

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Medis

1. Definisi

Letak sungsang merupakan keadaan di mana 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 % (Prawirohardjo, 2006 : 606).

Letak sungsang merupakan letak membujur dengan kepala janin di fundus uteri. Kejadiannya sekitar 3-4 %, tetapi mempunyai angka morbiditas dan mortalitas yang tinggi (Manuaba, 2001; h. 237).

Presentasi bokong adalah letak memanjang dengan dengan kelainan dalam polaritas. Panggul janin merupakan kutub bawah dengan penunjuk sacrum. Sacrum kanan depan (RSA = right sacrum anterior) adalah presentasi bokong dengan sacrum janin ada di kuadran kanan depan panggul ibu, dan diameter bitrochanterica janin berada pada diameter obliqua dextra panggul ibu (Oxorn, 2010; h. 195).

2. Etiologi

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 mengesampingkan 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 dari pada presentasi kepala. Implantasi plasenta di fundus atau di cornu uteri cenderung untuk mempermudah terjadinya presentasi bokong (Oxorn, 2010; h. 195).

3. Jenis-jenis letak sungsang

- a. Letak bokong murni atau presentasi bokong murni, dalam bahasa inggris "frank breech". Bokong saja yang menjadi bagian depan, sedangkan kedua tungkai lurus ke atas.
- b. Letak bokong kaki atau presentasi bokong kaki di samping bokong teraba kaki, dalam bahasa inggris "complete breech". Disebut letak bokong kaki sempurna atau tidak sempurna jika disamping bokong teraba kedua kaki atau salah satu kaki saja.
- c. Letak lutut atau presentasi lutut.
- d. Letak kaki atau presentasi kaki, dalam bahasa inggris kedua letak yang terakhir ini disebut "incomplete breech presentation" (Sastrawinata, 2005; h. 132).

Dari sumber lain jenis presentasi bokong antara lain :

- a. Bokong dengan tungkai ekstensi (frang breech) : presentasi dengan pinggul fleksi dan tungkai ekstensi pada abdomen. Dari kasus presentasi bokong yang terjadi tujuh puluh persennya adalah jenis ini. Kasus ini banyak terjadi terutama pada primigravida yang tonus otot uterusnya yang baik menghambat tungkai dan putaran bebas janin.

- b. Bokong sempurna (complete breech) : sikap janin pada posisi ini fleksi sempurna, dengan pinggul dan lutut fleksi dan kaki terlipat kedalam di samping bokong.
 - c. Bokong footling (footling breech) : hal ini jarang terjadi, satu atau kedua kaki menjadi bagian presentasi karena baik pinggul atau lutut tidak sepenuhnya fleksi. Kaki lebih rendah dari bokong.
 - d. Presentasi lutut : pada posisi ini satu atau kedua pinggul mengalami ekstensi, dengan lutut fleksi (Myles, 2009 ; h.551).
4. Komplikasi persalinan letak sungsang.
- a. Morbiditas dan mortalitas bayi yang tinggi.
 - b. Komplikasi segera pada ibu terjadi trias komplikasi :
 - 1) Perdarahan.
 - 2) Trauma persalinan.
 - 3) Infeksi.
 - c. Komplikasi pada bayi :
 - 1) Perdarahan : Intrakranial.
 - 2) Infeksi pascapartum : Meningitis dan infeksi lainnya.
 - 3) Trauma persalinan : Fraktur ekstremitas, liver ruptura, dan lien ruptura.
 - 4) Aspirasi air ketuban
 - d. Kematian bayi karena asfiksia berat, perdarahan intrakranial, dan infeksi otak meningitis (Manuaba, 2001 ; h. 238).
5. Pemeriksaan menunjang.
- a. Pemeriksaan abdominal antenatal
 - 1) Letaknya adalah memanjang.

- 2) Di atas panggul teraba lunak, irreguler dan tidak terasa seperti kepala. Dicurigai bokong. Pada presentasi bokong murni otot-otot paha teregang di atas tulang-tulang dibawahnya, memberikan gambaran keras menyerupai kepala dan menyebabkan kesalahan diagnostik.
- 3) Punggung ada disebelah kanan dekat dengan garis tengah. Bagian-bagian kecil ada disebelah kiri, jauh dari garis tengah dan belakang.
- 4) Kepala teraba di fundus uteri, mungkin kepala sukar diraba, bila kepala ada di bawah hepar atau iga-iga, kepala lebih keras dan lebih bulat dibandingkan dengan bokong, dan kadang dapat dipantulkan. Kalau di fundus terdapat massa yang dapat dipantulkan, harus dicurigai presentasi bokong.
- 5) tonjolan kepala tidak ada dan bokong tidak dapat dipantulkan.

b. Denyut jantung janin

Denyut jantung janin terdengar paling keras pada atau diatas umbilicus dan pada sisi yang sama dengan punggung. Pada RSA denyut jantung janin terdengar paling keras di kuadran kanan atas perut ibu. Kadang-kadang denyut jantung janin terdengar di bawah umbilicus, dalam hal ini maka diagnosis yang dibuat dengan palpasi jaringan dirubah oleh karena denyut jantung janin terdengar tidak ditempat yang biasa.

c. Pemeriksaan vaginal

- 1) Bagian terendah teraba tinggi.

- 2) Tidak teraba kepala yang keras, rata dan teratur dengan garis-garis sutura, dan fontanela. Hasil pemeriksaan negative ini menunjukkan adanya mal presentasi.
- 3) Bagian terendah teraba lunak dan irregular. Anus dan tuber ischiadicum terletak pada satu garis. Bokong dapat dikelirukan dengan muka.
- 4) Kadang-kadang pada presentasi bokong murni sacrum tertarik ke bawah dan teraba oleh jari-jari pemeriksa. Ia dapat dikelirukan kepala oleh karena tulang yang keras.
- 5) Sacrum ada di kuadran kanan depan panggul, dan diameter bitrochanterica ada pada diameter oblique kanan.
- 6) Kadang-kadang teraba kaki dan harus dibedakan dengan tangan.

d. Pemeriksaan ultrasound

Pemeriksaan ultrasound dilakukan untuk memperlihatkan secara lebih jelas pada presentasi bokong.

e. Pemeriksaan sinar-X

Sinar-X berguna baik untuk menegakkan diagnosis maupun untuk memperkirakan ukuran dan konfigurasi panggul ibu. Pemeriksaan sinar-X harus dikerjakan pada semua primigravida dan pada multipara yang mempunyai riwayat penyulit atau bayi-bayi yang lahirkan sebelumnya kecil semua. Sinar-X menunjukkan dengan tepat sikap dan posisi janin demikian pula kelainan-kelainan seperti hydrocephalus (Oxorn, 2010 ; h.198).

6. Penatalaksanaan Medis

a. Penatalaksanaan antenatal

Jika telah terdeteksi presentasi bokong pada usia gestasi 36 minggu atau lebih, maka harus segera merujuk ke dokter. Presentasi dapat dipastikan dengan hasil pemeriksaan ultrasound atau sinar-X. Untuk penatalaksanaan presentasi bokong selama kehamilan dokter spesialis obstetrik mengambil keputusan penatalaksanaan tersebut biasanya ditangguhkan sampai mendekati cukup bulan.

1) Versi sefalik eksternal

Pertimbangan versi luar masih mungkin dilakukan dengan syarat :

(a) Saat kehamilan

- (1) Umur kehamilan sekitar 35-36 minggu.
- (2) Masih mudah dilakukan karena air ketuban masih banyak
- (3) Bagian terendah belum masuk PAP.

(b) Saat inpartu

- (1) Pembukaan kurang dari 4 cm.
- (2) Ketuban masih intak.
- (3) Bagian terendah sudah masuk PAP.

b. Penatalaksanaan dalam persalinan

1) Mekanisme persalinan pada persalinan bokong

Pada presentasi bokong ada tiga mekanisme persalinan yaitu :

a) Bahu dan tungkai bawah

(1) Penurunan

Bokong masuk panggul apabila diameter bitrochanterica telah melewati PAP. Pada RSA (right sacrum anterior) maka sacrum ada di kuadran kanan depan panggul ibu, dan diameter bitrochanterica ada pada diameter obliqua kanan. Oleh karena bokong merupakan pembuka yang kurang baik dibanding kepala, penurunan berjalan lambat dan mungkin bokong masih tetap tinggi sampai persalinan sudah berjalan beberapa lama. Kebanyakan bokong tidak turun sampai pembukaan lengkap dan ketuban pecah.

(2) Fleksi

Untuk memudahkan lewatnya bokong melalui panggul, terjadi fleksi lateral pada panggul. Panggul depan menjadi bagian terendah. Apabila presentasi bokong murni, kaki janin dapat menghambat penurunan bokong kedalam panggul.

(3) Putaran paksi dalam

Panggul depan mendapat tahanan dari dasar panggul dan berputar ke depan bawah ke arah garis tengah. Diameter bitrochanterica berputar 45 derajat dari diameter oblique kanan panggul ke anterioposterior. Sacrum berputar menjauhi garis tengah, dari kuadran kanan depan ke kanan lintang.

(4) Bokong lahir dengan fleksi ke lateral

Panggul depan terbentur di bawah symphysis pubis, terjadi fleksi ke lateral, dan panggul belakang keluar dan dilahirkan di atas perineum. Kemudian bokong jatuh ke arah anus dan panggul depan tergelincir keluar di bawah symphysis.

b). Bahu dan lengan

(1) Masuk panggul

Bahu masuk panggul pada diameter oblique kanan panggul, ketika sacrum berputar menjauhi garis tengah, dari kuadran kanan depan ke kanan lintang.

(2) Putaran paksi dalam

Bahu depan berputar di bawah symphysis, dan diameter bisacromialis berputar 45 derajat dari diameter obliqua kanan ke diameter anterioposterior. Sacrum mengikuti dari kuadran kanan depan ke kanan lintang.

(3) Bahu lahir dengan fleksi ke lateral

Bahu depan terbentur dibawah symphysis dan bahu belakang dengan lengan dilahirkan di atas perineum ketika tubuh bayi diangkat ke atas. Kemudian bayi diturunkan dan bahu depan dengan lengan keluar di bawah symphysis.

c). Kepala

(1) Penurunan dan masuk panggul

Pada saat bahu ada di PBP, kepala mencapai panggul. Ia mencapai panggul dengan sutura sagitalis

pada diameter oblique kiri. UUK ada dikuadran kanan depan panggul.

(2) Fleksi

Flesi kepala terjadi seperti pada presentasi lain. Penting bahwa fleksi ini dipertahankan.

(3) Putaran paksi dalam

Kepala sampai di dasar panggul dan mengadakan putaran paksi dalam sehingga ia mencapai PBP dengan sutura sagitalis pada diameter anterioposterior, dahi pada lengkung sacrum dan UUK di bawah symphysis. Sacrum berputar kearah pubis sehingga punggung ada di depan.

(4) Kepala lahir dengan fleksi

Diameter-diameternya sama dengan kedudukan UUK depan tetapi dalam arah yang sebaliknya. Tengukuk menjadi titik putar di bawah symphysis, dan dagu, mulut, hidung, dahi, bregma, dan UUK dilahirkan di atas perineum dengan gerakan fleksi (Oxorn, 2010 ; h. 206).

2) Pertolongan persalinan dalam presentasi bokong

Menolong persalinan letak sungsang diperlukan lebih banyak ketekunan dan kesabaran dibandingkan dengan pertolongan persalinan presentasi kepala. Selama terjadi kemajuan pada persalinan dan tidak ada tanda-tanda bahaya yang mengancam kehidupan janin, maka menolong tidak perlu melakukan tindakan yang bertujuan untuk mempercepat kelahiran janin.

Pimpinan persalinan :

a) Cara berbaring :

- (1) Litotomi sewaktu inpartu
- (2) Semi fowler

b) Melahirkan bokong :

- (1) Mengawasi sampai lahir spontan
- (2) Mengait dengan jari
- (3) Mengait dengan pengait bokong
- (4) Mengait dengan tali sebesar kelingking

c) Ekstrasi kaki :

Ekstrasi pada kaki lebih mudah. Pada letak bokong janin dapat dilahirkan dengan cara vaginal atau abdominal (seksio sesarea).

3) Cara melahirkan pervaginam

Terdiri dari partus spontan (pada letak sungsang janin dapat lahir secara spontan seluruhnya) dan manual aid (manual hilfe).

Waktu memimpin partus dengan letak sungsang harus diingat bahwa ada 2 fase :

Fase I : Fase menunggu

Sebelum bokong lahir seluruhnya, kita hanya melakukan observasi. Bila tangan tidak menjungkit ke atas (nuchee arm), persalinan akan mudah. Sebaliknya jangan dilakukan ekspresi Kristeller, karena hal ini akan memudahkan terjadinya tangan menjungkit keatas.

Fase II : Fase untuk bertindak cepat.

Bila badan janin sudah lahir sampai pusat, tali pusat akan tertekan antara kepala dan panggul, maka janin harus lahir dalam waktu 8 menit. Untuk mempercepat lahirnya janin dapat dilakukan manual AID.

a) Cara Melahirkan Bahu dan Lengan

(1) Cara Klasik (deventer)

Pegang bokong dengan menggunakan ibu jari berdampingan dengan os sacrum dan jari lain dilipat paha. Kemudian janin ditarik ke arah bawah, sehingga scapula berada di bawah simfisis. Lalu lahirkan bahu dan lengan belakang, kemudian lengan depan.

(2) Cara Lovset

Setelah sumbu bahu janin berada dalam ukuran muka belakang, tubuhnya ditarik kebawah lalu dilahirkan bahu serta lengan belakang. Setelah itu janin diputar 90 derajat sehingga bahu depan menjadi bahu belakang, lalu dikeluarkan seperti biasa.

(3) Cara Muller

Tarik janin vertical kebawah lalu dilahirkan bahu dan lengan depan.

(4) Cara Bracht

Melahirkan bahu lengan depan bisa spontan atau dikait dengan satu jari menyapu muka. Lahirkan bahu

belakang dengan menarik kaki ke atas lalu bahu lengan belakang dikait menyapu kepala.

Bokong ditangkap, tangan diletakkan pada paha dan sacrum, kemudian janin ditarik keatas. Biasanya hal ini dilakukan pada janin kecil dan multipara.

(5) Cara Potter

Dikeluarkan dulu lengan dan bahu depan dengan menarik janin ke bawah dan menekan dengan dua jari pada scapula. Badan janin diangkat keatas untuk melahirkan lengan dan bahu belakang dengan menekan scapula belakang.

b) Melahirkan Kepala

(1) Mauriceau (veit smellie)

Masukkan jari-jari dalam mulut (muka mengarah ke kiri = jari kiri, mengarah ke kanan). Letakkan anak menunggang pada lengan sementara tangan lain memegang pada tengkuk, lalu tarik ke bawah sampai rambut dan kepala dilahirkan. Kegunaan jari dan mulut, hanya untuk menambah fleksi kepala.

7. Penatalaksanaan berdasarkan prosedur tetap persalinan risiko tinggi
BADAN RUMAH SAKIT DAERAH Kabupaten Wonosobo no dokumen 02-05-06-108 tanggal terbit 17 Juli 2006 halaman 1/3.

a. Pengertian

Adalah pertolongan persalinan yang harus dilakukan di rumah sakit karena kemungkinan terjadi risiko pada ibu dan bayinya.

b. Tujuan

- 1) Mengurangi terjadi risiko pada ibu dan bayi
- 2) Menurunkan angka kematian ibu dan bayi
- 3) Mencegah terjadinya komplikasi pada ibu dan bayi.

c. Kebijakan

Pada persalinan : Sungsang (terutama primigravida); gemeli; letak lintang; pada ibu dengan kelainan jantung; fetal distress; distoksia bahu (terutama pada janin besar).

d. Petugas

Dokter spesial obsgyn dan bidan.

e. Prosedur

Persalinan Sungsang

- 1) Tidak dilakukan partus percobaan dalam penanganan persalinan sungsang.
- 2) Pengawasan persalinan kala I tetap menggunakan partogram.
- 3) Pada presentasi kaki atau bokong kaki tak sempurna harus waspada terhadap prolapsus tali pusat bila ketuban pecah dan bahaya ibu meneran sebelum pembukaan lengkap.
- 4) Kandung kencing dan rectum harus dikosongkan.
- 5) Ibu baru dipimpin meneran apabila bokong sudah tampak di vulva.
- 6) Pada primipara atau multipara dengan jalan lahir yang kaku dilakukan episiotomi lebar, cunam piper/naegle harus selalu disiapkan.
- 7) Bayi harus sudah lahir dalam waktu kurang dari 10 menit setelah tali pusat lahir.

- 8) Usahakan bayi lahir spontan (secara bracht).
- 9) Bila perasat Bracht tidak berhasil segera lakukan manual aid secara klasik, mueller atau loevset, kepala dilahirkan secara mauriceau bila sulit segera lahirkan dengan cunam piper.
- 10) Dilakukan SC pada kasus :
 - a) Curiga Disproporsi kepala panggul (DKP)
 - b) Partus mulai menunjukkan tanda-tanda tak lancar
 - c) Kelainan His
 - d) Primitua atau riwayat infertilitas
 - e) Taksiran berat janin >3500 gr.

Persalinan dengan penyulit khusus

- 1) Distoksia bahu
 - a) Lakukan episiotomi lebar.
 - b) Lahirkan bahu dengan cara : Tekan daerah suprapubis dan lakukan dorongan yang terkendali pada fundus uteri, bila bahu masih sulit lahir lakukan mekanisme sakrup, kait ketiak belakang bayi dan putar 180 derajat ke anterior sehingga lengan belakang lahir di anterior, selanjutnya lahirkan badan bayi seperti biasa.
- 2). Gawat janin (Fetal Distress)
 - a) Air ketuban bercampur mekonium pada presentasi kepala, denyut jantung tidak teratur dan diluar batas normal (N: 120 – 160 dpm).
 - b) Lakukan resusitasi janin intrauterin : Berikan oksigen 4 lt/mnt, ibu posisi miring ke kiri berikan tokolitik.

c) Persalinan harus segera diakhiri dalam waktu 10 menit setelah diagnosis gawat janin ditetapkan, cara pengakhiran persalinan sesuai dengan syarat yang terpenuhi saat itu.

f. Unit terkait

Kamar bersalin, kamar operasi, IGD.

B. Teori Tinjauan Asuhan Kebidanan

1. Manajemen kebidanan menurut varney

Proses manajemen kebidanan terdiri dari tujuh langkah yang berurutan dan setiap langkah disempurnakan secara periodik. Proses ini memperkenalkan sebuah metode dengan pengorganisasian, pemikiran dan tindakan-tindakan dengan urutan yang logis dan menguntungkan baik bagi klien maupun bagi tenaga kesehatan. Ketujuh langkah tersebut membentuk suatu kerangka lengkap dimulai dari pengumpulan data dasar dan berakhir dengan evaluasi dan dapat diaplikasikan dalam situasi apapun. Setiap langkah dapat diuraikan menjadi langkah-langkah yang lebih rinci dan dapat berubah sesuai kebutuhan pasien. Langkah-langkah tersebut adalah sebagai berikut (Muslihatun, 2009 ; h. 113).

a. Langkah I : Pengumpulan Data Dasar

Langkah pertama merupakan awal yang akan menentukan langkah berikutnya, mengumpulkan data adalah menghimpun informasi tentang klien/orang yang meminta asuhan. Memilih informasi data yang tepat diperlukan analisa suatu situasi yang menyangkut manusia karena sifat manusia yang kompleks. Kegiatan pengumpulan data dimulai saat klien masuk dan dilanjutkan secara terus menerus selama proses asuhan kebidanan berlangsung, data yang diambil bisa dikumpulkan dari

berbagai sumber, yaitu sumber yang dapat memberikan informasi paling akurat yang dapat diperoleh secepat mungkin dan upaya sekecil mungkin, pasien adalah sumber informasi yang akurat dan ekonomis, disebut sumber data primer, sumber data alternatif atau sumber data sekunder adalah data yang sudah ada, praktikan kesehatan lain, anggota keluarga. Teknik pengumpulan data ada tiga yaitu :observasi, wawancara, pemeriksaan. Observasi adalah pengumpulan data melalui indera: penglihatan (perilaku, tanda fisik) pendengaran (bunyi batuk, bunyi nafas) penciuman (bau nafas, bau luka) perabaan (suhu badan, nadi) wawancara adalah pembicaraan terarah yang umumnya dilakukan pada pertemuan tatap muka, dalam wawancara yang penting diperhatikan adalah data yang ditanyakan diarahkan ke data yang relevan, pemeriksaan dilakukan dengan memakai alat.

Data secara garis besar, diklasifikasi menjadi data subjektif objektif. Pada waktu pengumpulan data subjektif bidan harus mengembangkan hubungan antar personal yang efektif dengan klien yang akan diwawancarai, harus lebih memperhatikan hal-hal yang menjadi keluhan utama pasien dan yang mencemaskan, bidan harus berupaya mendapatkan data/fakta yang sangat berarti dalam kaitannya dengan masalah pasien. Pada waktu mengumpulkan data objektif bidan harus mengamati ekspresi dan perilaku pasien, mengamati perubahan/kelainan fisik, memperhatikan aspek sosial budaya pasien menggunakan teknik pemeriksaan yang tepat dan benar, melakukan pemeriksaan yang terarah dan berkaitan dengan keluhan pasien.

b. Langkah II : Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosa atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang dikumpulkan, data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosa yang spesifik, langkah awal dari perumusan masalah/diagnosa kebidanan adalah pengolahan/analisa data yaitu menggabungkan dan menghubungkan data satu dengan yang lainnya sehingga tergambar fakta. Masalah adalah kesenjangan yang diharapkan dengan fakta/kenyataan, analisa adalah proses pertimbangan tentang nilai sesuatu yang dibandingkan dengan standar, standar adalah aturan/ukuran yang telah diterima secara umum dan digunakan sebagai dasar perbandingan dalam kategori yang sama.

Pengertian masalah/diagnosa adalah suatu pernyataan dari masalah pasien/klien yang nyata atau potensial dan membutuhkan tindakan, pengertian lain masalah/diagnosa adalah pernyataan yang menggambarkan masalah spesifik yang berkaitan dengan keadaan kesehatan seseorang dan didasarkan pada penilaian asuhan kebidanan yang bercorak negatif.

c. Langkah III : Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasikan masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Disini dibutuhkan antisipasi bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Dengan demikian diharapkan bila diagnose atau masalah potensial ini terjadi dapat segera ditangani.

- d. Langkah IV : Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera.

Beberapa data menunjukkan situasi yang gawat dimana bidan perlu bertindak segera demi keselamatan ibu dan bayi, beberapa data menunjukkan situasi yang memerlukan tindakan segera sementara menunggu instruksi dokter, mungkin juga memerlukan konsultasi dengan tim kesehatan lain. Bidan mengevaluasi situasi setiap pasien untuk menentukan asuhan pasien yang paling tepat. Langkah ini mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan.

- e. Langkah V : Merencanakan Asuhan yang Komprehensif /menyeluruh.

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah sebelumnya, langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosa atau masalah yang telah diidentifikasi atau antisipasi, pada langkah ini informasi/data dasar yang tidak lengkap dilengkapi.

- f. Langkah VI : Melaksanakan Perencanaan

Pada langkah ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah v, dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya.

- g. Langkah VII : Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah sudah benar-benar terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana

telah diidentifikasi didalam masalah dan diaognosa, rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya (Hidayat A dan Muftlilah, 2009; h. 75-78).

Metode pendokumentasian SOAP

S (Data Subjektif) : Data subjektif merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan. Data subjektif ini berhubungan dengan apa yang dikatakan ibu.

O (Data Objektif) : Data objektif merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan. Data ini berhubungan dengan apa yang dilihat dan dirasakan bidan sewaktu melakukan pemeriksaan

A (Assessment) : Assessment merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif.

P (Planning) : Apa yang dilakukan berdasarkan hasil evaluasi tersebut diatas.

2. Tinjauan asuhan kebidanan ibu bersalin dengan presentasi bokong.

I. Pengkajian

Pengkajian atau pengumpulan data dasar adalah mengumpulkan semua data yang dibutuhkan untuk mengevaluasi data pasien. Merupakan langkah pertama untuk mengumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi pasien.

1 Data Subjektif

a. Identitas Pasien

Berisi tentang biodata pasien dan penanggung jawab yaitu menurut nama, umur, suku bangsa, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat (Muslihatun, 2009; h. 156) .

1) Identitas pasien

Nama : Nama jelas adan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari untuk kebenaran dalam memberikan asuhan pada pasien dan membedakan dengan pasien lain (Ambarwati, 2009; h. 131).

Umur : Untuk mengetahui usia reproduksi (20-35 tahun), karena pada usia kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun termasuk resiko tinggi dalam persalinan dengan presentasi bokong. Jika umur ibu kurang dari 20 tahun bentuk panggul belum tumbuh sempurna untuk itu berpengaruh terhadap persalinan dengan presentasi bokong (Cunningham, dkk, 2006; h. 577).

Agama : Untuk mengetahui perilaku seseorang tentang kesehatan dan penyakit yang berhubungan dengan agama, kebiasaan dan kepercayaan dapat menunjang namun tidak jarang dapat menghambat perilaku hidup sehat.

Pendidikan : Pendidikan berpengaruh pada tingkat penerimaan pasien terhadap konseling yang diberikan, serta tingkat kemampuan pengetahuan ibu terhadap kehamilan, dengan demikian tingkat pengetahuan yang tinggi akan meningkatkan kesadaran pasien dalam memeriksakan kehamilannya dan mendeteksi dini kelainan yang dialami terutama pada persalinan dengan presentasi bokong (Ambarwati, 2009; h. 131).

Pekerjaan : Berkaitan dengan pekerjaan dilakukan bukan hanya pekerjaan di luar rumah, namun termasuk pekerjaan sehari-hari di rumah dan mengasuh anak. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam pekerjaan dan aktivitas bagi ibu hamil adalah apakah aktivitasnya beresiko bagi kehamilannya (Kusmiyati, dkk, 2009; h. 86). Pekerjaan yang berat akan berakibat buruk terhadap kehamilan karena memiliki resiko terhadap BBLR dan prematuritas yang menjadi salah satu etiologi dari persalinan bokong.

Alamat : Untuk mengetahui alamat yang lebih jelas dalam melakukan kunjungan rumah.

2) Identitas penanggung jawab

Nama : Untuk mengetahui nama suami harus dituliskan dengan jelas agar tidak keliru dengan orang lain, mengingat banyak sekali nama yang sama.

Umur : Untuk mengetahui usia reproduksi (20-35 tahun) pada suami.

Agama : Untuk mengetahui perilaku seseorang tentang kesehatan dan penyakit yang berhubungan dengan agama, kebiasaan dan kepercayaan dapat menunjang namun tidak jarang dapat menghambat perilaku hidup sehat.

Pendidikan : Untuk mengetahui berapa jauh pengetahuan suami dalam kesehatan dan konseling yang diberikan untuk mendukung kesehatan dari istrinya.

Alamat : Untuk mengetahui alamat yang lebih jelas dalam melakukan kunjungan rumah.

3) Alasan datang

Untuk mengetahui alasan ibu saat datang ke rumah sakit apakah ibu dirujuk oleh bidan atau datang dengan diantar keluarga. Menurut peraturan menteri kesehatan RI nomor 1464/menkes/per/x/2010 pasal 10 ayat 2 menyatakan bidan berwenang menangani kegawatdaruratan dilanjutkan dengan perujukan. Dalam hal ini termasuk penanganan terhadap persalinan sungsang.

4) Keluhan utama

Untuk mengetahui keadaan yang sekarang dirasakan ibu, pada persalinan dengan presentasi bokong keluhan yang dirasakan biasanya merasa penuh dibagian atas dan gerakan terasa lebih banyak dibagian bawah (Prawirohardjo, 2006; h. 609).

5) Riwayat kesehatan

a) Riwayat kesehatan dahulu :

Riwayat kesehatan yang lalu ditujukan pada pengkajian riwayat penyakit yang pernah diderita pasien dahulu yang dapat mempengaruhi keadaan pasien seperti riwayat penyakit melahirkan dengan presentasi bokong, air ketuban yang berlebihan, kehamilan ganda, panggul sempit, janin besar, bentuk panggul yang sedemikian rupa sehingga lebih cocok untuk presentasi bokong, riwayat hamil dengan implantasi plasenta yang abnormal sehingga mempermudah terjadinya presentasi bokong dan riwayat penyakit anemia sehingga resiko terjadi BBLR dan prematuritas yang menjadi salah satu etiologi dari persalinan dengan presentasi bokong (Oxorn, 2010; h. 195).

b) Riwayat kesehatan sekarang :

Riwayat kesehatan yang sekarang dikaji untuk mengetahui adakah riwayat penyakit yang pernah diderita pasien saat ini yang dapat mempengaruhi keadaan pasien seperti riwayat penyakit melahirkan dengan presentasi

bokong, air ketuban yang berlebihan, kehamilan ganda, panggul sempit, janin besar, bentuk panggul yang sedemikian rupa sehingga lebih cocok untuk presentasi bokong, riwayat hamil dengan implantasi plasenta yang abnormal sehingga mempermudah terjadinya presentasi bokong dan riwayat penyakit anemia sehingga resiko terjadi BBLR dan prematuritas yang menjadi salah satu etiologi dari persalinan dengan presentasi bokong (Oxorn, 2010; h. 195).

c) Riwayat kesehatan keluarga :

Riwayat kesehatan keluarga dikaji untuk mengetahui apakah ada penyakit keturunan yang dapat mempengaruhi pada persalinan ibu misalnya apakah ada riwayat keluarga yang mengalami kehamilan kembar pada keluarga, selain itu juga dikaji adakah riwayat kecacatan pada keluarga (Oxorn, 2010; h. 195).

6) Riwayat Obstetri

a) Riwayat Haid :

Riwayat haid melalui HPHT (hari pertama haid terakhir) dikaji untuk mengetahui usia kandungan apakah sudah aterm atau belum, yang dapat mempengaruhi proses persalinan. Usia kehamilan yang preterm akan merupakan etiologi dari terjadinya persalinan dengan presentasi bokong, karena pada usia preterm bayi belum dalam posisi pasti karena pergerakan bayi yang aktif

(Oxorn, 2010; h. 195). Pada riwayat haid juga dikaji seperti menarche, siklus, volume, keluhan saat menstruasi. Sebagian wanita menyampaikan mengalami keluhan saat datangnya menstruasi seperti sakit pada perut, sakit kepala sampai pingsan, kemudian jumlah darah yang keluar banyak. Keluhan pasien akan mengarah pada suatu diagnose, jika salah satunya mengarah pada kelainan uterus maka hal ini berhubungan dengan presentasi bokong, karena faktor predisposisi terjadinya presentasi bokong salah satunya adalah kelainan pada uterus (Oxorn, 2010; 414).

b) Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu

Dikaji untuk mengetahui jumlah paritas, cara persalinan, penolong persalinan, penyulit yang menyertai persalinan dan nifas yang lalu, jumlah anak yang hidup, jumlah anak yang mati/keguguran, jenis kelamin, BB, PB dan lama meneteki. Jika persalinan yang lalu dengan sungsang, kemungkinan untuk persalinan yang akan datang bisa terjadi lagi.

c) Riwayat kehamilan sekarang

(i) ANC

Asuhan antenatal merupakan asuhan yang diberikan pada ibu hamil sejak mulai konsepsi sampai sebelum kelahiran bayi (Muslihatun, dkk, 2009; h.131).

Pemeriksaan dilakukan untuk mengetahui dan mengawasi perkembangan kehamilan dengan pemeriksaan yang dilakukan meliputi pemeriksaan fisik, pemeriksaan obstetric dengan cara palpasi Leopold untuk mengetahui TFU, berat janin, presentasi janin apakah ada kelainan letak / presentasi pada kehamilan. Jika kelainan letak seperti sungsang diketahui saat kehamilan maka dapat dicegah dengan melakukan gerakan knee-chest sehingga pada saat persalinan tiba bayi sudah dalam posisi normal (Manuaba, 2001; h.239).

(ii) Imunisasi TT

Imunisasi dilakukan, untuk melindungi janin yang akan dilahirkan terhadap tetanus noenatorum dewasa ini dianjurkan untuk diberikan toxoid tetanus sehingga penting untuk ibu hamil (Kusmiyati, dkk, 2008; h. 4).

(iii) Gerakan janin

Untuk mengetahui gerakan pertama janin yang biasa dirasakan pada umur kehamilan 18 minggu pada primigravida atau 16 minggu (multigravida) dan frekuensi janin bergerak dalam satu hari, sebagai penilaian janin masih dalam keadaan baik (kusmiyati, dkk, 2008; h. 53). Pada presentasi bokong gerakan janin terasa lebih banyak dibagian bawah karena

ekstermitas janin ada di bawah (Sarwono, 2006; h. 609).

(iv) Terapi/obat

Untuk mengetahui macam-macam terapi yang diberikan bidan pada ibu serta jumlah dan pemberiannya selama kehamilan (Mufdilah, 2009; h.13).

(v) Nasehat

Untuk mengetahui nasehat-nasehat yang diberikan bidan kepada ibu sebagai pedoman ibu dalam kehamilan maupun persalinan. Dalam kasus presentasi bokong nasehat yang dianjurkan kepada ibu yaitu untuk melakukan posisi knee-chest agar posisi bayi kembali normal (Manuaba, 2001; h.239).

* 7) Riwayat perkawinan

Terdiri dari status atas status perkawinan, perkawinan ke, umur ibu saat perkawinan dan lama perkawinan (Muslihatun, dkk, 2009; h. 136).

Untuk mengetahui status perkawinan ibu, usia perkawinan ibu apakah kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun karena akan berhubungan dengan proses persalinan ibu dan lamanya perkawinan ibu apakah termasuk anak mahal atau tidak. Selain itu untuk mengetahui apakah status nikahnya syah atau tidak karena akan berkaitan dengan keadaan psikologi ibu yang akan mempengaruhi proses persalinannya.

8) Riwayat KB

Untuk mengetahui riwayat kontrasepsi yang pernah digunakan oleh ibu kemudian berapa lama penggunaannya, keluhan selama penggunaan serta rencana kontrasepsi yang akan digunakan ibu setelah persalinan (Ambarwati, dkk, 2009; h.134). Alat kontrasepsi yang berpengaruh terhadap presentasi bokong yaitu AKDR karena pada alat kontrasepsi ini mempunyai efek samping terjadinya perforasi uterus yang akan menjadikan uterus tidak normal sehingga mempengaruhi posisi pada janin (Prawirohardjo, 2006; h. 914).

9) Pola kebutuhan sehari-hari

a) Pola nutrisi

Menggambarkan tentang kebutuhan nutrisi ibu apakah sudah tercukupi sesuai dengan gizi seimbang untuk ibu dalam pemenuhan nutrisi selama kehamilan (mufdlilah, 2009; h. 13). Faktor nutrisi pada ibu sangat berpengaruh terhadap bayi, jika nutrisi ibu tidak tercukupi akan berakibat BBLR yang menjadi salah satu etiologi terjadinya presentasi bokong.

b) Pola eliminasi

Menggambarkan pola fungsi ekskresi, tanyakan pada klien perubahan yang terjadi baik BAB maupun BAK selama hamil (Mufdlilah, 2009; h. 13).

Kebiasaan BAB (terakhir BAB, warna, konsistensi, keluhan) dan kebiasaan BAK (terakhir BAK, warna,

konsistensi dan keluhan). Karena jika ibu mengalami kesulitan BAB maka kemungkinan ibu sering mengejan sehingga uterus berkontraksi. Jika ibu berkontraksi secara berkelanjutan dan mengalami persalinan sebelum waktunya, tentunya posisi janin pun belum siap sehingga meningkatkan terjadinya presentasi bokong.

c) Pola aktivitas

Untuk mengetahui apakah pekerjaan ibu sehari-hari terlalu beresiko, sehingga mempengaruhi pada persalinan misalnya prematuritas yang menjadi salah satu etiologi dari persalinan dengan presentasi bokong (Sujiyatini, 2009; h.41).

d) Pola istirahat

Menggambarkan tentang pola istirahat ibu, yaitu berapa jam ibu tidur siang dan berapa jam ibu tidur malam, kebiasaan ibu sebelum tidur misalnya membaca, mendengarkan music (Ambarwati, dkk, 2009; h. 136) karena pola istirahat dapat berpengaruh terhadap kesehatan fisik ibu saat persalinan.

e) Pola personal hygiene

Menggambarkan pola hygiene pasien, misalnya berapa kali ganti pakaian dalam, mandi, gosok gigi dalam sehari dan keramas dalam satu minggu. Pola ini perlu dikaji untuk mengetahui apakah pasien menjaga kebersihan dirinya.

f) Pola seksual

Untuk mengetahui kapan ibu terakhir melakukan hubungan seksual dengan suami karena prostaglandin yang terkandung dalam sperma dapat merangsang terjadinya kontraksi (Kusmiyati, 2008; h. 86). Jika kontraksi terjadi sebelum umur kehamilan aterm akan meningkatkan resiko terjadinya presentasi bokong.

10) Psikososial, kultural dan spiritual

a) Psikososial

Hal ini perlu dikaji untuk mengetahui sejauh mana respon dan dukungan yang diberikan suami dan keluarga kepada ibu dalam menghadapi masalah yang terjadi dalam proses persalinan.

b) Kultural

Hal ini perlu dikaji untuk mengetahui pantangan maupun kebiasaan ibu yang dapat merugikan dirinya maupun janin yang dikandungnya, serta pengambilan keputusan saat proses persalinan.

c) Spiritual

Hal ini perlu dikaji untuk mengetahui ketaatan ibu dalam menjalankan ibadahnya maupun aktifitas keagamaan.

2 Data Objektif

a. Keadaan umum :

Inspeksi dilakukan saat bertemu dengan pasien untuk menilai status keadaan umum pasien. Disini perlu diperhatikan sikap

tubuh, perhatikan kekuatan ibu apakah tampak nyaman atau lemah (Mufdlilah, 2009; h. 15).

b. Tingkat kesadaran :

Untuk menilai status kesadaran ibu, ini dilakukan dengan penilaian composmentis, apatis, somnolen, sopor, koma, delirium .

c. Tanda Vital

1) Tekanan darah : Pemeriksaan tekanan darah dilakukan untuk menilai apakah tekanan darah ibu dalam batas normal atau tidak. Tekanan darah yang normal berkisar 100/70 mmHg - 120/80 mmHg (Mufdlilah, 2009; h. 15). Pada ibu bersalin tekanan darah meningkat selama kontraksi uterus dengan kenaikan sistolik rata-rata sebesar 10-20mmHg, dan kenaikan distolik 5-10 mmHg (Sumarah, 2009; h. 58).

2) Nadi : Pemeriksaan nadi dilaksanakan untuk mengetahui nadi ibu normal atau tidak, nadi yang normal yaitu 60-100 x/menit.

3) Pernafasan : Pemeriksaan dilakukan untuk mengetahui pernafasan normal atau tidak, pernafasan yang normal yaitu : 16-25 x/menit. Saat persalinan pernafasan pun akan mengalami peningkatan, kenaikan pernafasan ini dapat disebabkan karena adanya rasa nyeri serta penggunaan tehnik pernafasan yang tidak benar (Sumarah, 2009; h.60).

4) Suhu : Pemeriksaan dilakukan untuk mengetahui apakah suhu normal atau tidak, suhu yang normal yaitu : 36-37,5°C. Pada persalinaan suhu mengalami kenaikan, suhu mencapai

kenaikan tertinggi selama persalinan dan akan turun segera setelah persalinan. Kenaikan ini dianggap masih normal asal tidak melebihi $0,5-1^{\circ}\text{C}$ (Sumarah, 2009; h.58).

d. Berat badan : Berat badan dikaji untuk melihat apakah pasien mengalami kenaikan yang normal saat hamil, selama kehamilan berat badan akan naik 9-12 kg (Mufdlilah, 2009; h. 15).

e. Tinggi badan : Tinggi badan diukur pada saat pertama kali kunjungan, ini dikaji apakah pasien memiliki indikasi untuk panggul sempit atau tidak, indikasi panggul sempit yaitu pada tinggi badan kurang dari 145 cm (Mufdlilah, 2009; h. 15).

f. LILA : Pemeriksaan lingkaran lengan atas bagian kiri untuk indikasi apakah ibu dinyatakan kurang gizi bila kurang sama dengan 23,5 cm (Mudlilah, 2009; h. 15).

g. Status present

- 1) Bentuk kepala : Untuk mengetahui bentuk kepala dan benjolan dikepala (Mufdlilah, 2009; h. 16).
- 2) Rambut : Untuk mengetahui apakah rambut ibu rontok atau tidak (Mufdlilah, 2009; h. 16).
- 3) Muka : Oedema atau tidak, kemerahan atau tidak (Mufdlilah, 2009; h. 16).
- 4) Mata : Untuk mengetahui adanya anemi/hepatitis dengan menilai sclera dan konjungtiva (Mufdlilah, 2009; h. 16).
- 5) Mulut : Untuk mengetahui apakah terdapat stomatitis atau tidak, apakah bibir pucat, pecah-pecah, jika terjadi radang pada

gusi/caries pada gusinya atau gingivitis yang bisa menjadi jalan masuk kuman (Mufdlilah, 2009; h. 17).

6) Telinga : Untuk mengetahui apakah simetris dan terdapat serumen atau tidak.

7) Hidung : Untuk mengetahui apakah terdapat polip atau tidak.

8) Leher : Untuk mengetahui apakah terdapat kelainan seperti terdapat pembesaran kelenjar tyroid dan limfe atau tidak (Mufdlilah, 2009; h. 17).

9) Dada dan axilla : Untuk menilai adanya gangguan pada pernapasan, kemudian periksa kemungkinan benjolan yang tidak normal, pada aksila kemungkinan adanya massa atau nodul pada aksila (Mufdlilah, 2009; h. 17).

10) Abdomen : Untuk mengetahui bentuk abdomen, luka bekas operasi, pembesaran kelenjar limfe/hati dan nyeri tekan (Mufdlilah, 2009; h. 17).

11) Genetalia : Untuk mengetahui terdapat oedem, varices, lecet, memar atau tidak (Mufdlilah, 2009; h. 18).

12) Ekstremitas : Periksa adanya oedem yang paling mudah dilakukan pretibia dan mata kaki, dengan cara menekan jari beberapa detik, apakah terjadi cekung yang tidak lekas pulih kembali (Mufdlilah, 2009; h. 21).

13) Pemeriksaan lutut : Pemeriksaan lutut menggunakan hammer, bila reflek lutut negatif kemungkinan klien kekurangan B1, bila gerakan berlebihan dan cepat hal ini menunjukkan preeklamsia (Mufdlilah, 2009; h.21)

h. Status Obstetrikus

Inspeksi :

- 1) Dada : Untuk mengetahui pembesaran mammae, hiperpigmentasi pada areola, puting susu menonjol, kelenjar montgomeri, dan keadaan kolostrum sudah keluar belum (Mufdlilah, 2009; h. 17).
- 2) Abdomen : Untuk mengetahui linea nigra, striae gravidarum, palpasi dengan leopold untuk menentukan presentasi janin, TFU sesuai umur kehamilan, taksiran berat janin, dan auskultasi DJJ dalam satu menit (Mufdlilah, 2009; h. 17).
- 3) Genitalia : Untuk memeriksa keadaan vulva dengan menilai apakah terjadi oedem, varices, memar, lecet atau tidak, pada kasus ketuban pecah dini akan mengeluarkan cairan mrembes dari jalan lahir sifatnya seperti air ketuban (Mufdlilah, 2009; h. 18).
- 4) Pemeriksaan dalam : Untuk menilai pembukaan serviks, kulit ketuban sudah pecah, penurunan (bagian kepala yang sudah turun PAP), sarung tangan lendir darah, bagian terendah janin, bagian menumbung Berdasarkan teori pada presentasi bokong dalam pemeriksaan vaginal akan teraba sacrum, anus, tuber isciadikum dan terkadang teraba kaki atau lutut (Sumarah, 2009; h. 123).
- 5) Pemeriksaan penunjang : Pemeriksaan yang dapat digunakan untuk mendukung dalam penegakkan diagnosa. Pemeriksaan penunjang :

- a) Hitung darah lengkap : Untuk menentukan tingkat hemoglobin (Hb) yaitu jika Hb <10gr/dl akan menyebabkan adanya anemia pada saat hamil yang dapat terjadinya resiko perdarahan.
- b) Pemeriksaan ultrasonografi digunakan untuk menentukan status janin, presentasi janin dan menentukan volume cairan amnion
- c) Pemeriksaan factor koagulasi seperti waktu perdarahan dan waktu pembekuan (Oxorn, 2010; h. 198).

II. Interpretasi data

A. Diagnosa

Ny. ..., G...P...A... umur ... tahun, umur kehamilan ... minggu ... hari, janin tunggal hidup intra uteri, puka atau puki, dalam persalinan kala I fase aktif dengan presentasi bokong.

1. Data dasar :

a. Dasar Subyektif

- 1) Ibu mengatakan bernama Ny. T, umur ... tahun.
- 2) Ibu merasa hamil ..., hamil pertama, belum pernah melahirkan dan belum pernah keguguran.
- 3) Ibu merasa gerakan janin lebih banyak dibagian bawah.
- 4) Ibu merasa penuh dibagian atas.
- 5) Ibu mengatakan HPHT : ...
- 6) Ibu mengatakan gerakan janin aktif.

b. Dasar obyektif

1) Status Obstetri

a) Palpasi :

(1) Leopold I : Teraba bagian keras dan melenting

(2) Leopold II : Kanan : Teraba bagian keras,
memanjang seperti papan, ada tahanan

Kiri : Teraba bagian kecil – kecil janin

(3) Leopold III : Bagian terbawah teraba bulat, lunak,
tidak melenting

(4) Leopold IV: Divergen

TFU : ... cm, TBJ : ... gr.

DJJ : ... x/ m.

HIS :

b) Genetalia : Terdapat pengeluaran lendir darah dan
tampak mekonium di jalan lahir.

c) Pemeriksaan dalam : Untuk menilai pembukaan serviks,
kulit ketuban sudah pecah, penurunan (bagian kepala
yang sudah turun PAP), sarung tangan lendir darah,
bagian terendah janin; bagian menumbung Berdasarkan
teori pada presentasi bokong dalam pemeriksaan vaginal
akan teraba sacrum, anus, tuber isciadikum dan
terkadang teraba kaki atau lutut (Sumarah, 2009; h. 123).

B. Masalah

Masalah disini yang berhubungan dengan reaksi yang berhubungan
dengan posisi bayi yaitu presentasi bokong. Ibu merasa cemas, takut,
khawatir (Cunningham, 2006; h.577).

III. Diagnosa potensial

Pada ibu :

a. Perdarahan dan laserasi jalan lahir

Perdarahan dan laserasi jalan lahir terjadi akibat persalinan yang terlalu cepat dan dipaksakan melalui panggul yang terlampau kecil atau melalui bagian-bagian lunak yang belum cukup terbuka (Oxorn, 2010; h.208).

b. Infeksi

Pada persalinan bokong dapat terjadi infeksi karena persalinan berlangsung lama, pemeriksaan dalam yang diulang-ulang dan ketuban yang pecah ketika pembukaan masih kecil (Manuaba, 2010; h. 493).

Pada bayi :

a. After coming head

Pada bayi dapat terjadi after coming head karena pada persalinan bokong tidak terjadi mekanisme mouldage hal tersebut terjadi akibat susunan tulang dasar pada kepala yang rapat dan padat sehingga kepala harus sudah lahir 8 menit setelah badan bayi lahir (Cunningham, dkk, 2006; h. 577).

b. Asfiksia

Asfiksia dapat terjadi karena disebabkan oleh kompresi tali pusat antara panggu dan kepala yang terlalu lama kemudian aspirasi air ketuban dari isi vagina oleh karena pernafasan aktif sebelum kepala

lahir serta persalinan yang terlalu lama dan sukar (Oxorn, 2010; h.210).

c. Trauma persalinan

Trauma persalinan pada bayi dapat disebabkan karena pada persalinan bokong bayi tidak memiliki system moulage akibatnya terdapat kompresi dan dekompresi yang cepat dan kadang berlebihan yang berlangsung beberapa menit dengan demikian ligament pada otak terkena peregangan yang hebat dan mendadak, dengan kemungkinan terjadi laserasi dan perdarahan intracranial. Trauma pada otak dapat terjadi pada persalinan dengan pembukaan yang belum lengkap (Oxorn, 2010; h. 21).

IV. Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera atau kolaborasi dan konsultasi

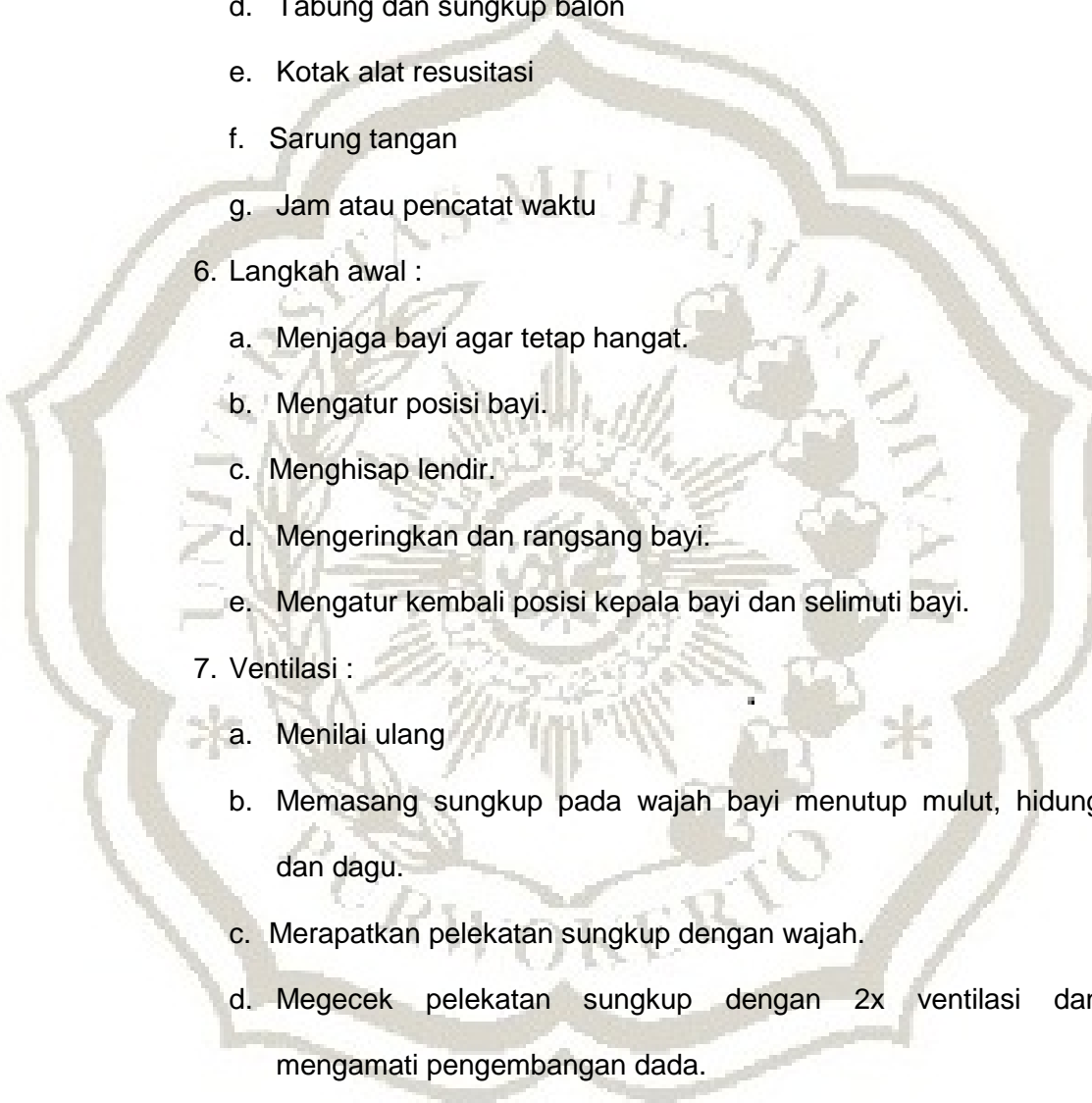
1. Melakukan perbaikan KU dengan memasang infuse.
2. Pemberian uterotonika.
3. Persiapan penjahitan laserasi :
 - a. Bak instrument
 - b. Lidokain 20 ml 2%
 - c. Spuit 10 ml steril, dengan jarum IM ukuran 22, panjang 4 cm
 - d. Jarum otot dan jarum kulit ukuran 9 dan 11
 - e. Benang kromic (satu kali pemakaian) ukuran 2,0 atau 3,0
 - f. Gunting benang
 - g. Nalpuder
 - h. Pinset anatomis

- i. Pinset sirugis
 - j. Sarung tangan
 - k. Lampu
 - l. Kasa steril (Depkes RI, 2008; h.177).
4. Tindakan penjahitan perineum :
- a. Mencuci tangan secara seksama dan gunakan sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril.
 - b. memastikan bahwa peralatan dan bahan-bahan yang digunakan untuk melakukan penjahitan sudah steril.
 - c. Memberikan anestesi lokal dan memastikan bahwa daerah tersebut sudah dianestesi :
 - 1) Menghisap lidokain 2% 5 ml lidokain kemudian 5 ml air steril dengan demikian didapatkan lidokain 1%.
 - 2) Menusukan jarum keujung laserasi tarik jarum sepanjang tepi luka.
 - 3) Melakukan aspirasi kemudian pindahkan posisi jarum dan suntik kembali.
 - 4) Menyuntikan anestesia sejajar dengan permukaan luka pada saat jarum suntik ditarik perlahan.
 - 5) Melakukan sampai tiga garis disisi luka mendapatkan anestesi local secara menyeluruh.
 - d. Membuat jahitan pertama kurang lebih 1 cm di atas ujung laserasi di bagian dalam vagina. Buat ikatan dan potong pendek benang yang lebih pendek dari ikatan.

- e. Menutup mukosa vagina dengan jahitan jelujur, jahit ke bawah kearah cincin hymen.
- f. Memasukan jarum kedalam mukosa vagina lalu kebawah cincin hymen sampai jarum dibawah laserasi. Perhatikan seberapa dekat jarum kepuncak luka.
- g. Meneruskan kearah bawah tapi tetap ada luka, menggunakan jahitan jelujur, hingga mencapai bagian bawah laserasi.
- h. Setelah mencapai ujung laserasi, arahkan jarum ke atas dan teruskan penjahitan, menggunakan jahitan jelujur untuk menutup lapisan subkuticuler.
- i. Menusukan jarum dari robekan perineum ke dalam vagina.
- j. Mengikat benang dengan menggunakan simpul di dalam vagina.
- k. Mengulangi pemeriksaan vagina dengan lembut untuk memastikan bahwa tidak ada kasa atau peralatan yang tertinggal di dalam.
- l. Dengan lembut masukkan jari paling kecil ke dalam anus, raba apakah terdapat jahitan pada rectum.
- m. Mencuci daerah genital dengan lembut menggunakan sabun dan air DTT, kemudian keringkan.
- n. Menasehati ibu untuk menjaga perineum selalu bersih dan kering, kembali seminggu lagi untuk memeriksa penyembuhan luka (Depkes RI, 2008; h. 179).

5. Persiapan resusitasi :

- a. Tempat resusitasi hendaknya datar, bersih, kering, hangat dan terang.

- 
- b. 3 helai kain, kain pertama untuk mengeringkan, kain kedua untuk menyelimuti bayi, dan kain ketiga untuk ganjal bahu bayi.
 - c. Alat penghisap lendir atau de lee
 - d. Tabung dan sungkup balon
 - e. Kotak alat resusitasi
 - f. Sarung tangan
 - g. Jam atau pencatat waktu
6. Langkah awal :
- a. Menjaga bayi agar tetap hangat.
 - b. Mengatur posisi bayi.
 - c. Menghisap lendir.
 - d. Mengeringkan dan rangsang bayi.
 - e. Mengatur kembali posisi kepala bayi dan selimuti bayi.
7. Ventilasi :
- a. Menilai ulang
 - b. Memasang sungkup pada wajah bayi menutup mulut, hidung dan dagu.
 - c. Merapatkan pelekatan sungkup dengan wajah.
 - d. Megecek pelekatan sungkup dengan 2x ventilasi dan mengamati pengembangan dada.
 - e. Melakukan ventilasi definitive selama 20x dalam waktu 30 detik, berhenti dan menilai terjadinya nafas spontan (Depkes RI, 2008; h. 155).

V. Perencanaan

1. Observasi pengawasan 10.
2. Beritahu hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga.
3. Atasi rasa nyeri dan rasa cemas yang dirasakan ibu.
4. Beri asupan nutrisi pada ibu.
5. Atur posisi ibu untuk kenyamanan.
6. Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih
7. Anjurkan ibu untuk tidak mengejan sebelum pembukaan lengkap.
8. Siapkan perlengkapan esensial, partus set, heating set, alat resusitasi dan obat-obatan yang diperlukan.
9. Lakukan penapisan persalinan pervaginam.
10. Dokumentasi hasil observasi dan pemeriksaan pada lembar partograf.

VI. Pelaksanaan

1. Melakukan observasi pengawasan 10 yaitu KU, TD setiap 4 jam, nadi setiap 30 menit, suhu setiap 4 jam, respirasi setiap 30 menit, kontraksi setiap 30 menit, DJJ setiap 30 menit, bendle ring, vesika urinary setiap 2 jam dan kemajuan persalinan setiap 4 jam.
2. Memberitahu hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga bahwa posisi janin dalam letak sungsang dan membutuhkan penanganan lebih.
3. Mengatasi rasa nyeri dan rasa cemas yang dirasakan ibu dengan memberikan dukungan emosional kepada ibu serta mengajari teknik relaksasi dengan barnafas dalam, menghirup udara dari hidung lalu keluarkan lewat mulut.

4. Memberikan nutrisi pada ibu dengan menyuruh ibu untuk makan dan minum saat tidak ada kontraksi serta memasang infuse.
5. Mengatur posisi ibu untuk kenyamanan yaitu miring kiri agar asupan oksigen pada bayi tercukupi.
6. Menganjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih, jika ibu tidak mampu untuk berkemih sendiri maka lakukan kateterisasi agar kandung kemih tidak menghalangi turunnya kepala bayi.
7. Menganjurkan ibu untuk tidak mengejan sebelum pembukaan lengkap.
8. Menyiapkan perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obatan yang diperlukan.
 - a. Alat partus set
 - 1) ½ kocher
 - 2) Gunting episiotomy
 - 3) 2 klem kocher
 - 4) Gunting tali pusat
 - 5) Benang tali pusat
 - 6) Kateter nelaton
 - 7) Penghisap de lee
 - 8) 2 pasang sarung tangan DTT atau steril
 - 9) Kasa
 - 10) Gulungan kapas basah
 - 11) Tabung suntik 2 ½ atau 3 ml
 - 12) 4 kain bersih (bisa disiapkan oleh keluarga)
 - 13) 3 handuk atau kain untuk mengeringkan dan menyelimuti

bayi (bisa disediakan oleh keluarga). (Depkes RI,2008; h.189-190)

b. Heacting set :

- 1) Bak instrument
- 2) Lidokain 2 ampul
- 1) Spuit 10 ml steril, dengan jarum IM ukuran 22, panjang 4 cm
- 3) Jarum otot dan jarum kulit ukuran 9 dan 11
- 2) Benang kromic (satu kali pemakaian) ukuran 2,0 atau 3,0
- 4) Gunting benang
- 5) Nalpuder
- 6) Pinset anatomis
- 7) Pinset sirugis
- 8) Sarung tangan
- 9) Lampu sorot
- 10) Kasa steril (Depkes RI, 2008; h.177).

c. Persiapan resusitasi :

- 1) Tempat resusitasi hendaknya datar, bersih, kering, hangat dan terang.
- 2) 3 helai kain, kain pertama untuk mengeringkan, kain kedua untuk menyelimuti bayi, dan kain ketiga untuk ganjal bahu bayi.
- 3) Alat penghisap lendir atau de lee
- 4) Tabung dan sungkup balon
- 5) Kotak alat resusitasi
- 6) Sarung tangan

7) Jam atau pencatat waktu (Depkes RI, 2008; h. 155).

d. Alat-alat yang harus tersedia pada setiap persalinan :

1) Partograf (halaman depan dan belakang)

2) Lampu sorot

3) Termometer

4) Pita pengukur/metlin

5) Doppler

6) Jam

7) Stetoskop

8) Tensimeter

e. Bahan-bahan

1) Sarung tangan DTT atau steril (5 pasang)

2) Sarung tangan rumah tangga (1 pasang)

3) Larutan klorin (bayclin 5,25% atau setara) atau klorin serbuk (kalsium hipoklorida 35% atau setara).

4) Alat pelindung diri: masker, kaca mata, celemek, penutup kepala, dan sepatu but.

5) Sabun cuci tangan

6) Deterjen

7) Tempat sampah basah

8) Tempat sampah kering

9) Sumber air bersih yang mengalir

10) Waskom air berisi larutan klorin 0,5%

11) Waskom berisi air DTT

f. Obat-obatan essensial

- 1) 8 ampul oksitosin, 1 ml oksitosin sama dengan 10 U (atau 4 ampul oksitosin 2 ml U/ml) (simpan didalamlemari pendingin dengan suhu 2-8 derajat C)
 - 2) 20 ml lidokain 1% tanpa efinefrin atau 10 ml lidokain 2% tanpa efinefrin dan air steril atau cairan garam fisiologis (NS) untuk pengenceran.
 - 3) 3 botol ringer laktat atau cairan garam fisiologis (NS) 500ml.
 - 4) Selang infuse
 - 5) 2 kanul IV no 16-18 G
 - 6) 2 ampul metal ergometrin maleat (disimpan didalam suhu 2-8°C)
 - 7) 2 vial larutan magnesium sulfat 40% (25g)
 - 8) 6 tabung suntik 2,5 – 3 ml steril, sekali pakai dengan jarum IM
 - 9) 2 tabung suntik 5 ml steril, sekali pakai dengan jarum IM
 - 10) 1 10 ml tabung suntik steril, sekali pakai dengan jarum IM ukuran 22, panjang 4 cm atau lebih
 - 11) 10 kapsul/kaplet Amoxilin/Ampisilin 500 mg atau Amoxillin/Ampisillin IV 2g.
 - 12) Vitamin K 1 ampul
9. Melakukan penapisan persalinan pervaginam dengan melihat riwayat ibu apakah mempunyai riwayat persalinan yang buruk kemudian melihat taksiran berat janin apakah memungkinkan untuk ditolong secara pervaginam, melihat apakah ibu merupakan primigravida tua

atau bukan selain itu apakah ibu mempunyai kesempatan panggul serta tidak prematuriras.

10. Mendokumentasikan hasil observasi dan pemeriksaan pada lembar partograf.

VII. Evaluasi

1. Pemantauan kemajuan persalinan kala I :

- a. His : setiap 30 menit
- b. DJJ : setiap 30 menit
- c. Nadi : setiap 30 menit
- d. TD dan S : setiap 4 jam
- e. Pembukaan : setiap 4 jam
- f. VU : setiap 2 jam

2. Observasi tanda gejala kala II seperti adanya dorongan meneran, terdapat tekanan anus, perineum menonjol, dan vulva membuka.

Data Perkembangan I

Subyektif : - Ibu mengatakan perutnya kenceng – kenceng

- Ibu mengatakan ingin BAB

Obyektif : 1. Keadaan umum : baik

2. TTV : - TD : ... mmHg

- N : ... x/m

- S : ...

- RR : ...x/m

3. HIS : ...

4. DJJ : ...x/m
5. Servik tidak teraba, pembukan lengkap eff 100 % sacrum di jam 13.00 LD +, AK -, mekonium +.

Assasment : Ny. ... umur... tahun hamilminggu, janin tunggal hidup intra uteri, Puka, dalam persalinan kala II dengan presentasi bokong.

Planning :

1. Melihat tanda dan gejala kala II dorongan meneran, terdapat tekanan anus, perineum menonjol dan vulva membuka.
2. Mengecek alat, patahkan ampul oksitosin masukan dalam spuit.
3. Menyiapkan diri penolong celemek, cuci tangan, pakai sarung tangan, masukan oksidasi dalam bak instrumen.
4. Melakukan VT dan pastikan pembukaan lengkap.
5. Menghadirkan keluarga untuk mendukung ibu. Kemudian posisikan ibu secara litotomi, penolong berada di depan vulva. Anjurkan ibu untuk mengejan saat ada kontraksi.
6. Meletakkan handuk di atas perut ibu, underpade di bawah bokong ibu, buka partus set dan pakai sarung tangan.
7. Melakukan episiotomy untuk memperlebar jalan lahir kearah medio lateral.
8. Menyuntikan oksitosin 5 unit secara IM di 1/3 paha bagian luar Saat tronchanter mayor terlihat di vulva.
11. Menolong lahirnya bayi dari lahirnya bokong sampai lahirnya pusat dengan menggunakan metode brach :

- a. Mencengkram bokong dengan kedua tangan. Ibu jari berada sejajar dengan panjang paha, kemudian jari yang lain memegang daerah panggul bayi. Jangan melakukan intervensi apapun ikuti terus proses lahirnya bayi.
- b. Setelah perut dan sebagian dada lahir maka longgarkan tali pusat.
- c. Saat angulus scapula inferior berada dibawah simpisis lakukan hiperlordosis kearah perut ibu. Dengan demikian lahirlah dagu, mulut, hidung, mata, dahi dan seluruh bagian janin.

12. Menolong lahirnya bayi dengan menggunakan metode klasik apabila bahu depan tidak dapat lahir setelah ditolong dengan metode brach, yaitu :

- a. Setelah bokong dan kaki lahir kemudian longgarkan tali pusat
- b. Melakukan tarikan keatas dengan memegang kaki pada pergelangan kaki dengan satu tangan. Memegang dengan menggunakan tangan kanan dan mengarahkan tarikan keatas kiri ibu jika bahu kanan bayi di belakang. Jika bahu kiri bayi dibelakang pegang dengan menggunakan tangan kiri dan arahkan tarikan ke atas kanan ibu.
- c. Masukkan jari tangan untuk melahirkan bahu belakang bayi. Masukan tangan kanan jika tangan kiri melakukan tarikan pada kaki dan sebaliknya masukan tangan kanan apabila tangan kiri jika tangan kanan melakukan tarikan pada kaki.
- d. Melakukan tarikan pada kedua kaki ditarik ke arah bawah kontra lateral dari langkah sebelumnya setelah bahu dan lengan belakang lahir. Kemudian lakukan cara yang sama untuk melahirkan bahu

dan lengan depan bayi.

13. Menolong dengan metode muller apabila sulit untuk melahirkan bahu belakang yaitu :

- a. Setelah bokong lahir longgarkan tali pusat.
- b. Memegang bokong secara femuro pelviks, yaitu : kedua ibu jari penolong diletakkan sejajar dengan spina sakralis media dan jari telunjuk pada Krista iliaka dan jari-jari yang lain mencengkram paha bagian depan.
- c. Menarik badan janin curam ke bawah sejauh mungkin sampai bahu tampak dibawah simpisis. Lahirkan bahu depan dengan mengait lengan bawahnya.
- d. Setelah bahu dan lengan depan lahir dilanjutkan langkah yang sama untuk melahirkan bahu dan lengan belakang.

14. Melahirkan dengan metode lovset jika tangan bahu kanan dan kiri bayi terjungkit yaitu :

- a. Setelah bokong dan kaki lahir, pegang bayi secara femuro pelvic kemudian tarik kebawah sampai scapula berada di bawah simpisis.
- b. Memutar 180 derajat sambil tarik ke bawah dengan tangan bayi yang terjungkit kearah penunjuk jari tangan yang menjungkit.
- c. Melahirkan lengan kanan dengan memasukan satu atau dua jari pada lengan atas serta menarik tangan kebawah melalui dada sehingga siku dalam keadaan fleksi dan lengan depan lahir.

- d. Melahirkan lengan kiri, dengan memutar 180 derajat ke arah yang berlawanan kekiri sambil ditarik sehingga lengan belakang menjadi lengan depan dan lahir didepan.

15. Melahirkan kepala dengan metode Mauriceau yaitu :

- a. Badan bayi ditunggangkudakan pada tangan kiri kemudian meletakkan jari tengah di fossa kanina,
- b. Jari manis dan jari telunjuk di os maksila sedangkan tangan kanan memegang tengkuk bayi, jari tengah mendorong oksipital sehingga kepala menjadi fleksi,
- c. Tangan kanan mencengkram bahu dan tengkuk bayi
- d. Meminta seorang asisten menekan supra simfisis
- e. Dengan koordinasi tangan kiri dan kanan secara hati-hati, tariklah kepala sesuai jalan lahir, melahirkan secara berturut-turut dagu, mulut, hidung, muka, dan kepala bayi. Saat melahirkan kepala asisten menekan atas tulang pubis.

16. Menilai keadaan bayi apgar score, jika hasilnya jelek maka segera lakukan resusitasi dengan cara :

- a. Langkah awal :
 - 1) Menjaga bayi agar tetap hangat.
 - 2) Mengatur posisi bayi.
 - 3) Menghisap lendir.
 - 4) Mengeringkan dan rangsang bayi.
 - 5) Mengatur kembali posisi kepala bayi dan selimuti bayi.
- b. Ventilasi :
 - 1) Menilai ulang

- 2) Memasang sungkup pada wajah bayi menutup mulut, hidung dan dagu.
- 3) Merapatkan pelekatan sungkup dengan wajah.
- 4) Megecek pelekatan sungkup dengan 2x ventilasi dan mengamati pengembangan dada.
- 5) Meleakukan ventilasi definitive selama 20x dalam waktu 30 detik, berhenti dan menilai terjadinya nafas spontan (Depkes RI, 2008; h. 155).

Data Perkembangan II

- Subyektif : - Ibu mengatakan perutnya terasa mules
- Ibu mengatakan merasa senang bayinya telah lahir
- Obyektif : - terlihat tali pusat menjulur di depan vulva
- TFU setinggi pusat
- Kontraksi uterus baik
- Assasment : Ny... G...P...A...umur ...tahun dalam persalinan kala III

Planning :

1. Meletakkan kain diatas perut ibu untuk memeriksa apakah ada janin yang kedua.
2. Memberikan injeksi oksitosin 10 iu dalam 1 menit setelah bayi lahir secara IM di sepertiga paha bagian luar.
3. Melakukan penegangan tali pusat terkendali pada saat uterus berkontraksi, tangan kiri berada di atas sympisis (supra pubis) mendorong uterus ke atas dengan dorso cranial tangan kanan menarik tali pusat secara pelan-pelan dan hati-hati setiap ada HIS.

4. Memindahkan klem, setelah terlihat tanda-tanda plasenta lepas yaitu keluar darah, tali pusat bertambah panjang lahirkan plasenta dengan menarik kebawah, lalu keatas setelah itu putar searah jarum jam hingga lahir.
5. Memassase fundus uteri segera setelah plasenta lahir selama 15 detik.
6. Mengecek kelengkapan plasenta dan cek laserasi
7. Melihat estimasi pengeluaran darah.

Data Perkembangan III

SUBYEKTIF : - Ibu mengatakan perutnya masih mules

OBJEKTIF : - Plasenta lahir lengkap, laserasi derajat 2
- TFU 2 jari di bawah pusat
- Kontraksi terus keras

Assesment : Ny. ... P...A... umur ... tahun dalam persalinan kala IV

Planning :

1. Mengobservasi kontraksi uterus dan mengajari ibu mengajarkan ibu untuk massase uterus yaitu jika uterus keras maka kontraksi baik.
2. Melakukan penjahitan laserasi :
 - a. Mencuci tangan secara seksama dan gunakan sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril.
 - b. Memastikan bahwa peralatan dan bahan-bahan yang digunakan untuk melakukan penjahitan sudah steril.
 - c. Memberikan anestesi lokal dan memastikan bahwa daerah tersebut sudah dianestesi :

- 1) Menghisap lidokain 2% 5 ml lidokain kemudian 5 ml air steril dengan demikian didapatkan lidokain 1%.
 - 2) Menusukan jarum keujung laserasi tarik jarum sepanjang tepi luka.
 - 3) Melakukan aspirasi kemudian pindahkan posisi jarum dan suntik kembali.
 - 4) Menyuntikan anestesia sejajar dengan permukaan luka pada saat jarum suntik ditarik perlahan.
 - 5) Melakukan sampai tiga garis disisi luka mendapatkan anestesi local secara menyeluruh.
- d. Membuat jahitan pertama kurang lebih 1 cm di atas ujung laserasi di bagian dalam vagina. Buat ikatan dan potong pendek benang yang lebih pendek dari ikatan.
 - e. Menutup mukosa vagina dengan jahitan jelujur, jahit ke bawah kearah cincin hymen.
 - f. Memasukan jarum kedalam mukosa vagina lalu kebawah cincin hymen sampai jarum dibawah laserasi. Perhatikan seberapa dekat jarum kepuncak luka.
 - g. Meneruskan kearah bawah tapi tetap ada luka, menggunakan jahitan jelujur, hingga mencapai bagian bawah laserasi.
 - h. Setelah mencapai ujung laserasi, arahkan jarum ke atas dan teruskan penjahitan, menggunakan jahitan jelujur untuk menutup lapisan subkuticuler.
 - i. Menusukan jarum dari robekan perineum ke dalam vagina.
 - j. Mengikat benang dengan menggunakan simpul di dalam vagina.

- k. Mengulangi pemeriksaan vagina dengan lembut untuk memastikan bahwa tidak ada kasa atau peralatan yang tertinggal di dalam.
 - l. Dengan lembut masukkan jari paling kecil ke dalam anus, raba apakah terdapat jahitan pada rectum.
 - m. Mencuci daerah genital dengan lembut menggunakan sabun dan air DTT, kemudian keringkan.
 - n. Menasehati ibu untuk menjaga perineum selalu bersih dan kering, kembali seminggu lagi untuk memeriksa penyembuhan luka (Depkes RI, 2008; h. 179).
3. Mendekontaminasikan semua peralatan ke dalam larutan klorin 0,5 %
 4. Membersihkan ibu dengan air disinfeksi tingkat tinggi.
 5. Mendekontaminasikan daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5 %.
 6. Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit, kemudian mencuci tangan dengan air mengalir.
 7. Meminta keluarga untuk mengambil makanan dan minuman untuk ibu.
 8. Pemantauan kala IV
 - a. TD, Nadi, TFU, dan kontraksi setiap 15 menit selama 1 jam pertama dan setiap 30 menit selama 1 jam kedua pasca persalinan dan suhu setiap 1 jam dalam 2 jam pertama pasca persalinan.

C. Landasan Hukum kewenangan Bidan

Seorang bidan dalam melakukan asuhan harus berdasarkan hukum perundangan-undangan yang berlaku. Landasan hukum yang digunakan oleh seorang dalam melakukan asuhan kebidanan ibu bersalin dengan presentasi bokong adalah :

1. Kepmenkes No.900/Menkes/SK/VII/2002.

Pasal 14 : Bidan dalam menjalankan prakteknya berwenang untuk memberikan pelayanan yang meliputi : (a) pelayanan kebidanan.

Pasal 15 : (1) Pelayanan kebidanan sebagaimana dimaksud dalam pasal 14 huruf a (pelayanan kebidanan) ditujukan pada ibu dan anak

(2) Pelayanan kepada ibu diberikan pada masa pra nikah, pra hamil, masa hamil, masa bersalin, masa nifas, menyusui dan masa antara (periode interval).

Pasal 16 : (1) Pelayanan kebidanan kepada meliputi :

a. Pertolongan persalinan abnormal yang mencakup letak sungsang, partus macet kepala di dasar panggul, ketuban pecah dini (KPD) tanpa infeksi, perdarahan post partum, laserasi jalan lahir, distosia karena inersia uteri primer, post aterm dan preterm.

Pasal 18 : Bidan dalam memberikan pelayanan sebagaimana dimaksud dalam pasal 16, berwenang untuk :

a. Pemberian infuse.

- b. Resusitasi bayi baru lahir dengan asfiksia.
- c. Penanganan hipotermi.
- d. Pemberian surat kelahiran dan kematian.

2. Berdasarkan peraturan menteri kesehatan republik indonesia nomor 1464/menkes/per/x/2010.

Pasal 9 : bidan dalam menjalankan praktik, berwenang untuk memberikan pelayanan yang meliputi : a. Pelayanan kesehatan ibu.

Pasal 10 : (1) pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam pasal 9 huruf a diberikan pada masa pra hamil, kehamilan, masa nifas, masa menyusui, dan masa antara dua kehamilan.

(1) Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi : c. Pelayanan persalinan normal.

(2) Bidan dalam memberikan pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berwenang untuk : c. Penanganan kegawat daruratan, dilanjutkan dengan perujukan.

Pasal 14 : (1) Bagi bidan yang menjalankan praktik di daerah yang tidak memilih dokter dapat melakukan pelayanan kesehatan diluar kewenangan sebagaimana dimaksud dalam pasal 9.