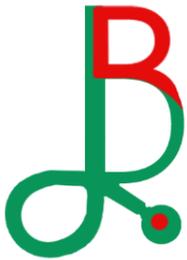
Angka Kematian Ibu (AKI) menjadi salah satu indikator penting dalam menentukan

derajat kesehatan masyarakat. Pada tahun 2007 AKI di Indonesia masih tergolong tinggi di Association of Southeast Asian Nations (ASEAN) jika dibanding dengan AKI dinegara tetangga seperti Filipina 94 per 100.000 per kelahiran hidup, Vietnam yaitu 56 per 100.000 kelahiran hidup, Thailand yaitu 48 per 100.000 kelahiran hidup, Malaysia yaitu 31 per 100.000 kelahiran hidup, Brunai yaitu 21 per 100.000 kelahiran hidup, dan Singapura 9 per 100.000 kelahiran hidup [3].

Berdasarkan Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) terakhir tahun 2007 AKI Indonesia menurun dari 7 per 1000.000 kelahiran hidup pada tahun 2002 menjadi 228 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2007, meskipun demikian angka tersebut masih tertinggi di Asia. Sedangkan, Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia diperoleh data sebesar 35 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2002 dan menurun menjadi 34 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2001 [3].

Data Dinas Kesehatan Provinsi Riau tercatat AKI pada tahun 2010 sebesar 109,9 per 100.000 kelahiran hidup dan meningkat pada tahun 2011 menjadi 122,1 per 100.000 kelahiran hidup. Sedangkan AKB di Provinsi Riau tahun 2010 sebanyak 7,9 per 1000 kelahiran hidup, meningkat menjadi 11,4 per 1000 kelahiran hidup ditahun 2011. Dari jumlah kematian ibu presentasi penyebab kematiannya adalah perdarahan 35%, preeklampsia-eklampsia 25%, infeksi 12%, persalinan lama 12%, dan sebab lain 13% termasuk letak sungsang [4].

Hasil penelitian Widia (2015) berjudul "Hubungan Antara Paritas Dengan Persalinan Letak Sungsang di RSUD dr. H. Andi Abdurrahman Noor Kabupaten Tanah Bumbu", menunjukkan bahwa responden yang mengalami persalinan letak sungsang sebanyak



210 responden (41,2%) dan persalinan normal sebanyak 300 responden (58,8%) [5].

Berdasarkan survei pendahuluan yang dilakukan peneliti di BPS Elniwaty, Amd.Keb pada bulan April 2015 terdapat 7 orang ibu bersalin diantaranya 5 orang ibu bersalin dengan presentasi kepa dan 2 orang ibu bersalin dengan presentasi bokong pervaginam. Hal ini dapat menimbulkan dampak yang mendasar secara langsung akan mengakibatkan komplikasi pada ibu seperti perdarahan, robekan jalan lahir, dan infeksi. Selain itu juga dapat mengakibatkan komplikasi pada bayi seperti asfiksia, perdarahan atau edema jaringan lunak, kerusakan medulla oblongata, kerusakan persendian tulang leher, dan bahkan kematian akibat asfiksia berat [6].

Berdasarkan data diatas, maka penulis tertarik untuk melakukan studi kasus dengan judul “Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Ny. R Umur 26 Tahun G2P1A0 Usia Kehamilan 39 Minggu 4 Hari Dengan Letak Sungsang Di BPS Elniwaty, Amd.Keb Duri Kabupaten Bengkalis Tahun 2015”.

TINJAUAN PUSTAKA

Persalinan dan kelahiran merupakan kejadian fisiologis yang normal dalam kehidupan. Kelahiran seorang bayi juga merupakan peristiwa sosial bagi ibu dan keluarga. Peran ibu adalah melahirkan bayinya. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu) lahir spontan dengan presentasi kepala yang berlangsung dalam waktu 18-24 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun janin [7].

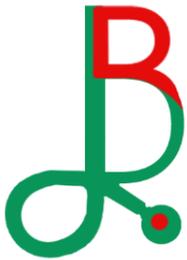
Tahapan persalinan menurut Sulistyawati (2010) adalah sebagai berikut : 1) Kala I (Pembukaan). Kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan 0-10 cm (pembukaan lengkap). Proses ini terbagi menjadi dua fase yaitu fase laten (8 jam) dimana servik membuka sampai 3 cm dan fase

aktif (7 jam) dimana servik membuka dari 3-10 cm. Lamanya kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam sedangkan pada multigravida sekitar 8 jam (Sulistyawati, 2010). Menurut Sumarah (2010) kala I terbagi 2 fase, dimulai dari adanya his yang adekuat sampai pembukaan lengkap, yaitu: a) Fase Laten: Dimulai dari pembukaan 0 sampai pembukaan 3 cm. B) Fase Aktif: Dimulai dari pembukaan 4 cm sampai pembukaan 10 cm. 2) Kala II adalah kala pengeluaran bayi, dimana pembukaan lengkap sampai bayi lahir. Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida (Manuaba, 2010). 3) Kala III adalah waktu pelepasan plasenta. Setelah kala II yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit (Sulistyawati, 2010). 4) Kala IV (observasi) dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum [8].

Letak sungsang merupakan keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala di fundus uteri dan bokong berada di bagian bawah cavum urei. Letak sungsang salah satu jenisnya adalah presentasi bokong dengan angka kejadian sekitar 2-4% [1].

Letak sungsang merupakan letak membujur dengan kepala janin di fundus uteri. Kejadiannya sekitar 3-4%, tetapi mempunyai angka morbiditas dan mortalitas yang tinggi. Presentasi bokong adalah letak memanjang dengan kelainan dalam polaritas. Panggul janin merupakan kutub bawah dengan penunjuk sacrum. Sacrum kanan depan adalah presentasi bokong dengan sacrum janin ada di kuadran kanan depan panggul ibu, dan diameter bitrochanterica janin berada pada diameter obliqua dextra panggul ibu [9].

Faktor-faktor etiologi presentasi bokong meliputi prematuritas, air ketuban yang berlebihan, kehamilan ganda, plasenta previa, panggul sempit, hydrocephalus, dan janin besar. Setiap keadaan yang mempengaruhi masuknya kepala janin ke panggul mempunyai



peranan dalam etiologi presentasi bokong. Banyak yang tidak diketahui sebabnya, dan telah mengkesampingkannya, kemungkinan-kemungkinan lain maka sebab malposisi tersebut baru dinyatakan hanya karena kebetulan saja. Sebaliknya, ada presentasi bokong yang membakat. Beberapa ibu melahirkan bayinya semuanya dengan presentasi bokong, menunjukkan bahwa bentuk panggulnya adalah sedemikian rupa sehingga lebih cocok untuk presentasi bokong daripada presentasi kepala. Implantasi plasenta di fundus atau di comu uteri cenderung untuk mempermudah terjadinya presentasi bokong [10].

Letak janin dalam uterus bergantung pada proses adaptasi janin terhadap ruangan didalam uterus. Pada kehamilan sampai kurang lebih 32 minggu, jumlah air ketuban relative lebih banyak, sehingga memungkinkan janin bergerak dengan leluasa. Dengan demikian janin dapat menempatkan diri dalam presentasi kepala, letak sungsang, ataupun letak lintang. Pada kehamilan triwulan terakhir janin tumbuh dengan cepat dan jumlah air ketuban relative berkurang. Karena bokong dengan kedua tungkai yang terlipat lebih besar daripada kepala, maka bokong dipaksa menempati ruang yang lebih luas di fundus uteri, sedangkan kepala berada dalam ruangan 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 [11].

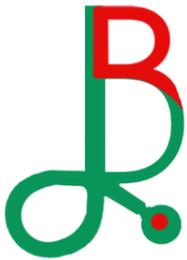
Faktor-faktor lain yang memegang peranan dalam terjadinya letak sungsang diantaranya adalah multiparitas, hamil kembar, hidramnion, hidrosefalus, plasenta previa, dan panggul sempit. Kadang-kadang letak sungsang disebabkan karena kelainan uterus dan kelainan bentuk uterus. Plasenta yang terletak di daerah kornu fundus uteri dapat pula

menyebabkan letak sungsang karena plasenta mengurangi luas ruangan di daerah fundus [1].

Hal –Hal yang Perlu Diperhatikan Sebelum Pertolongan Persalinan: 1) Pembukaan serviks sudah lengkap. 2) Singkirkan adanya ketidaksuaian kepala dan panggul. 3) Kosongkan kandung kemih. 4) Lakukan episiotomy, terlebih adanya tafsiran berat badan janin dan kondisi perineum yang signifikan. 5) Kepastian kemampuan meneran ibu. 6) Persiapan penanganan resusitasi. 7) Posisi ibu litotomi atau dipinggir tempat tidur untuk memperluas bagian lateral panggul dan searah dengan sumbu panggul. 8) Kolaborasi dengan dokter [6].

Persalinan persentasi bokong terdapat 3 fase, yaitu: 1) Fase lambat: dilakukan sebelum bokong lahir dengan tetap melakukan pemantauan. Jangan melakukan kristeler/dorongan pada fundus karena dapat mengakibatkan tangan janin menjungkit ke atas (nuchae arm). 2) Fase bertindak cepat: setelah bayi lahir sampai pusat, janin harus dilahirkan dalam waktu maksimal 8 menit karena tali pusat terhimpit antara badan dan panggul. 3) Fase lambat: pada saat mulut lahir, seluruh kepala kemudian dilahirkan dengan pelan-pelan untuk menghindari resiko perdarahan intrakarnial akibat perbedaan tekanan didalam uterus dan didunia luar dimana tekanan luar lebih rendah [7].

Ada 3 cara persalinan sungsang lewat vagina: Spontan, Persalinan spontan terjadi sepenuhnya merupakan hal secara spontan tanpa dilakukan tarikan atau manipulasi sedikitpun selain memegang janin ketika bokong sudah lahir. Adapun cara sebagai berikut: 1) Bracht, setiap ada his ibu diminta meneran. Bila bokong sudah lahir, penolong kemudian memegang bokong janin tanpa melakukan tarikan dengan cara kedua ibu jari penolong diletakan pada paha janin sedang keempat jari penolong diletakan pada kedua tangan mencengkram bagian sacrum janin. Pada saat



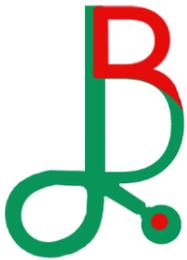
perut lahir, penolong mengendorkan tali pusat, karena tali pusat terjepit antara kepala janin dan panggul, maka janin harus lahir maksimal 8 menit. Setelah angulus scapula inferior lahir, kemudian melakukan hiperlordosis, yaitu bokong diarahkan ke perut ibu sampai seluruh kepala lahir. Bila terjadi kesulitan untuk kelahiran bahu janin ataupun kepala, maka segera lakukan manual aid dengan ekstraksi parsial. Untuk pertolongan segera bayi baru lahir dengan presentasi bokong perlu disiapkan persiapan resusitasi sebelum persalinan untuk Persiapan penanganan asfiksia. 2) Ekstraksi Parsial. a) Cara Klasik bertujuan untuk melahirkan bahu belakang terlebih dahulu. Bahu belakang mempunyai daerah yang lebih luas dengan adanya kurvatura sakrii. Adapun prosedurnya:

Setelah bokong bayi lahir, pegang bokong hingga kaki lahir. Jangan lupa untuk mengendorkan tali pusat. Pegang bokong janin dengan menggunakan ibu jari yang berdampingan pada os sacrum. Selanjutnya bayi ditarik kebawah sehingga scapula dibawah simfisis Bila bahu belakang bayi bahu kiri, maka bayi dipegang dengan tangan kanan penolong pada pergelangan kaki, dengan cara jari telunjuk diselipkan pada kedua kaki janin, kemudian bayi ditarik kearah kanan atas ibu. Bahu dan lengan belakang kiri bayi dilahirkan dengan tangan kiri penolong. Caranya dua jari tangan kiri menelusuri punggung bayi sampai fosa cubiti. Lengan kiri bayi dilahirkan dengan gerakan seolah – olah tangan bayi mengusap mukanya. Begitu juga sebaliknya. Langkah selanjutnya memegang kaki janin dengan tangan penolong pada pergelangan kaki, kemudian bayi ditarik kebawah ke samping berlawanan arah dengan tarikan pertama, dengan gerakan yang sama seperti melahirkan bahu belakang, lahirkan bahu bayi sebelah depan. B) Metode perasat Muller bertujuan untuk penanganan kelahiran bahu depan terlebih dahulu. Caranya sebagai berikut:

Setelah janin lahir sampai perut, longgarkan tali pusat, pegang bokong janin dengan menggunakan ibu jari sejajar pada os sacrum dan keempat jari difemur bagian depan

Selanjutnya janin ditarik kebawah sehingga angulus scapula dibawah simfisis kemudian melahirkan bahu depan terlebih dahulu dengan cara yang sama dengan klasik, untuk melahirkan bahu depan, bayi ditarik kebawah samping, kemudian dua jari menelusuri punggung janin sampai fosa cubiti, lengan depan lahir dengan cara seperti gerakan tangan janin mengusap muka serta ditarik keatas samping/kontra lateral untuk melahirkan bahu dan lengan bawah. c) Cara Lovset, mekanisme kerja metode ini, bahwa bahu belakang selalu berada pada letak yang lebih rendah disbanding dengan bahu depan sehingga dengan memutar bahu belakang menjadi bahu depan, maka bahu akan lahir dengan mudah dibawah simfisis setelah bayi dalam posisi anteroposterior, pegang bokong bayi dengan kedua tangan penolong. Tarik ke bawah sampai scapula berada di bawah simfisis pegang bayi pada dada dan punggung, kemudian bayi diputar 1800 sampai bahu belakang berubah menjadi bahu depan dan lahir dengan arah yang berlainan dengan putaran yang pertama, bayi diulangi diputar 1800 sampai kedua bahu lahir. d) Melahirkan Kepala (cara Mouritceau)

Maneuver ini tujuannya untuk melahirkan kepala janin. Janin diletakan dilengan kiri bawah penolong seperti menunggang kuda. Jari tengah dimasukan kedalam mulut sedangkan jari telunjuk dan jari manis diletakan pada maksila untuk menjaga kepala janin dalam keadaan fleksi. Tangan kanan memegang kedua bahu janin dengan dua jari diletakan pada bahu kanan dan kiri. Pendamping persalinan diminta untuk menekan supra pubik. Janin kemudian ditarik kebawah searah sumbu panggul sampai semua kepala lahir. Penanganan tangan menjungkit (nuchea arm); Dapat terjadi satu atau dua tangan: Bila satu



tangan menjungkit, tangan janin akan terlepas dengan cara mengusap muka, maka putar janin sampai 90 derajat tangan janin menunjuk. Bila dua tangan menjungkit untuk melepaskan kedua tangan janin yang menjungkit, maka bebaskan dengan gerakan seperti diatas, kemudian janin diputar 180 derajat yang berlawanan dengan gerakan pertama penanganan kesulitan kepala; Penanganan melahirkan kesulitan kepala setelah dilakukan cara mauritceau tetap gagal tergantung keadaan janin. Ekstraksi forcep bila janin masih hidup, Kraniotomi bila janin sudah meninggal. e) Ekstraksi kaki relative lebih mudah dibandingkan dengan ekstraksi bokong. Adapun caranya: tangan kanan penolong secara obstetric dimasukan kedalam introitus vagina kemudian setelah menemukan bokong janin, menyusuri sampai paha dan akhirnya kelutut. Lakukan gerakan abduksi dan fleksi pada paha janin. Tangan kiri melakukan tekanan ke arah bawah pada fundus. Tangan yang berada didalam vagina memegang pergelangan tungkai janin dan ditarik keluar dengan perlahan sampai lutut tampak di vulva setelah kedua kaki lahir, maka kedua tangan penolong memegang betis bayi lalu dilakukan tarikan kebawah hingga pangkal paha lahir, kemudian tangan berpindah memegang pangkal paha dan ulangi tarik kebawah hingga kedua trokanter atau bokong lahir selanjutnya bayi dilahirkan dengan manual aid seperti ekstraksi parsial. f) Ekstraksi Bokong dilakukan pada presentasi bokong murni dan bokong berada didasar panggul. Jari telunjuk dimasukan kedalam introitus vagina menelusuri bokong hingga sampai pada lipat paha kemudian melakukan tarikan kearah bawah hingga trokanter lahir. Agar tarikan lebih kuat, maka tangan kiri penolong memegang tangan kiri. Setelah kedua lipat paha kelihatan, maka kedua jari mengait ke arah lipat paha dan melakukan tarikan ke bawah sampai bokong lahir. Selanjutnya bayi

dilahirkan dengan manual aid seperti ekstraksi parsial [12].

METODE

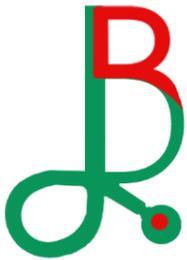
Penelitian ini dilakukan menggunakan teknik observatif deskriptif. Pendekatan yang digunakan adalah studi kasus. Pendekatan dalam studi kasus ini dilaksanakan berdasarkan langkah-langkah manajemen kebidanan yang selanjutnya didokumentasikan dalam bentuk SOAP selama 2 kali kunjungan. Penelitian ini dilaksanakan di BPS Elniwaty, Amd.Keb Duri Kabupaten Bengkalis pada tanggal 30 April 2015 sampai dengan 01 Mei 2015. Responden dalam penelitian ini Ny. R Umur 26 Tahun G2P1A0 Usia Kehamilan 39 Minggu 4 Hari dengan Presentasi Letak Sungsang

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Pengumpulan Data Dasar

Anamnesa pada kunjungan pertama meliputi identifikasi ibu dan suami, riwayat kesehatan sekarang, riwayat kehamilan lalu, riwayat penyakit yang diderita sekarang, dan pernah diderita pada penyakit waktu yang lalu, Riwayat persalinan sekarang, serta riwayat sosial ekonomi. Pola pemenuhan kebutuhan dasar sehari-hari hasil anamnesa yang sifatnya subjektif dilanjutkan dengan data yang lebih objektif melalui pemeriksaan fisik untuk memudahkan dalam menentukan diagnosa, masalah dan kebutuhan ibu.

Menurut tinjauan kasus, Ny. R berumur 26 tahun G2P1A0 usia kehamilan 39 minggu 4 hari dengan presentasi letak sungsang, yaitu letak bokong, datang ke BPS pada pukul 10.00 wib dengan keluhan perut terasa mules dan sakit menjalar ke pinggang, keluar lendir bercampur darah (\pm 20cc), ketuban masih utuh. Ibu merasakan kontraksi sejak pukul 07.30 wib, frekuensi 3 x dalam 10 menit, durasi 30 detik, hari ini



adalah hari taksiran persalinan ibu. Ibu mengatakan rasanya nyeri pada daerah perut bagian atas dan nyeri pada pinggang. Bidan melakukan pemeriksaan yakni keadaan umum ibu baik dan stabil, tanda-tanda vital (tekanan darah 110/70 mmHg, denyut nadi 80 x/i, pernafasan 20 x/i, dan suhu 36,50C), muka ibu tidak pucat, konjungtiva tidak anemi, dan sklera tidak ikteris, pada payudara ibu (putting susu menonjol dan sudah ada pengeluaran colostrum), pembesaran abdomen sesuai dengan usia kehamilan, tidak ada bekas luka operasi, linea nigra, striae livide, kandung kemih kosong.

Pada palpasi uterus diperoleh TFU 30 cm, kontraksi 4x dalam 10 menit durasi 45 detik, presentasi janin bokong, posisi punggung kanan, penurunan 0/5, TBBJ 2,945 gram, djj (teratur, frekuensi 146 x/i, punc max. Kuadran kiri atas pusat). Pada pemeriksaan dalam pukul 10.05 wib, diperoleh pembukaan serviks 10 cm, portio menipis, konsistensi lunak, ketuban masih utuh, presentasi bokong, penurunan sudah di Hodge IV, posisi os sacrum, pengeluaran pervaginam (lendir+darah sebanyak ± 20 cc). Pemeriksaan diagnostik/pemeriksaan penunjang tidak dilakukan.

Ada kasus penelitian ini keluhan utama adalah Ibu mengatakan rasanya nyeri pada daerah perut bagian atas dan nyeri pada pinggang. Ibu datang ke BPS pada pukul 10.00 wib dengan keluhan perut terasa mules dan sakit menjalar ke pinggang, keluar lendir bercampur darah (± 20 cc), ketuban masih utuh. Ibu merasakan kontraksi sejak pukul 07.30 wib, frekuensi 3 x dalam 10 menit, durasi 30 detik. Data di atas sesuai dengan tinjauan teoritis untuk letak sungsang (presentasi bokong) yaitu keluhan utama pada ibu bersalin dengan presentasi bokong keluhan yang dirasakan biasanya merasa penuh di bagian atas dan

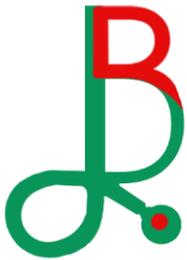
gerakan terasa lebih banyak di bagian bawah [1].

Pada hasil data objektif pada kasus penelitian ini sesuai dengan teoritis Rukiyah (2010), dimana pada pemeriksaan palpasi abdomen leopold I dan III diperoleh dua bagian besar yaitu pada fundus ibu teraba kepala janin, dan pada bagian bawah teraba bokong janin. Pada saat auskultasi punc max djj terdengar berada di kuadran kiri atas pusat, dan pada pemeriksaan dalam teraba bokong janin posisi os sacrum. Hal ini sesuai dengan teori yang ada, maka dapat disimpulkan bahwa hasil pengumpulan data yang telah diperoleh menunjukkan antara teori dan praktek tidak ada kesenjangan [13].

2. Interpretasi Data

Dalam menegakkan diagnosa atau masalah kebidanan berdasarkan pendekatan asuhan kebidanan didukung dan ditunjang oleh beberapa data, pada kasus ini diagnosa kebidanannya adalah Ny. R umur 26 tahun G2P1A0 usia kehamilan 39 minggu 4 hari dengan presentasi letak sungsang. Masalah yang dialami oleh Ny. R adalah ibu merasa khawatir dan cemas dengan rasa nyeri yang dirasakan dari perut menjalar ke pinggang. Kebutuhan Ny. R adalah asuhan sayang ibu, persiapan alat dan bahan yang digunakan untuk pertolongan kelahiran janin, pemantauan persalinan dengan menggunakan lembar partograf, persiapan ibu dan keluarga, dan pertolongan kelahiran bayi dengan presentasi bokong.

Penelitian ini sejalan dengan teori Cunningham (2013). yaitu ibu merasakan gerakan janin lebih banyak di bagian bawah, ibu merasakan penuh di bagian atas, dan ibu mengatakan gerakan janin aktif. Pada pemeriksaan palpasi, dan pemeriksaan genetalia terdapat presentasi bokong. masalah disini yang berhubungan



dengan reaksi yang berhubungan dengan posisi bayi yaitu presentasi bokong. Ibu merasa cemas, takut, khawatir. Pada langkah ini tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek, baik dalam penegakkan diagnosa kebidanan, masalah, dan kebutuhan [14].

3. Identifikasi Diagnosa/Masalah Potensial

Diagnosa potensial adalah suatu pernyataan yang timbul berdasarkan masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini dibutuhkan antisipasi dan bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Dengan mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosa potensial yang akan terjadi berdasarkan diagnosa/masalah yang sudah ada dan merumuskan tindakan apa yang perlu diberikan untuk mencegah atau menghindari masalah/diagnosa potensial yang akan terjadi. Diagnosa potensial pada Ny. R tidak ada, karena Ny. R menunjukkan adanya kemajuan persalinan, yakni datang ke BPS sudah pembukaan lengkap, ketuban masih utuh, dan TBBJ janin 2,945 gram. Hal ini tidak sejalan dengan teori dari Pada ibu dapat terjadinya: a) Perdarahan dan laserasi jalan lahir, yang terjadi akibat persalinan yang terlalu cepat dan dipaksakan melalui panggul yang terlampau kecil atau melalui bagian-bagian lunak yang belum cukup terbuka [10]; b) Infeksi, pada persalinan bokong dapat terjadi infeksi karena persalinan berlangsung lama, pemeriksaan dalam yang dilakukan berulang-ulang dan ketuban yang pecah ketika pembukaan masih kecil Pada bayi: after coming head, asfiksia, trauma persalinan [15]. Dalam langkah ini ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek dalam mengidentifikasi diagnosa dan masalah potensial.

4. Antisipasi Tindakan Segera Dan Kolaborasi

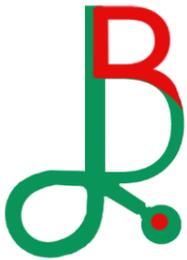
Antisipasi tindakan segera dan

kolaborasi mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan, di dalam teori antisipasi yaitu mengidentifikasi situasi yang gawat dimana bidan harus bertindak segera untuk kepentingan keselamatan jiwa [13]. Pada presentasi bokong yang mengalami komplikasi diperlukan tindakan kolaborasi dengan dokter spesialis kandungan dan spesialis anak yang berguna untuk mengetahui komplikasi yang mungkin terjadi [16]. Antisipasi tindakan segera yang dapat dilakukan pada presentasi bokong adalah diantaranya: melakukan perbaikan KU dengan memasang infuse, pemberian uterotonika, penjahitan laserasi jalan lahir, resusitasi.

Pada kasus penelitian ini tidak dilakukan tindakan segera/kolaborasi. Dikarenakan ibu dan keluarga menginginkan persalinannya dibantu oleh bidan dan bersedia menyetujui informed consent yang diberikan. Pada kasus ini sejalan dengan teori yakni adanya dilakukan pemasangan infus, pemberian uterotonika pada ibu dan penjahitan laserasi jalan lahir. Pada langkah ini ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek dalam menetapkan antisipasi tindakan segera dan kolaborasi.

5. Rencana Tindakan Asuhan Kebidanan

Pada kasus Ny.R dengan letak sungsang (presentasi bokong), perencanaan yang dilakukan adalah informasikan hasil pemeriksaan, beritahu ibu kondisinya saat ini, observasi keadaan umum dan tanda-tanda vital, dan kemajuan persalinan, memberikan asuhan sayang ibu dalam menghadapi proses persalinan, pemantauan persalinan dengan lembar partograf, persiapan alat dan bahan untuk pertolongan persalinan kelahiran bayi, persiapan ibu dan keluarga, lakukan informed consent, dan lakukan



pertolongan kelahiran bayi.

6. Implementasi Tindakan Asuhan Kebidanan

Pelaksanaan asuhan kebidanan pada bayi Ny. R dengan persalinan letak sungsang merupakan pelaksanaan dari rencana tindakan asuhan menyeluruh [17]. Pada langkah pelaksanaan ini telah dilakukan dan dikerjakan sesuai dengan rencana asuhan yang telah dibuat. Pada kasus ini tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek dalam menetapkan pelaksanaan secara menyeluruh.

7. Evaluasi Asuhan Kebidanan

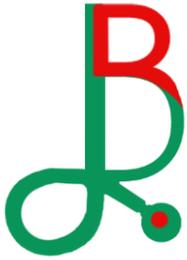
Evaluasi merupakan langkah terakhir untuk menilai keefektifan dari rencana asuhan yang diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan dalam masalah diagnose [17]. Evaluasi dari kasus ini adalah bayi dilahirkan pervaginam dengan cara Bracht dengan berat bayi 2.900 gram, setelah dilakukan kunjungan ulang sebanyak 2 kali kunjungan dengan hasil keadaan umum keadaan umum ibu baik, tanda-tanda vital (tekanan darah 110/70mmHg, denyut nadi 80x/menit, pernafasan 20x/menit, suhu 36,70C), TFU pertengahan pusat – simpisis, Lochea rubra dan agak amis, Jumlah darah \pm 5 cc, Luka jahitan masih basah dan tidak dijumpai tanda-tanda infeksi, Memastikan tidak adanya tanda-tanda bahaya masa nifas seperti demam tinggi, perdarahan pervaginam yang hebat, rasa sakit dibawah abdomen, sakit kepala terus menerus, payudara terasa sakit berubah menjadi merah dan panas. Serta menganjurkan kepada ibu agar segera menghubungi jika mengalaminya. Dalam kasus ini tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek di lapangan dalam evaluasi kasus letak sungsang (presentasi bokong) tersebut.

KESIMPULAN

Dari hasil studi kasus yang penulis peroleh tentang asuhan kebidanan pada Ny. R Umur 26 tahun G2P1A0 Usia Kehamilan 39 Minggu 4 Hari dengan Presentasi Letak Sungsang di BPS Elniwaty, Amd.Keb Duri Kabupaten Bengkalis Tahun 2015 adalah tidak adanya kesenjangan antara teori dan praktek dari pelaksanaan asuhan kebidanan yang diberikan di lapangan, sehingga ibu yang melakukan persalinan pervaginam dengan presentasi letak sungsang (presentasi bokong) dapat dilakukan dengan baik dengan pertolongan kelahiran bayi secara Bracht. Saat pemantauan dilakukan diperoleh hasil keadaan umum ibu baik, tanda-tanda vital (tekanan darah 110/70mmHg, denyut nadi 80x/menit, pernafasan 20x/menit, suhu 36,70C), TFU pertengahan pusat – simpisis, Lochea rubra dan agak amis, Jumlah darah \pm 5 cc, Luka jahitan masih basah dan tidak dijumpai tanda-tanda infeksi, Memastikan tidak adanya tanda-tanda bahaya masa nifas seperti demam tinggi, perdarahan pervaginam yang hebat, rasa sakit dibawah abdomen, sakit kepala terus menerus, payudara terasa sakit berubah menjadi merah dan panas. Serta menganjurkan kepada ibu agar segera menghubungi jika mengalaminya.

DAFTAR PUSTAKA

- [1] S. S. Prawirohardjo S, Winkjosastro H, *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, 2010.
- [2] Marmi, *Pengantar Kuliah Obstetri*. Yogyakarta: Pustaka Belajar, 2012.
- [3] R. Depkes, “Profil Data Kesehatan Indonesia,” Jakarta, 2011.
- [4] E. Katijo Sempono, Muhammad Yunus, *Profil Kesehatan Provinsi Riau tahun 2011*. Pekanbaru: Dinas Kesehatan Provinsi Riau, 2011.
- [5] L. Widia, “Hubungan Antara Paritas Dengan Persalinan Letak Sungsang di RSUD dr. H. Andi Abdurrahman Noor Kabupaten Tanah Bumbu,” *J.*



JUBIDA (Jurnal Kebidanan)
Vol 2. No.1, Juli 2023

- Kebidanan dan Keperawatan Aisyiyah*, vol. 13, no. 1, 2017.
- [6] Yanti, *Buku Ajar Kebidanan Persalinan*. Yogyakarta: Pustaka Rihama, 2010.
- [7] Sumarah, *Perawatan Ibu Bersalin : Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin*. Yogyakarta: Fitramaya, 2009.
- [8] D. Sulistyawati, *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin*. Jakarta: Salemba Medika, 2010.
- [9] D. Manuaba, *Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan dan KB untuk Pendidikan Bidan, (edisi II)*. Jakarta: EGC, 2010.
- [10] R. . Oxorn, H & William, *Ilmu Kebidanan Patologi & Fisiologi Persalinan*. Yogyakarta: Yayasan Essentia Medika, 2010.
- [11] I. dan M. Z. H. Sukarni, *Kehamilan, Persalinan, dan Nifas*. Yogyakarta: Nuha Medika, 2014.
- [12] P. E. dan S. Elisabeth, *Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal & Neonatal*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press, 2015.
- [13] A. Y. Rukiyah, *Asuhan Kebidanan Patologi*. Jakarta: TIM, 2010.
- [14] D. Cunningham, *Obstetri Williams*. Jakarta: EGC, 2013.
- [15] M. L. B. . Manuaba, I.B.G., Chandranita M.I.A., & Fajar, *Pengantar Kuliah Obstetri*. Jakarta: EGC, 2010.
- [16] A. Y. Rukiyah, *Asuhan Neonatus, Bayi dan Anak Balita*. Jakarta: CV. Trans Info Media, 2012.
- [17] H. Varney, *Varney's Midwife*. London and Singapura: Jones anf Barlett, 2004.