

# KARYA TULIS ILMIAH

## MANAJEMEN KEBIDANAN PADA IBU INTRANATAL DENGAN LETAK SUNGSANG DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ABEPURA-JAYAPURA

*Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan  
Pendidikan Diploma III Kebidanan*



OLEH :

NAMA : MULYATI  
NIM : PO.71.24.4.06.26

DEPARTEMEN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
PUSAT PENDIDIKAN TENAGA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN JAYAPURA  
PROGRAM D-III KEBIDANAN  
TAHUN 2008

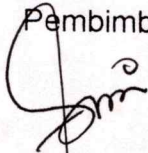
MILIK PERPUSTAKAAN  
POLITEKNIK KESEHATAN  
JAYAPURA

## LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah Yang Berjudul " Manajemen Kebidanan Pada Ibu  
Intranatal Dengan Letak Sungsang Di Rumah Sakit Umum Daerah  
Abepura Tahun 2008".

Telah Disetujui Untuk Dihadapkan Kepada Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah  
Pada Politeknik Kesehatan Jayapura.

Pembimbing I

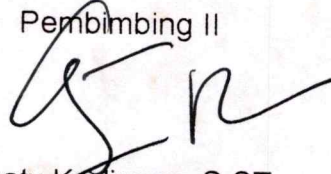


Susana Ramandey, S. SoS, M. Kes

Nip : 140 092 598

Jayapura, 30 Agustus 2008

Pembimbing II



Saaty Kadiwaru, S.ST

Nip : 140 009 877

## LEMBAR PENGESAHAN

Diterima oleh Panitia Ujian Karya Tulis Ilmiah Program Diploma III Politeknik Kesehatan Papua untuk memenuhi salah satu syarat guna menyelesaikan pendidikan Diploma III Kebidanan pada :

Hari : Jumat  
Tanggal : 5 September 2008

Panitia Ujian Ahli Madya Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura



Ketua

*W. Sapari*

Dra. Wemintje Sapari, M.Kes  
Nip : 640 010 681

Sekretaris

*S. Ramandey*

Susana Ramandey, S.Sos, M. Kes  
Nip : 140 092 598

### Tim Penguji :

1. Dra. Wemintje Sapari, M.Kes  
Nip : 640 010 681
2. Susana Ramandey, S. Sos, M.Kes  
Nip : 140 092 598
3. Saaty Kadiwaru, S.ST  
Nip : 140 009 877

(*W. Sapari*)

(*S. Ramandey*)

(*S. Kadiwaru*)

## DAFTAR ISI

|                                               |     |
|-----------------------------------------------|-----|
| Lembar Persetujuan.....                       | ii  |
| Lembar Pengesahan.....                        | iii |
| Daftar Isi .....                              | iv  |
| Motto.....                                    | vi  |
| Kata Pengantar.....                           | vii |
| BAB I Pendahuluan                             |     |
| A. Latar Belakang.....                        | 1   |
| B. Perumusan Masalah.....                     | 2   |
| C. Tujuan.....                                | 3   |
| D. Manfaat.....                               | 4   |
| BAB II Landasan Teori                         |     |
| I. Konsep Dasar.....                          | 5   |
| A. Definisi.....                              | 5   |
| B. Etiologi.....                              | 5   |
| C. Diagnosa .....                             | 6   |
| D. Frekuensi Letak Sungsang.....              | 8   |
| E. Gambaran Klinik.....                       | 9   |
| F. Bentuk-bentuk Letak Sungsang .....         | 9   |
| G. Mekasnisme Persalinan Sungsang .....       | 10  |
| H. Prognosis .....                            | 12  |
| I. Penanganan.....                            | 13  |
| J. Komplikasi Persalinan Letak Sungsang ..... | 24  |
| II. Manajemen Asuhan Kebidanan Antenatal..... | 27  |
| 1. Pengertian.....                            | 27  |

|                                                 |    |
|-------------------------------------------------|----|
| 2. Tujuan .....                                 | 27 |
| 3. Proses Manajemen .....                       | 27 |
| <b>BAB III Gambaran Umum dan Tinjauan Kasus</b> |    |
| A. Gambaran Umum Lokasi Pengambilan Kasus ..... | 31 |
| 1. Analisa dan Karakteristik .....              | 31 |
| 2. Gambaran Umum Ruang Bersalin .....           | 34 |
| B. Tinjauan Kasus                               |    |
| Manajemen Kebidanan Dengan Letak Sungsang       |    |
| Kala I .....                                    | 35 |
| Manajemen Kebidanan Dengan Letak Sungsang       |    |
| Kala II .....                                   | 53 |
| Manajemen Kebidanan Dengan Letak Sungsang       |    |
| Kala III .....                                  | 60 |
| Manajemen Kebidanan Dengan Letak Sungsang       |    |
| Kala IV .....                                   | 65 |
| <b>BAB IV Pembahasan</b>                        |    |
| A. Pengkajian .....                             | 71 |
| B. Diagnosa .....                               | 71 |
| C. Diagnosa Potensial .....                     | 72 |
| D. Tindakan Segera .....                        | 73 |
| E. Perencanaan .....                            | 73 |
| F. Implementasi .....                           | 73 |
| G. Evaluasi .....                               | 74 |
| <b>BAB V Penutup</b>                            |    |
| A. Kesimpulan .....                             | 75 |
| B. Saran .....                                  | 75 |
| <b>Daftar Pustaka</b>                           |    |
| <b>Lampiran</b>                                 |    |

## **Motto dan Persembahan**

**Menaklukkan Ribuan Orang Belum Bisa Disebut Sebagai Pemenang, Tetapi Mampu Mengalahkan Diri Sendiri Itulah Yang Disebut Penakluk Gemilang.**

**Karya Tulis Ilmiah Ini Khusus Kepersembahkan Buat Suami Tercinta, Anankku Tersayang dan Almamater Yang Aku Banggakan. Semoga Allah Membuka Membuka Pintu Hidayah Untuk Kita Sekalian.....Amin.**

## KATA PENGANTAR

Segala puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Kuasa, atas segala rahmat dan karunianya, Sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul " Manajemen Kebidanan Pada Ibu Inpartu Dengan Letak Sungsang Di Rumah Sakit Umum Abepura "

Karya Tulis Ilmiah ini merupakan salah satu persyaratan dalam menyelesaikan Pendidikan Program Diploma III Kebidanan pada Politeknik Kesehatan Papua tahun 2008

Dalam menyelesaikan Karya Tulis ini penulis banyak mengalami kendala namun berkat adanya bimbingan saran dan motivasi dari berbagai pihak sehingga kendala tersebut dapat diatasi, oleh karena itu dengan kerendahan hati penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang terhingga kepada :

1. Direktur Politeknik Kesehatan Jayapura yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini
2. Direktur Rumah Sakit Umum Abepura yang telah mengijinkan dan memberi tempat kepada penulis untuk praktik dan sekaligus dalam pengambilan data
3. Ibu Dra. Welmintje Sapari, M.Kes selaku Ketua Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura
4. Ibu Susana Ramandey S.Sos, M.Kes selaku pembimbing I dan Ibu Saaty Kadiwaru . S.SiT sebagai pembimbing II
5. Kepala Ruangan Bersalin Rumah Sakit Umum Abepura, yang telah banyak memberikan ilmu dan bimbingan penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini

6. Bapak dan Ibu dosen beserta staf yang telah banyak memberikan ilmu pengetahuan dan bimbingan
7. Klien (Ny. S Beserta suami) yang telah memberikan kepercayaan kepada penulis untuk melakukan asuhan kebidanan.
8. Semua pihak yang telah memberikan dukungan dan motivasi bagi penulis untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini tepat pada waktunya.

Penulis telah berupaya agar Karya Tulis Ilmiah ini dapat tersusun dalam bentuk sebaik-baiknya. Meskipun demikian, hal ini tidak menjamin kesempurnaan. Karya Tulis Ilmiah ini, bahkan masih banyak kekurangan. Oleh karena itu kritik dan koreksi akan penulis terima dengan besar hati guna kesempurnaan dan mutu Karya Tulis Ilmiah mendatang semakin baik.

Akhir kata semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pembaca. Doa serta harapan dari penulis, kiranya Tuhan Yang Maha Kuasa memberikan rahmat dan hidayahnya dalam menjalankan tugas dan dalam meniti karir kedepan.

Jayapura, 30 Agustus 2008

**Penulis**

## **BAB I PENDAHULUAN**

### **A. LATAR BELAKANG**

Dinegara miskin sekitar 25-50% kematian wanita subur disebabkan dengan kehamilan. Tahun 1996, WHO mempertahankan lebih dari 585.000 pertahun ibu meninggal saat hamil atau bersalin

Tingginya angka kematian di Indonesia menurut survey demografi dan kesehatan (1997), yakni angka kematian ibu adalah 390 per 100.000 kelahiran hidup dan angka tersebut sekitar tiga sampai enam kali dari angka kematian di Negara-negara berkembang (Saefudi A.B, 2000). Kejadian letak sungsang berkisar antara 2% - 3% bervariasi diberbagai tempat sekalipun kejadiannya kecil tetapi mempunyai penyulit yang besar dengan angka kematian sekitar 20% - 30% (Manuaba, 1998 )

Persalinan sungsang merupakan keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala difundus uteri dan bokong berada dibagian bawah kavum uteri pada letak kepala, kepala yang merupakan bagian terbesar bayi akan lahir terakhir.

Data yang diperoleh dari Rumah Sakit Umum Abepura Jayapura Propinsi Papua Tahun 2007 angka persalinan mencapai 1541 dari angka tersebut 9 orang adalah persalinan letak sungsang.

Penyebab utama kematian di Indonesia adalah perdarahan, infeksi dan eklamsi termasuk kelainan letak, untuk itu perlu seorang Bidan yang Profesional harus mampu dan terampil menangani kasus dengan letak sungsang agar tidak terjadi komplikasi/kematian ibu dan bayi (Manuaba, 1998)

Berdasarkan data tersebut di atas maka penulis tertarik untuk melakukan pengkajian terhadap kasus persalinan sungsang dalam bentuk Manajemen Kebidanan di ruang bersalin Rumah Sakit Umum Abepura di Jayapura

Manajemen Kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, ketrampilan dan rangkaian/tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan yang befokus pada klien yaitu pengkajian, merumuskan masalah, diagnosa potensial, tindakan segera, rencana asuhan, implementasi dan evaluasi

## B. RUMUSAN MASALAH

1. Bagaimana cara melakukan pengkajian pada ibu bersalin dengan letak sungsang ?
2. Bagaimana cara merumuskan diagnosa pada ibu bersalin dengan letak sungsang ?

3. Bagaimana cara melakukan rencana tindakan pada ibu bersalin dengan letak sungsang ?
4. Bagaimana cara melakukan implementasi pada ibu bersalin dengan letak sungsang ?
5. Bagaimana cara melakukan evaluasi terhadap rencana dan implementasi pada ibu bersalin dengan letak sungsang ?
6. Bagaimana cara mendokumentasikan asuhan kebidanan pada persalinan letak sungsang ?

#### C. TUJUAN

##### 1. Tujuan Umum

Untuk meningkatkan kemampuan penulis dalam memberikan asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan letak sungsang secara menyeluruh/komprehensif, sehingga dapat membawa ibu dan bayi dalam keadaan selamat

##### 2. Tujuan Khusus

Diharapkan setelah melakukan menjemen asuhan kebidanan :

- a) Mampu mengkaji ibu inpartu dengan letak sungsang
- b) Mampu merumuskan diagnosa ibu inpartu dengan letak sungsang
- c) Mampu menegakan diagnosa potensial pada ibu inpartu dengan letak sungsang

- d) Mampu melakukan tindakan segera pada ibu inpartu dengan letak sungsang
- e) Mampu membuat rencana asuhan kebidanan secara komperhensif pada ibu inpartu dengan letak sungsang
- f) Mampu melaksanakan tindakan asuhan kebidanan pada inpartu dengan letak sungsang
- g) Mampu melakukan evaluasi pada ibu inpartu dengan letak sungsang

#### D. MANFAAT PENULISAN

1. Bermanfaat bagi penulis sendiri maupun orang lain yang membacanya
2. Menambah Ilmu Pengetahuan dan merupakan bahan bacaan untuk peneliti berikutnya
3. Bagi Rumah Sakit Umum Daerah Abepura Jayapura, sebagai masukan untuk dapat meningkatkan kualitas sumber daya manusia dengan memberikan kesempatan yang seluas-luasnya untuk mengikuti pendidikan formal di perguruan tinggi

## **BAB II LANDASAN TEORITIS**

### **I. KONSEP DASAR**

#### **A. Definisi**

Letak sungsang merupakan keadaan dimana janin terletak memanjang dengan Kepala di *fundus uteri* dan bokong berada di bagian bawah kavum uteri (Mochtar, R 2000).

Presentase bokong adalah presentase abnormal yaitu letak memanjang dengan bokong sebagai bagian yang terendah (Saifuddin, AB, 2000)

#### **B. Etiologi**

Penyebab letak sungsang dapat berasal dari berbagai faktor antara lain :

##### **1. Dari Sudut Ibu :**

###### **a. Keadaan Rahim**

Rahim *arkuatus*, *Septum* pada rahim, *Uterus dupleks*, *mioma* bersama kehamilan, *multi paritas*

###### **b. Keadaan Plasenta**

*Plasenta* letak rendah, *Plasenta previa*.

### c. Keadaan Janin Lahir

Kesempitan panggul, *diformitas* tulang panggul, terdapat tumor yang menghalangi jalan lahir

## 2. Dari Sudut Janin

Pada janin terdapat berbagai keadaan yang menyebabkan letak sungsang antara lain : Tali pusat pendek, *hidrosefalus*, kehamilan kembar, *hidramnion*, *prematuritas* (Wiknjosastro, 1999)

Cunningham (2006) mengatakan presentase bokong umumnya terjadi pada trimester II kehamilan atau mendekati aterm. Faktor predisposisi untuk presentasi bokong selain usia kehamilan adalah relaksasi uterus yang disebabkan oleh multi paritas, baik mutiple, *hidramnion*, *oligohidramnion*, *ansefallus*, presentasi bokong sebelumnya, dan berbagai faktor tumor dalam panggul. Implantasi *kornu* fundus uteri diduga merupakan predisposisi bokong (Manuba, 1998)

## C. Diagnosa

Diagnosa letak sungsang pada umumnya tidak sulit, dapat didiagnosa dengan cara :

### 1. Palpasi

- a. Di bagian bawah uterus tidak teraba bagian yang keras, bulat dan melenting yakni kepala, dan kepala teraba dibagian fundus uteri

- b. Bokong teraba dibagian pelvis, dimana letak bokong teraba bulat tetapi tidak mudah digerakkan seperti kepala.

## 2. Auskultasi

Denyut jantung janin pada umumnya terdengar setinggi pusat atau sedikit lebih tinggi dari umbilikalis

## 3. Pada Pemeriksaan Vaginal (PD)

Dapat diraba OS *Sakrum*, *tuber ischii* dan anus, kadang-kadang teraba kaki (pada letak kaki)

## 4. Pemeriksaan *ultrasonografik* atau M.R.I (*Magnetic Resonance Imaging*)

Setelah ketuban pecah dapat diraba dengan jelas adanya bokong yang ditandai dengan adanya *sakrum*. Kedua *tuber ischii* dan anus. Bila dapat diraba kaki maka harus dibedakan dengan tangan. Pada kaki terdapat tumit. Sedangkan tangan ditemukan ibu jari yang letaknya tidak rata (sejajar) dengan jari-jari lain dan panjang lebih sama dengan panjang telapak tangan (Cunningham, 2006)

Pada persalinan lama dapat menyebabkan bokong janin mengalami oedema, sehingga kadang-kadang sulit untuk membedakan bokong dengan muka. Pemeriksaan yang teliti dapat membedakan bokong dengan muka karena jari yang akan dimasukan kedalam anus akan mengalami rintangan otot,

sedangkan jari yang akan dimasukan kedalam mulut akan teraba tulang rahang, dari alveola tanpa ada hambatan, disamping itu dapat diraba lidah dan isapan bayi (Manuaba, 1998)

Pada pemeriksaan abdomen dengan perasat *leopold I* secara khas ditemukan bahwa kepala janin yang keras dan bulat dengan balotemen sudah menempati *fundus uteri*. Perasat *Leopold II* menunjukkan punggung sudah berada disatu sisi dengan abdomen dan bagian-bagian kecil berada disisi yang lain. Pada perasat *leopold III* bokong janin masih dapat digerakan diatas pintu atas panggul.

Pada pemeriksaan vaginal presentasi bokong lengkap dibedakan dengan presentasi bokong murni yakni satu atau kedua lutut lebih banyak dalam keadaan *fleksi* atau *ekstensi*. Pada presentasi bokong tak lengkap, satu atau kedua sendi paha tidak dalam keadan *fleksi* dan atau kedua kaki atau lutut terletak dibawah bokong, sehingga kaki atau lutut bayi terletak paling bawah pada jalan lahir (Cunningam, 2006)

#### D. Frekwensi Letak Sungsang

Letak sungsang ditemukan kira-kia 2 - 4%. Greenhil melaporkan 4 - 4,5%, Holland 2 - 3%, sedangkan di Rumah Sakit Dr. Pirngadi Medan ditemukan frekuensi sekitar 4,4% dan di Rumah Sakit Hasan

Sadikin Bandung mencapai 4,6%. Frekuensi presentase bokong cukup tinggi pada persalian preterm (Wiknjosastro, 1999)

#### E. Gambaran Klinik

Pada kasus letak sungsang gambaran klinik yang biasa ditemui adalah sebagai berikut :

1. Pergerakan anak dirasakan oleh ibu lebih banyak di bagian perut bawah dan dibawah pusat
2. Ibu sering merasa adanya benda keras (kepala) mendesak tulang iga dan epigastrium, sehingga kadang-kadang dapat menimbulkan sesak (Prawirohardjo, 2002)

#### F. Bentuk-Bentuk Letak Sungsang

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

1. Letak bokong murni ( *Frank breech* )  
Letak teraba kaki, kedua kaki menjungkit keatas dan kedua kaki bertindak sebagai *spalk*
2. Letak bokong kaki sempurna  
Yaitu teraba bokong dan kedua kaki berada disamping bokong.
3. Letak bokong tak sempurna  
Yaitu teraba bokong dan disamping bokong teraba satu kaki

#### 4. Letak kaki

Bila bagian terendah teraba satu kaki, kedua kaki atau lutut  
(Mochtar R, 2000 )

#### G. Mekanisme Persalinan Sungsang

Bokong masuk Pintu Atas Panggul ( PAP ) dengan garis pangkal pada melintang atau miring mengikuti jalan lahir dan melakukan putaran paksi dalam sehingga *trochanter* depan berada dibawah *symphysis*. Dengan *trochanter* depan sebagai *hipomoklion* akan lahir *trochanter* belakang dan selanjutnya seluruh bokong lahir. Sementara itu bahu memasuki jalan lahir dan mengikuti jalan lahir untuk melakukan putaran paksi dalam sehingga bahu depan berada dibawah *symphysis*, dengan bahu depan sebagai *hipomoklion* (Manuaba, 1998 )

Lahir bahu belakang bersama dengan tangan belakang diikuti kelahiran bahu depan dan tangan depan. Bersamaan dengan kelahiran bahu, kepala bayi memasuki rongga panggul dengan sutura sagitalis melintang atau miring serta melakukan putaran paksi dalam sehingga suboksiput berada di bawah *symphysis*, dengan suboksiput menjadi *hipomoklion* berturut-turut akan lahir dagu, mulut, hidung, muka dan kepala seluruhnya. Persalinan kepala mempunyai waktu yang sangat terbatas sekitar delapan menit setelah bokong lahir, apabila melampaui batas delapan menit akan dapat menimbulkan kesakitan atau kematian bayi (Manuaba, 1998)

Sebab-sebab kematian atau perlukaan bayi pada letak sungsang adalah :

1. Asphyxia terjadi karena :
  - a. Kompresi tali pusat antara panggul dan kepala bayi yang terlalu lama.
  - b. Tali pusat menumbung.
  - c. Aspirasi air ketuban.
  - d. Persalinan lama dan sukar.
2. Trauma pada Tulang Kepala dan Otak
  - a. Kepala pada saat melalui panggul ligamentum, pada otak terjadi peregangan yang hebat dan mendadak sehingga kemungkinan akan terjadi laserasi dan pendarahan intrakranial
  - b. Fraktur tulang tengkorak
  - c. Perdarahan - perdarahan kecil
3. Kerusakan Akibat yang Kasar pada Persalinan
  - a. Fraktur leher, humerus, klavikula dan femur
  - b. *Paralysis flexus cervicausus* dan *brachialis*.
  - c. Kerusakan pada golongan *adrenalis* janin yang relatif besar.
  - d. Trauma pada *faring* oleh karena penolong meletakkan jarinya dalam mulut bayi untuk membantu kelahiran bayi

#### 4. Ukuran bayi

- a. Bayi yang lebih dari empat kilogram mungkin terlalu besar untuk panggul
- b. Bayi yang premature mempunyai tubuh yang kecil dan bokong yang kecil bukan pembuka yang baik dan tidak membuka jalan untuk kepala (Manuaba, 1998)

#### H. Prognosis

Angka kematian bayi letak sungsang lebih tinggi dibandingkan dengan letak kepala. Prognosis kurang baik bagi ibu karena kemungkinan terjadi robekan perinium lebih besar, juga karena dilakukan tindakan, selain itu ketuban pecah dini dan partus lama akan sangat potensial untuk terjadi infeksi

Prognosis bagi janin akan buruk bila terjadi hipoksia atau perdarahan didalam tengkorak. *Hipoksia* terjadi akibat terjepitnya tali pusat antara kepala dan panggul pada waktu kepala memasuki rongga panggul serta akibat *retraksi uterus* yang dapat menyebabkan lepasnya plasenta sebelum kepala lahir. Kelahiran kepala janin yang lebih lama dari 8 menit setelah umbilikulus dilahirkan akan membahayakan kehidupan janin (Mochtar R, 2000)

## I. Penanganan

Pertolongan persalinan letak sungsang memerlukan perhatian khusus karena dapat menimbulkan komplikasi kesakitan, cacat permanen sampai dengan kematian bayi. Menghadapi kehamilan letak sungsang dapat diambil tindakan sebagai berikut :

### 1. Sebelum Inpartu

Tentukan apakah persalinan dapat berlangsung pervaginam, setiap persalinan sungsang sebaiknya ditolong pada fasilitas yang dapat melakukan operasi

- a. Bila kehamilan berumur 32 minggu atau lebih dan kemungkinan kecil lahir pervaginam lakukan versi luar
- b. Versi luar biasa dilakukan bila :
  - 1) Air ketuban cukup
  - 2) Tidak ada komplikasi/kontra indikasi (IUGR, perdarahan, bebas *seksio cesaria*, kelainan janin, kehamilan kembar dan *hipertensi*) (Winkjosastro, 2002 )
- c. Syarat-syarat versi luar :
  - 1) Bagian terendah janin masih dapat didorong keatas keluar pintu atas panggul (PAP)
  - 2) Dinding perut harus tipis, ibu dalam keadaan rileks agar penolong dapat memegang bagian-bagian janin

- 3) Janin harus dapat lahir pervaginam
- 4) Selaput ketuban harus masih utuh
- 5) Saat mengerjakan versi luar pada masa kehamilan (sebelum inpartu), pada primigravida umur kehamilan 34-38 minggu  
Dan pada multigravida umur kehamilan lebih dari 38 minggu  
(Saifuddin. AB, 2000)

## 2. Saat Inpartu :

### KALA I :

- a. Oleh karena sebagian besar janin dengan presentasi bokong dapat dilahirkan pervaginam maka menunggu sambil observasi adalah cara yang terbaik.
- b. Pasien dianjurkan untuk berbaring ditempat tidur karena dapat mengurangi resiko pecahnya ketuban
- c. Sebaiknya ketuban dibiarkan tetap utuh sampai pembukaan cukup besar. Harus dihindari setiap prosedur yang dapat menyebabkan ketuban pecah
- d. Pantau kemajuan persalinan dengan *partograf*
- e. Bila terjadi ketuban pecah juga, dilakukan pemeriksaan dalam untuk mengesampingkan adanya *prolapsus funikuli* dan untuk menentukan seberapa besar pembukaan *cerviks*
- f. Mekonium bukan merupakan tanda bahaya, selama denyut jantung janin dalam batas normal

- g. Ibu tidak boleh mendedan sebelum pembukaan lengkap  
( Moctar R, 2000 )

## KALA II : PERSALINAN

Sebelum melakukan pertolongan persalinan maka perlu diketahui jenis pertolongan persalinan sungsang :

### a. Persalinan Pervaginam

Berdasarkan tenaga yang dipakai dalam melahirkan janin pervaginam dibagi menjadi tiga bagian yaitu :

#### 1) Persalinan spontan ( *spontaneus breech* )

Yaitu janin dilahirkan dengan kekuatan dan tenaga ibu sendiri.

#### a) Prosedur persalinan spontan :

##### (1) Tahap pertama :

Fase lambat yaitu dimulai dengan lahirnya bokong sampai pusar, disebut fase lambat karena fase ini hanya untuk melahirkan bokong, yaitu bagian janin yang tidak berbahaya

##### (2) Tahap kedua :

Fase cepat yaitu mulai dari lahirnya pusar sampai lahirnya mulut, disebut fase cepat karena kepala janin mulai masuk pintu atas panggul sehingga memungkinkan tali pusat akan terjepit. Oleh karena

itu fase ini harus segera diselesaikan dan tali pusat segera dilonggarkan, bila mulut sudah lahir maka janin dapat bernapas lewat mulut

(3) Tahap ketiga :

Fase lambat yaitu mulai lahirnya mulut sampai seluruh kepala lahir, disebut fase lambat karena kepala akan keluar dari ruangan yang bertekanan tinggi (*uterus*) ke dunia luar yang tekanannya lebih rendah sehingga kepala harus dilahirkan secara perlahan-lahan untuk menghindari terjadinya perdarahan intracranial (Wiknjosastro, 2000)

b) Teknik :

(1) Teknik *Hiperlordose*

- (a) Setelah bokong lahir, bokong dipegang secara brach (kedua ibu jari pada kedua paha bayi dan empat jari kedua tangan lainnya memegang bokong bayi)
- (b) Dilakukan hiperlordose dengan melengkungkan bokong ke arah perut ibu
- (c) Seorang membantu melakukan *klisteler* pada fundus uteri saat his dan mengejan

(d) Lahir berturut-turut dagu, mulut, hidung, muka dan seluruh kepala bayi

(e) Bayi dibawa keperut ibu untuk pemotongan tali pusat dan selanjutnya dirawat sebagaimana mestinya.

Bila persalinan dengan sekali His dan mengejan tidak berhasil, maka pertolongan brach dianggap gagal dilanjutkan dengan *ekstraksi (manual aid)*.

2) Cara Klasik (dilakukan jika dengan cara bracht, bahu dan tangan tidak bisa lahir)

a) Segera setelah bokong lahir, bokong dicekam dan dilahirkan, sehingga bokong dan kaki lahir.

b) Tali pusat dikendorkan

c) Pegang kaki pada pergelangan kaki dengan satu tangan dan tarik keatas

(1) Dengan tangan kiri dan menariknya kearah kanan atas ibu, untuk melahirkan bahu kiri bayi yang berada dibelakang

(2) Dengan tangan kanan dan menariknya kearah kiri atas ibu, untuk melahirkan bahu kanan bayi yang berada dibelakang.

- d) Masukkan dua jari tangan kanan/kiri(sesuai letak bahu belakang) sejajar dengan lengan, untuk melahirkan lengan belakang bayi
- e) Setelah bahu dan lengan belakang lahir kedua kaki ditarik kebawah untuk melahirkan bahu dan lengan bayi depan.

### 3) Cara Muller

- a) Melahirkan bahu depan terlebih dahulu dengan menarik kedua kaki, dengan cara yang sama seperti klasik, kearah belakang
- b) Setelah bahu dan lengan depan lahir dilanjutkan langkah yang sama untuk melahirkan bahu dan lengan belakang

### 4) Lovset ( dilakukan bila ada lengan bayi yang terjungkit dibelakang kepala/*nuchal Arm*)

- a) Setelah bokong dan kaki bayi lahir, memegang bayi dengan kedua tangan
- b) Memutar bayi  $180^0$  kearah yang berlawanan kekiri /kekanan beberapa kali hingga kedua bahu dan lengan dilahirkan secara klasik/muller

### 5) Ekstraksi kaki

Dilakukan bila kala II tak maju atau tampak gejala kegawatan ibu dan bayi. Yang mengharuskan bayi segera dilahirkan.

- a) Tangan kanan masuk secara obstetrik menelusuri bokong, pangkal paha sampai lutut, kemudian melakukan abduksi dan fleksi pada paha janin, sehingga kaki bawah menjadi fleksi, tangan yang lain mendorong fundus kebawah. Setelah kaki fleksi pergelangan kaki dipegang dengan kedua jari dan dituntun keluar vagina sampai batas lutut
- b) Kedua tangan penolong memegang betis janin, yaitu kedua ibu jari diletakkan dibelakang betis sejajar sumbu panjang paha dan jari-jari lain didepan betis, kaki ditarik cunam kebawah sampai pangkal paha lahir ditarik cunam kebawah sampai pangkal paha lahir
- c) Pegangan dipindah ke pangkal paha setinggi mungkin dengan kedua ibu jari dibelakang paha, sejajar sumbu panjang paha dan jari lain didepan paha.
- d) Pangkal paha ditarik cunam kebawah sampai trochanter depan lahir. Kemudian pangkal paha dengan pegangan yang sama dielevasi keatas hingga trochanter belakang lahir. Bila kedua trochanter telah lahir berarti bokong lahir
- e) Sebaiknya bila kaki belakang yang dilahirkan lebih dahulu, maka yang akan lahir lebih dahulu ialah

trochanter belakang dan untuk melahirkan trochanter depan maka pangkal paha ditarik terus cunam kebawah

f) Setelah bokong lahir maka dilanjutkan cara barcht, cara klasik ataupun cara muller.

#### 6) Teknik ekstraksi bokong

a) Kerjakan jika presentasi bokong murni dan bokong sudah turun didasar panggul, bila kala II tidak maju atau tampak keadaan janin/ibu yang mengharuskan bayi segera dilahirkan

b) Jari telunjuk penolong yang searah dengan bagian kecil janin, dimasukkan kedalam jalan lahir dan diletakkan dilipatan bagian depan. Dengan jari ini lipatan paha/*crista illiaca* dikait dan ditarik cunam kebawah.

c) Bila dengan tarikan ini trochanter depan mulai tampak dibawah symphysis, maka jari telunjuk penolong yang lain mengait lipatan paha ditarik cunam kebawah sampai bokong lahir

d) Setelah bokong lahir bayi dilahirkan secara bracht, cara klasik ataupun cara muller.

#### 7) Cara Mauriceau (dilakukan bila bayi dilahirkan secara manual aid /bila dengan barcht kepala belum lahir)

- a) Letakkan badan bayi diatas tangan kiri sehingga badan bayi seolah-olah menunggang kuda
- b) Satu jari dimasukkan dimulut dan dua jari dimaksila
- c) Minta seorang asisten menekan fundus uteri
- d) Bersamaan dengan adanya his, asisten menekan fundus uteri, penolong persalinan melakukan tarikan kebawah sesuai arah sumbu jalan lahir dibimbing jari yang dimasukkan untuk menekan dagu/mulut (Saifuddin.AB, 2006)

### KALA III : PERSALINAN PLASENTA DENGAN MANAJEMEN

#### KALA III AKTIF.

##### a. Pengertian

Proses pimpinan dalam tahapan (kala) dilakukan secara proaktif, apabila pada masa sebelum ini plasenta ditangani secara pasif (menunggu tanda-tanda lepasnya plasenta) maka dengan segera memberikan oksitosin 10 unit IM segera setelah bayi lahir dan melakukan traksi terkendali pada tali pusat agar separasi plasenta segera diinsiasi.

##### b. Indikasi

melahirkan plasenta secara efektif dan efisien

#### **Langkah klinik :**

(1) Klem tali pusat

- (a) Klem tali pusat pada jarak sekitar 5 cm dari perut bayi.
  - (b) Pasang klem kedua pada tali pusat dengan jarak  $\pm 3$  cm dari klem pertama
  - (c) Oleskan bethadin pada tali pusat diantara kedua klem
  - (d) Gunting tali pusat diantara kedua klem
- (2) Pemberian oksitosin
- (a) Lakukan pemeriksaan untuk memastikan bahwa kehamilan ini adalah kehamilan tunggal
  - (b) Beri Oksitosin 10 unit IM (intra muskuler)
- (3) Traksi tali pusat terkendali
- (a) Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva
  - (b) Letakkan satu tangan diatas *symphysis* untuk menahan uterus, tangan lain memegang klem tali pusat untuk menegangkan dan membuat tarikan terkendali pada tali pusat
  - (c) Tegangan tali pusat dan dorong uterus kearah *dorso kranial*
- (4) Melahirkan Plasenta
- (a) upayakan tali pusat tetap kencang dan lakukan dorongan ringan dan melepas pegangan secara bergantian.

Apabila tali pusat bertambah panjang berarti kemungkinan plasenta sudah lepas

- (b) Lakukan gerakan ini berulang kali hingga plasenta tampak pada vulva dan lahirkan plasenta
- (c) Bila plasenta belum lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir lakukan plasenta manual, bila tidak berhasil lakukan *histerektomi* (plasenta *akreta*, *inkreta* atau *perkreta*)
- (d) Periksa kelengkapan plasenta
- (e) Segera setelah plasenta lahir lakukan pijatan ringan pada uterus sehingga kontraksi berlangsung (Saifuddin A.B, 2000)

#### KALA IV : PERSALINAN

Kala ini dimulai sejak lahirnya plasenta sampai 2 jam post partum, hal-hal yang harus diawasi pada kala IV adalah sebagai berikut :

- a. Periksa apakah ada robekan *portio*, vagina atau perineum, bila ada segera luka dijahit untuk mencegah terjadinya perdarahan yang banyak
- b. Apakah uterus berkontraksi dengan baik
- c. Lakukan penilaian terhadap jumlah perdarahan yang ada, apabila perdarahan > 500 cc maka perlu mendapat penanganan segera

- d. Menilai keadaan umum ibu, kesadaran dan tanda-tanda vital, hal ini perlu untuk mengetahui kemungkinan komplikasi dini dalam dua jam *post partum*.

#### J. Komplikasi persalinan letak sungsang.

Komplikasi-komplikasi yang dapat terjadi pada persalinan letak sungsang terdiri :

##### 1. Komplikasi pada ibu

###### a. Perdarahan

Penyebab terjadinya perdarahan adalah atonia uteri, perlakuan jalan lahir, *retensio plasenta*. Hal-hal yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya perdarahan yaitu segera melakukan manajemen kala III aktif dengan cara masase uterus, pemberian oksitosin dan melakukan penegangan tali pusat terkendali, apabila setelah melakukan manajemen kala III aktif perdarahan masih tetap terjadi maka ada dua hal yang harus dilakukan. Yang pertama perdarahan secepat mungkin yakni dengan pemasangan infus untuk memperbaiki keadaan umum dan kedua mengatasi akibat perdarahan.

###### b. Robekan jalan lahir

Robekan perineum terjadi pada hampir semua persalinan pertama dan tidak jarang pada persalinan

berikutnya. Robekan ini dapat dihindarkan atau dikurangi dengan cara melakukan episiotomi. Pada kelahiran letak sungsang episiotomi dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya kemacetan pada saat kelahiran kepala. Selain itu episiotomi mudah dijahit dari pada robekan yang terjadi secara spontan

#### c. Infeksi

Infeksi inpartum adalah infeksi yang terjadi saat berlangsungnya proses persalinan infeksi inpartum biasanya terjadi pada partus lama, ketuban pecah dini dan pemeriksaan dalam yang terlalu sering. Gejala-gejalanya ialah kenaikan suhu badan, denyut jantung janin meningkat, air ketuban menjadi keruh dan berbau. Usaha-usaha yang dilakukan sebagai langkah pencegahan masuknya kuman-kuman dalam jalan lahir dengan menggunakan sarung tangan yang steril setiap kali akan melakukan pemeriksaan dalam. Menjaga agar persalinan tidak berlarut-larut, menyelesaikan persalinan dengan trauma sesedikit mungkin. Apabila telah terjadi infeksi maka antibiotik memegang peranan yang penting.

Dapat diberikan *penisilium* dalam dosis tinggi dengan *spektrum* luas. Disamping pengobatan dengan antibiotik, tindakan untuk mempertinggi daya tahan tubuh tetap perlu

dilakukan. Makanan yang mengandung zat-zat gizi yang diperlukan oleh tubuh hendaknya diberikan (Saifuddin A.B, 2000)

## 2. Komplikasi Pada Bayi.

### a. **Asfiksia** pada bayi.

*Asfiksia* dapat disebabkan karena kemacetan persalinan kepala, pada saat kepala masuk rongga panggul tali pusat akan tertekan antara kepala dan tulang panggul. Selain itu Asfiksia juga dapat terjadi bila adanya aspirasi air ketuban dan lendir. Untuk mencegah hal tersebut maka pada persalinan sungsang setelah bokong dan bahu lahir kepala sudah harus dilahirkan dalam waktu kurang dari 8 (delapan) menit baik dengan cara mauriceau ataupun dengan cunam piper. Sedangkan untuk mencegah terjadinya aspirasi air ketuban dan lendir maka setelah kepala lahir segera dilakukan pembersihan jalan napas (Cunningam, 2006)

## II. MANAJEMEN KEBIDANAN

### A. Pengertian

Menurut Halen Varney (2007), manajemen kebidanan merupakan proses pemecahan masalah yang sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, keterampilan dan rangkaian / tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan yang berfokus pada klien.

### B. Tujuan.

Untuk membantu proses berfikir dalam melaksanakan asuhan dan pelayanan kebidanan agar pelayanan yang akurat, komprehensif dan berstandar pada klien dapat tercapai ( Varney, 2007 )

### C. Proses Manajemen

Proses manajemen merupakan proses pemecahan masalah yang ditemukan oleh perawat, bidan pada tahun 1970-an yang dijelaskan (Varney 2007). Proses ini memperkenalkan suatu metode pengorganisasian pemikiran dan tindakan – tindakan dengan urutan yang logis dan menguntungkan baik bagi klien maupun bagi tenaga kesehatan.

Proses ini harus diikuti urutan – urutan yang logis yang berfokus pada manajemen klien, yang terdiri dari tujuh ( 7 ) langkah yang berurutan.

Ketujuh langkah tersebut adalah :

#### Langkah Satu : Pengumpulan Data Dasar

Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dari semua yang berkaitan dengan kondisi klien. Untuk memperoleh data dapat dilakukan dengan cara yaitu : Anamnesa, pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda – tanda vital, pemeriksaan khusus dan pemeriksaan penunjang (Varney, 2007)

#### Langkah Dua: Identifikasi Diagnosa atau Masalah

Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosa atau masalah yang spesifik. Rumusan diagnosa dan masalah keduanya digunakan karena masalah tidak dapat didefinisikan seperti diagnosa tetapi membutuhkan penanganan. Diagnosa kebidanan adalah diagnosa yang ditegakkan bidan dalam lingkup praktek kebidanan.

#### Langkah Tiga : Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial dan Mengantisipasi Penanganannya

Pada langkah ini membutuhkan antisipasi, bila dimungkinkan dilakukan pencegahan diharapkan bidan dapat waspada dan bersiap – siap mencegah diagnosa potensial benar – benar terjadi. Langkah

ini sangat penting dalam melakukan manajemen kebidanan yang aman. Bidan dituntut untuk mampu merumuskan masalah potensial yang akan terjadi tetapi juga merumuskan tindakan antisipasi agar masalah atau diagnosa potensial tidak terjadi.

Langkah Empat : Identifikasi Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera.

Mengidentifikasi keadaan darurat yang diperlukan, tindakan segera oleh bidan atau dokter untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan lain sesuai dengan kondisi pasien. Tindakan segera dapat dilakukan secara mandiri, kolaborasi atau rujukan.

Langkah Lima : Menyusun Rencana Asuhan yang Menyeluruh

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah – langkah sebelumnya. Rencana asuhan merupakan kelanjutan manajemen terhadap masalah atau diagnosa telah diidentifikasi atau diantisipasi untuk dapat tindakan yang tepat dan efektif, perlu direncanakan sesuai dengan kondisi klien, baik saat itu maupun masalah potensial yang ditimbulkan.

### Langkah Enam: Pelaksanaan Langsung Asuhan Dengan Efisien Dan Aman.

Perencanaan dapat dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Walaupun bidan tidak melakukannya sendiri ia tetap bertanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya. Penatalaksanaan yang efisien akan menyangkut waktu dan biaya serta peningkatan mutu dan asuhan klien.

### Langkah Tujuh : Evaluasi

Evaluasi untuk menilai keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan dengan pemenuhan akan kebutuhan apakah benar – benar telah terpenuhi. Rencana dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya.

Langkah – langkah proses manajemen pada umumnya merupakan pengkajian yang memperjelas proses pemikiran yang mempengaruhi tindakan serta berorientasi pada proses klinis karena proses manajemen tersebut berlangsung didalam situasi klinis. Untuk pendokumentasian/pencatatan dapat diterapkan dalam bentuk “SOAP”.

### **BAB III TINJAUAN KASUS**

#### **I. GAMBARAN UMUM LOKASI PENGAMBILAN KASUS**

##### **A. Analisa Tipe dan Karakteristik**

Tipe Rumah Sakit Umum Daerah Abepura termasuk tipe C dengan peraturan daerah Nomor: 8 Tahun 1998 oleh Menteri Dalam Negeri dan Surat Keputusan Nomor: 78 Tahun 1998 pada tanggal 1 Mei 1998 dan selanjutnya di Undang-Undangkan dengan lembaran Daerah Propinsi Daerah Tingkat I ( DATI I ) Irian Jaya Nomor : 163, tanggal 13 juli 1998 dengan terpenuhinya persyaratan suatu Rumah Sakit, maka disusul dengan pengisian jabatan struktural dan jabatan fungsional lainnya.

Karakteristik sebagai salah satu Rumah Sakit milik Pemerintah, Rumah Sakit Umum Daerah bergerak dibidang Non Komersial. Rumah Sakit Umum Daerah Abepura memiliki 160 kapasitas tempat tidur, dengan beberapa ruang rawat inap yakni: Bangsal pria, bangsal wanita, bangsal anak, bangsal bedah, bangsal kebidanan dan perinatologi, ruang ICU, VIP dan ruang kelas.

Di Rumah Sakit Umum Daerah Abepura juga melayani pasien-pasien rawat jalan meliputi : Poli anak dan laktasi, poli penyakit

dalam, poli kebidanan, poli bedah, poli gigi, poli mata, poli THT, poli fisioterapi.

## B. Wewenang

### 1. Tugas Pokok

Rumah Sakit Umum Daerah Abepura mempunyai tugas melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan, pemulihan dan pencegahan dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan.

### 2. Fungsi

- a. Menyelenggarakan pelayanan penunjang medis dan non medis.
- b. Menyelenggarakan pelayanan medis.
- c. Menyelenggarakan pelayanan dan asuhan keperawatan.
- d. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan
- e. Menyelenggarakan administrasi umum dan keuangan.

### 3. Struktur Organisasi Dan Ketenagaan

#### a. Struktur Organisasi

- 1) Direktur
- 2) Seksi Keperawatan
- 3) Seksi Pelayanan
- 4) Sub Bagian

5) Sub Seksi

6) Urusan

7) Instalasi Kebidanan

8) Komite Medis dan staf media fungsional

b. Ketenagaan

1) Jumlah Dokter Spesialis : 12 orang

2) Jumlah Dokter Umum : 31 orang

3) Dokter Gigi : 3 orang

4) Perawat : 93 orang

5) Bidan : 21 orang

6) Gizi : 18 orang

7) Kesehatan Lingkungan : 9 orang

8) Analis : 8 orang

9) Radologi : 4 orang

10) Farmasi : 5 orang

11) Fisioterapi : 4 orang

12) Anestesi : 1 orang

13) Non medis : 8 orang

14) Rekam Medik : 1 orang

## II. Gambaran Umum Ruang Bersalin RSUD Abepura

Ruang bersalin RSUD Abepura terdiri dari 2 tempat Pelayanan, yaitu Ruang VK dan Ruang Nifas, sedangkan pelayanan kesehatan yang diberikan meliputi pertolongan persalinan normal maupun persalinan patologi, perawatan nifas dan perawatan ginekologi.

### A. Ketenagaan, yang ada yaitu:

1. Dokter Spesialis : 2 Orang
2. Dokter Umum : 2 Orang
3. Diploma Kebidanan : 13 Orang
4. Perawat Bidan : 1 Orang

### B. Ruang Bersalin, memiliki kamar inap yaitu:

1. Kamar kelas I. 2 buah dengan 2 tempat tidur.
2. Kamar kelas II. 1 buah dengan 4 tempat tidur.
3. Kamar kelas III. 2 buah dengan 14 tempat tidur.
4. Kamar VIP 1 buah dengan 1 tempat tidur.
5. Kamar Super VIP 1 buah dengan 1 tempat tidur.

### C. Fasilitas Pelayanan di Ruang Bersalin RSUD Abepura, terdiri dari:

1. Peralatan medis cukup tersedia
2. Non medis cukup tersedia
3. Oksigen tersedia
4. Obat-obatan, cairan, sarung tangan.
5. PROTAP( APN, MGSO4)
6. DLL.

## **MANAJEMEN KEBIDANAN PADA IBU INPARTU DENGAN LETAK SUNGSANG**

Tanggal : 23 Juni 2008 Jam : 23.00 Wit  
Tempat : Ruang Bersalin Rumah Sakit Umum Abepura  
Oleh : Mulyati

### **MANAJEMEN KEBIDANAN KALA I**

#### **Langkah Satu : Pengumpulan Data Dasar**

##### **A. Data Subjektif.**

###### **Identitas.**

|             |                      |             |              |
|-------------|----------------------|-------------|--------------|
| Nama        | : Ny. S              | Nama        | : Tn. S      |
| Umur        | : 35 Thn             | Umur        | : 38 Thn     |
| Agama       | : KP                 | Agama       | : KP         |
| Suku/bangsa | : Jawa / INA         | Suku/bangsa | : Jawa / INA |
| Pendidikan  | : SMA                | Pendidikan  | : SMA        |
| Pekerjaan   | : IRT                | Pekerjaan   | : Swasta     |
| Alamat      | : Jln Wiratama Rt IV |             |              |



e. Pergerakan janin dirasakan oleh ibu pertama : umur kehamilan 20 minggu.

f. Menurut ibu kehamilan cukup bulan

#### 5. Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang Lalu.

| No | Umur Kehamilan | Jenis Persalinan | Penolong | BB Bayi | Keadaan Ibu dan Bayi | Masa Nifas | Usia Anak | KB     |
|----|----------------|------------------|----------|---------|----------------------|------------|-----------|--------|
| 1  | CB             | Spontan          | Bidan    | 3500    | Sehat                | Baik       | 11 thn    | Suntik |
| 2  | CB             | Spontan          | Bidan    | 3300    | Sehat                | Baik       | 3 thn     | Pil    |
| 3  | Hamil ini      |                  |          |         |                      |            |           |        |

#### 6. Riwayat Kesehatan yang Lalu

- a. Penyakit waktu anak-anak : Batuk, pilek.
- b. Riwayat opname : Tidak pernah
- c. Riwayat operasi : Tidak pernah.
- d. Penyakit serius yang pernah diderita : Tidak pernah

#### 7. Riwayat Penyakit Keluarga.

- a. Penyakit menular dalam keluarga : Tidak ada.
- b. Penyakit keturunan dalam keluarga : Tidak ada.
- c. Riwayat persalinan kembar : Tidak ada.

#### 8. Keadaan Psiko Sosial.

- a. Ibu tampak cemas dengan keadaan kehamilannya setelah tahu anaknya letak sungsang.
- b. Suami sangat mengharapkan kelahiran anaknya, berharap persalinan istrinya dapat ditangani dengan baik.

- c. Keluarga sangat mendukung dan banyak memberikan support pada ibu sehubungan keadaan kehamilan yang kurang normal.

9. Data Spiritual.

Klien dan suami menganut agama Kristen Protestan dan selalu taat beribadah sesuai keyakinannya dan selalu mengikuti ibadah kebaktian keluarga.

10. Latar Belakang Sosial Budaya.

Ibu dan suami sama-sama berasal dari suku Jawa yang sudah cukup lama hidup merantau sehingga tidak lagi fanatik, klien dapat hidup ditengah-tengah masyarakat.

### 11. Masalah - Masalah Selama Kehamilan

| No | Masalah              | Trimester | Trimester II | Trimester III |
|----|----------------------|-----------|--------------|---------------|
| 1  | Mual mutah           | Ada       | Tidak ada    | Tidak ada     |
| 2  | Nyeri ulu hati       | Ada       | Tidak ada    | Tidak ada     |
| 3  | Perut kembung        | Ada       | Tidak ada    | Tidak ada     |
| 4  | Sakit perut          | Tidak ada | Tidak ada    | Tidak ada     |
| 5  | Sakit Kepala         | Tidak ada | Tidak ada    | Tidak ada     |
| 6  | Pusing-pusing        | Ada       | Tidak ada    | Tidak ada     |
| 7  | Mudah lelah          | Ada       | Tidak        | Ada           |
| 8  | Gangguan             | Tidak ada | Tidak ada    | Tidak         |
| 9  | pernapasan           | Tidak ada | Tidak ada    | Ada           |
| 10 | Nyeri punggung       | Tidak ada | Tidak ada    | Tidak         |
| 11 | Obstipasi/konstipasi | Tidak     | Tidak        | Tidak ada     |
| 12 | Kram otot/ngilu      | Tidak ada | Tidak ada    | Tidak ada     |
| 13 | Hemoroid             | Tidak ada | Tidak ada    | Tidak ada     |
| 14 | Keputihan<br>Poliuri | Tidak ada | Tidak ada    | Tidak ada     |

### 12. Pola Kegiatan Sehari-hari

| NO | POLAKEGIATAN<br>SEHARI-HARI                                                                                                        | TRIMESTER<br>I                                                                  | TRIMESTER<br>II                                               | TRIMESTER<br>III                                              |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| 1  | Nutrisi<br>a. Pola makan<br>b. Frekwensi makan<br>c. Nafsu makan<br>d. Makanan kesukaan<br>e. Makanan pantangan<br>f. Jumlah minum | Baik<br>1-2 x sehari<br>Kurang<br>Gado-gado<br>Tdk ada<br>8 gelas (<br>1600 cc) | Baik<br>3 x sehari<br>Baik<br>Gado-gado<br>Tdk ada<br>8 gelas | Baik<br>3 x sehari<br>Baik<br>Gado-gado<br>Tdk ada<br>8 gelas |
| 2  | Kebiasaan yang<br>mempengaruhi<br>kehamilan :<br>a. Merokok<br>b. Minuman keras<br>c. Obat penenang<br>d. Jamu/obat tradisional    | Tidak pernah<br>Tidak pernah<br>Tidak pernah<br>Tidak pernah                    | Tidak pernah<br>Tidak pernah<br>Tidak pernah<br>Tidak pernah  | Tidak pernah<br>Tidak pernah<br>Tidak pernah<br>Tidak pernah  |

| NO | POLAKEGIATAN SEHARI-HARI                                                                                                       | TMST I                                                                                 | TMS II                                                                                 | TMS III                                                                                |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 3  | Eleminasi :<br>a. BAK : Frekwensi<br>Bau/warna<br>Jumlah urin<br>b. BAB : Frekwensi<br>Bau/warna<br>Konsistensi                | 3-4 x sehari<br>Amis/kuning<br>muda<br>1400 cc<br>1 x sehari<br>Busuk/kuning<br>Lembek | 3-4 x sehari<br>Amis/kuning<br>muda<br>1400 cc<br>1 x sehari<br>Busuk/kuning<br>Lembek | 3-4 x sehari<br>Amis/kuning<br>muda<br>1400 cc<br>1 x sehari<br>Busuk/kuning<br>Lembek |
| 4  | Pola tidur<br>a. Tidur siang<br>b. Tidur malam pukul                                                                           | Jarang<br>21 <sup>00</sup> – 05 <sup>30</sup><br>WIT                                   | Jarang<br>21 <sup>00</sup> – 05 <sup>30</sup><br>WIT                                   | Jarang<br>21 <sup>00</sup> – 05 <sup>30</sup><br>WIT                                   |
| 5  | Olah raga dan rekreasi<br>a. Nonton TV<br>b. Jalan-jalan pagi                                                                  | Kadang<br>Tidak                                                                        | Kadang<br>Tidak                                                                        | Kadang<br>Tidak                                                                        |
| 6  | Higiene perorangan<br>a. Frekwensi mandi<br>b. Pakai sabun<br>c. Dikeringkan<br>d. Frekwensi sikat gigi<br>e. Pakai sikat gigi | 2x sehari<br>Ya<br>Ya<br>2x sehari<br>Ya                                               | 2x sehari<br>Ya<br>Ya<br>2x sehari<br>Ya                                               | 2x sehari<br>Ya<br>Ya<br>2x sehari<br>Ya                                               |

## B. Data Objektif.

1. Pemeriksaan Umum :
  - a. Keadaan umum : Baik.
  - b. Kesadaran : Compos mentis
  - c. Tanda-tanda vital :
    - 1) Tekanan darah : 110/70 mmHg
    - 2) Nadi : 80 <sup>x</sup>/m
    - 3) Respirasi : 28 <sup>x</sup>/m
    - 4) Suhu badan : 37°C

- d. Berat badan sebelum hamil : 55 kilogram
- e. Berat badan selama hamil : 67 kilogram
- f. Tinggi badan : 155 cm.
- g. Lingkar lengan atas : 26 cm.

2. Pemeriksaan Fisik :

a. Muka

Bentuk : Oval , tidak ada cacat, cloasma didaerah kedua pipi

b. Mata : Conjunctiva merah, sclera tidak ikterus, kelopak mata tidak ada oedema.

c. Hidung : Simetris, tidak ada polip, sekret tidak ada.

d. Mulut dan gigi : Stomatitis tidak ada, gigi utuh, caries tidak ada, lidah bersih

e. Leher : Tidak nampak dan tidak teraba adanya pembesaran kelenjar thyroid dan kelenjar limfe.

f. Dada : Bentuk simetris  
Pernafasan normal 20 x/m dan tidak sesak

g. Payudara : Bentuk simetris, putting susu kiri dan kanan menonjol sudah mengeluarkan kolostrum, kebersihan cukup, tidak ditemukan adanya massa/tumor di kedua payudara.

#### h. Abdomen

- a. Pembesaran : Pembesaran sesuai dengan umur kehamilan, tidak menggantung.
- b. Bekas operasi : Tidak ada
- c. Lien/ hepar : Tidak ada pembesaran
- d. Kandung kemih : Kosong.

#### i. Ekstremitas bawah

- 1) Bentuk : Simetris
- 2) Varises : Tidak ada
- 3) Oedema : Tidak ada.
- 4) Refleks platela : + / +.

#### j. Urogenital : Haemeroid tidak ada.

### 3. Pemeriksaan Obstetrik

#### a. Palpasi menurut Leopold

- 1) Leopold I : Tinggi fundus 4 jari dibawah Px (28 cm).  
Teraba bagian yang keras, bulat dan melenting.
- 2) Leopold II : Teraba tahanan keras memanjang pada sisi kanan ibu. Teraba bagian-bagian kecil anak pada sisi kiri ibu.
- 3) Leopold III : Teraba bagian yang lunak dan tidak melenting.
- 4) Leopold IV : Teraba bokong sudah masuk pintu atas panggul.

- b. Denyut jantung janin : 145  $\times$ /m
- c. HIS : 3 x dalam 10 menit, durasi 45 detik,  
Kekuatan : kuat, relaksasi baik.
- d. Gerakan janin : kuat.
- e. Taksiran berat badan janin :  $(28 - 11) \times 155 = 2635$  gram
- f. Pemeriksaan dalam :
  - 1) Vulva/ vagina : Tidak ada kelainan.
  - 2) Porsio : Konsistensi lunak, tipis
  - 3) Pembukaan : 7 cm.
  - 4) Ketuban : Selaput ketuban masih utuh, menonjol
  - 5) Presentasi : Bokong.
  - 6) Penurunan : 2/5 (Hodge II )
  - 7) Petunjuk : Sacrum kiri depan.
  - 8) Kesan panggul : Luas.
- g. Pemeriksaan laboratorium/ pemeriksaan penunjang :
  - 1) Hb : 11 gr %.
  - 2) DDR : Malaria negative.
  - 3) Leukosit : 10.000 mm.
  - 4) USG : Tidak dilakukan

## **Langkah Dua : Interpretasi Data Dasar/ Diagnosa Masalah**

### **A. Diagnosa Kebidanan :**

Ibu umur 35 tahun, Gravida III, para II, Abortus 0, Hamil 39 minggu, Inpartu, Kala I, Fase aktif janin intra uterin, presentasi bokong, tunggal, hidup

#### **Dasar**

##### **Data Subjektif :**

1. Ibu mengatakan mules-mules pada perut dan mengeluarkan lendir bercampur darah.
2. Ibu mengatakan pergerakan anak terasa lebih banyak didaerah perut bagian bawah.
3. HPHT tanggal 20 September 2008      TP 27 Juni 2008

##### **Data Objektif :**

##### **1. Palpasi**

##### **a. Leopold I :**

TFU : 4 jari dibawah Px (28 cm), teraba kepala pada fundus uteri.

##### **b. Leopold II :**

Bagian-bagian kecil anak teraba pada sisi kiri ibu dan tahanan keras memanjang pada sisi kanan ibu.

##### **c. Leopold III :**

Teraba bagian yang lunak dan kurang melenting atau bokong.

d. Leopold IV :

Teraba bokong sudah masuk pintu atas panggul.

2. Auskultasi : BJA terdengar diatas pusar ibu dengan frekuensi  $145 \times /m$
3. HIS : Terjadi 3 x dalam 10 menit, durasi 45 detik, kekuatan : kuat, relaksasi baik.
4. Pemeriksaan dalam.
  - a. Vulva/vagina : Tak ada kelainan.
  - b. Porsio : Lunak, tipis.
  - c. Pembukaan : 7 cm.
  - d. Ketuban : Selaput utuh.
  - e. Presentasi : Bokong.
  - f. Penurunan : 2/5
  - g. Petunjuk : Sacrum kiri depan.

## B. Masalah

### 1. Kecemasan.

Dasar :

- a. Klien mengatakan takut dengan kondisi kehamilan yang dialaminya sehubungan dengan proses persalinan dengan letak sungsang.
- b. Ibu cemas karena tidak didampingi suami atau keluarga.

2. Gangguan rasa nyaman.

Dasar :

HIS yang semakin sering dan kuat.

**Langkah Tiga : Antisipasi Diagnosa dan Masalah Potensial.**

1. Pada ibu.

Potensial terjadi partus macet.

Dasar :

Letak sungsang sehingga kemungkinan terjadi kemacetan pada kepala.

2. Pada janin.

Potensial terjadi asfiksia.

Dasar :

Presentasi bokong

**Langkah Empat : Tindakan Segera.**

1. Konsultasi dengan dokter Ahli Kebidanan.

2. Anjuran /advis Dokter :

Pasang infus Dextrose 5 % + drip oksitosin 5 unit dalam 500 cc cairan dengan kecepatan 20 tetes permenit.

**Langkah Lima : Perencanaan Asuhan Menyeluruh.**

1. Berikan informasi yang adekuat kepada ibu tentang keadaan yang sedang dialaminya.

Rasional :

Dengan informasi dapat memberikan pengertian dan kesadaran ibu sehingga dapat mengurangi tingkat kecemasan ibu.

2. Ajarkan teknik relaksasi pernapasan diluar HIS.

Rasional :

Teknik relaksasi dapat mengurangi rasa nyeri dan dapat membantu proses persalinan.

3. Jaga kestabilan emosi ibu dengan beri dukungan mental dan moril pada ibu dan keluarga.

Rasional :

Dapat membantu menurunkan tingkat stress ibu.

4. Pasang infus oksitosin 5 unit dalam cairan dekstrose 500 cc,dengan kecepatan 20 tetes permenit ( instruksi dokter Elis )

Rasional :

Untuk memperbaiki dan menimbulkan kontraksi uterus yang adekuat

5. Monitor HIS dan BJA setiap 30 menit.

Rasional :

Dengan monitor HIS dan BJA secara teratur diharapkan apabila terjadi hal yang patologis (tidak normal) akan segera terdeteksi dan segera mengambil tindakan.

6. Pantau tanda-tanda vital tiap setiap 4 jam

Rasional :

Dengan pemeriksaan tanda-tanda vital secara intensif akan terdeteksi komplikasi yang akan terjadi pada ibu dan janin.

7. Penuhi kebutuhan nutrisi.

Rasional :

Dengan pemberian nutrisi dan cairan yang cukup dapat menambah energi atau tenaga pada saat persalinan.

8. Anjurkan ibu tidur dalam posisi miring ke kiri.

Rasional :

Posisi miring ke kiri dapat mencegah terjadinya penekanan pada vena cava inferior sehingga sirkulasi  $O_2$  dari ibu ke janin akan lancar, sehingga tidak terjadi hipoksia pada janin.

9. Nilai kemajuan persalinan tiap 4 jam atau sesuai indikasi

Rasional :

Untuk memantau kemajuan persalinan dan mendeteksi segera tanda-tanda bahaya persalinan

10. Siapkan alat-alat partus, obat-obatan uterotonika, alat-alat resusitasi, pakaian bayi dan ibu serta cairan DTT ( Desinfeksi Tingkat Tinggi ) dan cairan clorin 0,5 %

Rasional :

Persiapan yang baik akan dapat membantu atau memudahkan penolong dalam melakukan tindakan.

11. Pendampingan.

Rasional :

untuk mengurangi tingkat kecemasan pada ibu.

12. Lakukan masase daerah punggung dan sekitarnya

Rasional :

untuk memberikan rasa nyaman pada ibu.

13. Lakukan tehnik septic dan anti septic

Rasional :

Mencegah kuman masuk melalui peredaran darah.

14. Pengosongan kandung kemih tiap 2 jam

Rasional :

Dapat memperlancar penurunan kepala

15. Masukkan hasil pemeriksaan dalam partograf tiap 4 jam atau bila ada indikasi

Rasional :

Dengan menaikkan hasil observasi tiap pemeriksaan dapat diketahui Kesejahteraan ibu dan bayi serta dapat segera mengambil tindakan.

### Langkah Enam : Pelaksanaan Asuhan Kebidanan.

Hari Senin tanggal 21 – 06– 2008 jam 23.00 WIT.

1. Memberikan informasi kepada ibu tentang kehamilan.
2. Mengajarkan teknik relaksasi sehingga dapat mengurangi rasa nyeri.
3. Menjaga kestabilan emosi ibu dengan memberi dukungan moril pada ibu dan keluarga.
4. Memasang infus cairan dekstrose 5% 500cc tambah oksitosin 5 unit dengan kecepatan 20 tts permenit pada jam 03.00
5. Memonitor His dan BJA
  - a. His : Frekuensi : 3x dalam 10 mnt  
Durasi : 50-60 menit, kuat, teratur dan relaksasi baik
  - b. BJA : 145  $\times$ /m jelas dan teratur
6. Memantau tanda – tanda vital :
  - a. Tekanan darah : 110/80 mmhg
  - b. Nadi : 80  $\times$ /m
  - c. Respirasi : 24  $\times$ /m
  - d. Suhu badan : 37 °C
7. Memenuhi kebutuhan nutrisi  
Makan  $\frac{1}{2}$  porsi, minum susu 1 gelas

8. Menilai kemajuan persalinan tiap 4 jam.

Jam 03.00 PD hasilnya :

- a. Vulva/vagina :Tidak ada kelainan
- b. Portio :Tidak teraba
- c. Pembukaan :10 cm
- d. Ketuban : (-) di pecahkan Jam 03.15 wit, Warna jernih
- e. Presentase : Bokong
- f. Penurunan : 0/5
- g. Petunjuk : Sakrum kiri depan

9. Mengatur posisi ibu yaitu posisi miring kekiri.

10. Menyiapkan alat-alat partus, obat-obat uterotonika, alat-alat resusitasi, pakaian bayi dan ibu, serta cairan DTT dan cairan klorin.

11. Melakukan pendampingan oleh petugas.

12. Melakukan masase daerah punggung

13. Melakukan tehnik septik dan antiseptik

14. Mengosongkan kandung kemih: ibu dapat kencing sendiri

15. Memasukkan hasil pemeriksaan dalam partograf

### **Langkah Tujuh : Evaluasi.**

Hari Senin tanggal : 23 Juni 2008 jam : 23.00 wit

1. Ibu memahami keadaan yang sedang dialaminya
2. Cairan infus Dextrose 5 % sudah terpasang dengan kecepatan 20 tetes permenit.
3. Kontraksi uterus 4 -5 X dalam 10 menit, lamanya 50 – 55 menit, relaksasi baik.
4. BJA 145  $\times$ /m jelas dan teratur
5. Ibu sudah diberikan makan dan minum cukup
6. Ibu tidur posisi miring kiri
7. Alat-alat untuk kebutuhan persalinan, obat, tenun sudah disiapkan.
8. Ibu tetap didampingi oleh bidan
9. Kandung kemih kosong
10. Hasil pemeriksaan dalam

Hasil pemeriksaan pertama jam 23.00 WIT oleh Mulyati

- |                  |                       |
|------------------|-----------------------|
| a. Vulva/ vagina | : Tidak ada kelainan. |
| b. Porsio        | : Tipis, lunak.       |
| c. Pembukaan     | : 7 cm.               |
| d. Ketuban       | : Selaput utuh.       |
| e. Presentasi    | : Bokong.             |
| f. Penurunan     | : 2/5                 |
| g. Petunjuk      | : Sakrum kiri depan.  |

## **MANAJEMEN KEBIDANAN PADA KALA II DENGAN LETAK SUNGSANG**

Hari Senin

Tanggal : 23 Juni 2008.          Jam : 23.00

### **Langkah Satu : Pengumpulan Data Dasar**

Data subjektif :

1. Ibu mengatakan ingin mendedan.
2. Ibu mengatakan sakit semakin sering dan kuat.

Data Objektif :

1. Nampak vulva dan anus membuka.
2. Perineum meregang.
3. Ketuban menonjol.
4. HIS 4-5 x dalam 10 menit. Durasi 50 – 55 detik, relaksasi baik.
5. PD kedua jam 03.00 oleh Mulyati
  - a. Partio : Tidak teraba.
  - b. Pembukaan : 10 cm.
  - c. Ketuban : Selaput utuh. dipecahkan, warna putih keruh
  - d. Presentasi : Bokong.
  - e. Penurunan : 0/5
  - f. Petunjuk : Sacrum depan.

6. Tanda – tanda vital :
- a. Tekanan darah : 110/80 mmhg
  - b. Nadi : 80 <sup>x</sup>/m
  - c. Respirasi : 24 <sup>x</sup>/m
  - d. Suhu badan : 37 °C

**Langkah Dua : Interpretasi Data Dasar/Diagnosa Masalah.**

Diagnosa :

Ibu gravida III, Para : II, Abortus : 0, hamil : 39 minggu, janin intra uteri, presentase bokong, tunggal, hidup.

Dasar :

Data Subjektif :

1. Ibu mengatakan ingin mendedan.
2. Ibu mengatakan sakit semakin sering dan kuat.

Data Objektif :

1. Nampak vulva dan anus membuka.
2. Perineum meregang.
3. Ketuban menonjol.
4. HIS 4 - 5 X dalam 10 menit, durasi 50 - 55 detik, relaksasi baik.
5. PD kedua jam 03.00 oleh Mulyati
  - a. Partio : Tidak teraba.
  - b. Pembukaan : 10 cm.

- c. Ketuban : Selaput utuh. dipecahkan, warna putih keruh
  - d. Presentasi : Bokong.
  - e. Penurunan : 0/5
  - f. Petunjuk : Sacrum depan.
6. Tanda – tanda vital :
- a. Tekanan darah : 110/80 mmhg
  - b. Nadi : 80 <sup>x</sup>/m
  - c. Respirasi : 24 <sup>x</sup>/m
  - d. Suhu badan : 37 °C

### **Langkah Tiga : Antisipasi Diagnosa dan Masalah Potensial.**

1. Ibu : Resiko terjadi partus macet.

Dasar :

Adanya letak sungsang sehingga kemungkinan akan terjadi kemacetan pada kepala.

2. Bayi : Resiko terjadinya gawat janin.

Dasar :

Pada saat Kepala masuk rongga panggul, tali pusat akan tertekan antarakepala janin dan tulang panggul sehingga akan terjadi asfiksia.

**Langkah Empat : Identifikasi Kebutuhan yang Memerlukan  
Penanganan Segera.**

1. Lakukan episiotomi, pada saat akan dipimpin mencedan
2. Penanganan persalinan secara *Brach* bila terjadi kemacetan  
lanjutkan dengan ekstraksi bokong atau *manual aid*.

**Langkah Lima : Rencana Asuhan Menyeluruh.**

1. Semua peralatan di dekatkan pada ibu

Rasional :

Untuk mempermudah pertolongan persalinan

2. Persiapan ibu meliputi posisi setengah duduk, kebersihan daerah  
bokong.

Rasional :

Dengan posisi setengah duduk dan kebersihan daerah bokong dapat mengurangi rasa nyeri dan memudahkan ibu untuk mencedan dan mengurangi tekanan vagina dan perineum serta memberikan rasa nyaman

3. Persiapan penolong meliputi alat pelindung, cuci tangan dan memakai sarung tangan.

Rasional :

Untuk mencegah terjadinya infeksi.

4. Memberikan pendampingan dan dukungan moril

Rasional :

Untuk dapat mengurangi tingkat kecemasan ibu.

5. Ajarkan cara mendedan

Rasional :

Untuk memperlancar proses persalinan

6. Observasi his dan BJA tiap 5 menit

Rasional :

Untuk mengetahui kesejahteraan janin selama proses persalinan berlangsung.

7. Lakukan episiotomi

Rasional :

Dapat memperluas jalan lahir sehingga tidak terjadi pada kepala atau badan janin.

8. Pimpin mendedan

Rasional :

Dengan memimpin ibu mendedan dengan baik ibu tidak cepat lelah

9. Lahirkan bayi secara brach spontan, bila macet lakukan ekstraksi.

Rasional :

Untuk mempermudah kelahiran bayi

10. Setelah bayi lahir nilai dan cegah terjadinya hipothermi

Rasional :

untuk mengetahui keadaan kesehatan bayi dan memberi kehangatan

11. Bersihkan jalan nafas

Rasional :

Untuk memperlancar jalan napas dan mencegah terjadinya aspirasi.

12. Perawatan tali pusat .

Rasional :

Mencegah terjadinya infeksi.

**Langkah VI : Pelaksanaan Asuhan Kebidanan.**

Hari senin            tanggal : 24 Juni 2008            jam : 03.00 wit

1. Mendekatkan semua peralatan pada ibu
2. Menyiapkan ibu posisi setengah duduk dan membersihkan daerah bokong
3. Penolong memakai celemek, sepatu, cuci tangan dan memakai sarung tangan.
4. Mendampingi pasien selama dalam persalinan.
5. Memimpin ibu mengedan saat ada his
6. Melakukan observasi his dan BJA jam 03.20 wit
  - a. BJA            : Baik frekuensi 145  $\times$ /m, jelas dan teratur.
  - b. HIS            : 4-5 X dalam 10 menit, durasi 55 detik, kuat relaksasi baik.

7. Melakukan episiotomi.
8. Memimpin ibu mencedan saat ada his.
9. Melahirkan bayi secara brach spontan, saat kaki sudah lahir longgarkan tali pusat . Bayi dilahirkan secara lordosis maximal .
10. Menilai bayi dan membungkus bayi
11. Membersihkan jalan nafas dengan suction
12. Melakukan perawatan tali pusat dengan kasa steril.

**Langkah Tujuh : Evaluasi.**

Hari senin, tanggal : 24 Juni 2008 jam 03.30 wit

- a. Ibu mengatakan sangat gembira dan mengucapkan syukur pada Tuhan karena bayinya dapat dilahirkan dengan selamat, bayi lahir spontan, presentase bokong, jenis kelamin perempuan, hidup, cacat bawaan tidak ada, APGAR score 7/8, berat badan janin 2800 gram, panjang badan 46 cm. Tanda - tanda vital : kesadaran : compos mentis, keadaan umum baik , Tekanan darah : 110/70 mmhg, Nadi: 84  $\times$ /m, Respirasi : 28  $\times$ /m, Suhu badan : 37 °C
- b. Kontraksi uterus baik.

Tinggi fundus uteri setinggi pusat

### MANAJEMEN AKTIF KALA III

Hari senin ,tanggal 24 Juni 2008 jam 03.35 wit

#### **Langkah Satu : Pengumpulan Data Dasar.**

Data Subjektif :

Ibu mengatakan mules-mules di daerah perut

Data Objektif :

1. Keadaan umum baik
2. Kesadaran composmentis
3. Tanda - tanda vital :
  - a. Tekanan darah : 110/70 mmhg
  - b. Nadi : 80 <sup>x</sup>/m
  - c. Respirasi : 24 <sup>x</sup>/m
  - d. Suhu badan : 36,8 °C
4. Palpasi tinggi fundus Uteri setinggi pusat
5. Kontraksi baik
6. Plasenta belum lepas

#### **Langkah Dua : Interpretasi Data Dasar/Diagnosa Masalah**

Diagnosa : P III,A O, Partus kala III

Data subjektif :

Ibu mengatakan perut mules

Data Objektif :

1. Plasenta belum lahir
2. Tinggi fundus uteri setinggi pusat
3. Kontraksi baik.
4. Tanda-tanda Vital.
  - a. Tekanan darah : 110/70 mmhg
  - b. Nadi : 80 <sup>x</sup>/m
  - c. Respirasi : 24 <sup>x</sup>/m
  - d. Suhu badan : 36,8 °C

**Langkah Tiga : Antisipasi Diagnosa dan Masalah Potensial .**

Potensial terjadi retensio plasenta

Data Subjektif :

Ibu mengatakan perut masih mules

Data Objektif :

Plasenta belum lepas

**Langkah Empat :Tindakan Segera.**

Lahirkan plasenta dengan manajemen aktif kala III

**Langkah V : Rencana Asuhan Menyeluruh.**

1. Berikan injeksi oksitosin 10 unit im.

Rasional :

Dengan memberikan oksitosin dapat memperbaiki kontraksi uterus dan mempercepat pelepasan plasenta dari dinding rahim dan dapat mencegah terjadinya perdarahan.

2. Lahirkan plasenta dengan cara penegangan talipusat terkendali

Rasional :

Untuk mencegah terjadinya inversio uteri

3. Lakukan massage uterus.

Rasional :

Untuk mengetahui kontraksi baik atau tidak.

4. Periksa plasenta

Rasional :

Untuk mencegah tertinggalnya sisa plasenta.

5. Periksa jalan lahir.

Rasional:

Untuk mengetahui apakah ada rupture pada jalan lahir.

6. Lakukan pengukuran jumlah darah.

Rasional :

Untuk mengetahui dan menentukan apakah perdarahan masih dalam batas normal atau tidak.

7. Ukur tanda-tanda vital

Rasional :

Untuk mengetahui adanya tanda-tanda syok

**Langkah Enam : Pelaksanaan Asuhan Kebidanan.**

Hari senin , Tanggal :24 Juni 2008. jam : 03 . 31 wit

1. Memberikan injeksi oksitosin 10 unit IM jam 03.31 wit
2. Melahirkan plasenta dengan cara penegangan talipusat terkendali
3. Melakukan *masase uterus*
4. Memeriksa placenta, kotiledon 18 buah, ukuran 18 X 18 X 2 cm, insersi sentralis, berat 500gram, panjang tali pusat 50 cm
5. Memeriksa jalan lahir ditemukan adanya luka episiotomi mediolateral dengan diameter 5 cm
6. Mengukur perdarahan kala III kira-kira 100 cc
7. Mengukur tanda-tanda vital :
  - a. Tekanan darah : 110/70 mmhg
  - b. Nadi : 80 <sup>x</sup>/m
  - c. Respirasi : 24 <sup>x</sup>/m
  - d. Suhu badan : 36,8 °C

**Langkah Tujuh : Evaluasi.**

Hari senin , Tanggal :24 Juni 2008. Jam : 04.30 wit

1. Keadaan umum baik.
2. Kesadaran compos mentis.

3. Tanda-tanda vital :

- a. Tekanan darah : 110/70 mmhg
- b. Nadi : 80  $\times$ /m
- c. Respirasi : 24  $\times$ /m
- d. Suhu badan : 36,8 °C

4. Kandung kemih kosong.

5. Jam 03.36 wit, plasenta lahir spontan, lengkap dengan selaput dan kotiledon, berat 450gram, diameter 18 x 19 cm, tebal 3 cm, infersi tali pusat marginalis, panjang tali pusat 50 cm.

6. Kontraksi baik.

7. TFU satu jari dibawah pusat.

8. Adanyan luka episiotomi mediolateral dengan diameter 5 cm.

9. Jumlah perdarahan 50 cc.

## MANEJEMEN KEBIDANAN PARTUS KALA IV

### Langkah Satu : Pengumpulan Data

Data Subjektif :

Ibu mengatakan mules pada perut

Data Objektif :

1. Keadaan umum : Baik.
2. Kesadaran : Compos mentis.
3. Palpasi : Tinggi Fundus Uteri 1 jari di bawah pusat,  
kontraksi baik, Konsistensi uterus keras.
4. Perdarahan kala III 50 cc
5. Kandung kemih kosong
6. Perineum terdapat luka episiotomi mediolateral dengan diameter + 5  
cm
7. Tanda-tanda vital :
  - a. Tekanan darah : 110/70 mmhg
  - b. Nadi : 80  $\times$ /m
  - c. Respirasi : 24  $\times$ /m
  - d. Suhu badan : 36,8 °C

### **Langkah Dua : Interpretasi Data Dasar/ Diagnosa Masalah.**

Diagnosa : Ibu para III , Abortus: 0, Partus kala IV

Dasar

Data Subjektif

Ibu mengatakan mules pada perut.

Data Objektif

#### **1. Tanda-tanda vital**

- a. Tekanan darah : 110/70 mmhg
- b. Nadi : 80 <sup>x</sup>/m
- c. Respirasi : 24 <sup>x</sup>/m
- d. Suhu badan : 36,6 ° C

#### **2. Tinggi fundus uteri 1 jari dibawah pusat.**

#### **3. kontraksi uterus baik.**

#### **4. Perdarahan kala III 50 cc.**

#### **5. Perineum luka episiotomi mediolateral dengan diameter kira-kira 5 cc**

### **Langkah Tiga : Antisipasi Diagnosa Potensial.**

Potensial terjadinya perdarahan.

Dasar

Data Subjektif : -

Data Objektif : Adanya luka episiotomi mediolateral dengan diameter  
Kira-kira 5cm.

### **Langkah Empat : Tindakan Segera.**

Jahit luka perineum (hecting).

### **Langkah Lima : Perencanaan Asuhan Menyeluruh.**

1. persiapan alat dan obat anastesi meliputi persiapan hecting set, obat anastesi local, spuit

Rasional :

Dengan persiapan alat-alat dapat mempermudah dalam melakukan tindakan

2. Persiapan pasien dengan cara posisi dorsal recumbent, lingkungan dibersihkan dan dialas dengan kain bersih

Rasional :

Untuk mempermudah dalam melakukan penjahitan mencegah terjadinya infeksi.

3. Persiapan penolong ganti sarung tangan

Rasional:

Mencegah terjadinya infeksi.

4. Informasi kepada ibu tindakan yang akan dilakukan. Berikan anastesi local daerah yang akan dijahit dengan lidokain 1 % sebanyak 4 cc.

Rasional :

Agar ibu tidak kaget dan tidak merasa kesakitan.

5. Lakukan penjahitan perineum secara jelujur

Rasional :

Agar kelihatan rapi

6. Periksa kembali daerah bekas heking

Rasional :

Apakah masih ada perdarahan atau tidak

7. Ukur jumlah perdarahan

Rasional :

Untuk mencegah terjadinya anemi

8. Ajarkan ibu cara melakukan masase uterus

Rasional :

Untuk mencegah terjadinya atonia uterus

9. Bersihkan ibu

Rasional :

Agar ibu merasa nyaman

10. Pantau tanda-tanda vital, TFU, kontraksi uterus

Rasional :

Untuk mengetahui keadaan umum ibu dan apakah kontraksi uterus baik atau tidak

### 11. Cek Hb 2 jam postpartum.

Rasional :

Untuk mengetahui kadar haemoglobin setelah proses persalinan selesai.

### Langkah Enam : Pelaksanaan Asuhan Kebidanan.

Hari Senin Tanggal : 24 Juni 2008 Jam 03.45 wit

1. Menyiapkan alat hecing dan obat anestesi lokal
2. Menyiapkan ibu dengan posisi dorsal recumbent lingkungan dibersihkan dan dialas dengan kain yang bersih.
3. Petugas memakai sarung tangan yang baru
4. Memberitahukan pada ibu akan dilakukan anestesi lokal didaerah yang akan dijahit.
5. Menjahit perineum secara jelujur.
6. Memeriksa kembali daerah bekas hecing
7. Mengukur jumlah perdarahan kira-kira 50 cc.
8. Mengajari ibu cara melakukan masase uterus.
9. Membersihkan ibu dengan larutan desinfeksi tingkat tinggi
10. Mengukur tanda-tanda vital :
  - a. Tekanan darah : 110/70 mmhg
  - b. Nadi : 80 <sup>x</sup>/m
  - c. Respirasi : 24 <sup>x</sup>/m

d. Suhu badan : 36,8 °C

11. Melakukan pemeriksaan HB, Hasilnya 10,6 gr%

**Langkah Tujuh : Evaluasi.**

Hari Senin tanggal : 24 Juni 2008 jam 03.45 wit

1. Ibu mengatakan masih terasa mules pada perut.
2. Ibu mengatakan mengerti dan menerima tindakan yang akan dilakukan.
3. Keadaan umum : baik.
4. Kesadaran : compos mentis.
5. Tanda-tanda vital :
  - a. Tekanan darah : 110/70 mmhg
  - b. Nadi : 80 <sup>x</sup>/m
  - c. Respirasi : 24 <sup>x</sup>/m
  - d. Suhu badan : 36,8 °C
6. Perdarahan 50 cc.
7. Tinggi fundus uteri 1 jari dibawah pusat.
8. Kontraksi uterus baik, konsistensi uterus keras.
9. Luka episiotomi sudah dijahit
10. Hb 2 jam postpartum 10,6 gr% (sahli).

## **BAB IV PEMBAHASAN**

Pada bab ini penulis membahas hasil asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan letak sungsang diruang bersalin Rumah Sakit Umum Daerah Abepura.

Adapun yang dibahas antara lain adalah :

### **1. Pengkajian**

Dalam tahap pengkajian ini penulis mengumpulkan data dari klien dan keluarga baik data subjektif maupun data objektif. Secara akurat dan lengkap yaitu dimulai dengan anamnesa, pemeriksaan fisik, observasi, pemeriksaan khusus, dan pemeriksaan penunjang.

Yang paling penting adalah pada pemeriksaan fisik terutama pada palpasi dimana teraba bagian lunak dibawah pusat, pada pemeriksaan dalam teraba sakrum. Pada dasarnya kasus yang peneliti dapatkan tidak ada suatu kesenjangan antara teori dalam bab dua dan status yang diambil.

### **2. Diagnosa**

Berdasarkan data pengkajian dari data ibu dan bayi untuk menentukan diagnosa ibu dengan inpartu letak sungsang tidak terlalu sulit bila peneliti mempunyai keterampilan dalam melakukan suatu pengkajian terutama pada saat melakukan pemeriksaan abdomen sehingga kasus yang peneliti dapatkan diagnosa aktual yaitu : ibu umur

35 tahun. Gravida III Para II Abortus O, umur kehamilan 39 minggu dengan inpartu letak sungsang, sesuai dengan teori dimana gerakan anak terasa lebih sering didaerah perut bagian bawah dan pada data objektif (palpasi) teraba bagian bulat keras dan melenting pada fundus uteri, sedangkan bagian yang kurang bulat, lunak dan tidak melenting teraba pada korpus uteri dan bunyi jantung janin terdengar diatas pusar ibu. Pada diagnosa pasti terdapat pada pemeriksaan dalam teraba bokong dan kaki.

### 3. Diagnosa Potensial

Pada diagnosa potensial dengan ibu inpartu letak sungsang biasanya terjadi partus macet pada ibu dan asfiksia pada janin, namun pada pertolongan persalinan ini tidak terjadi hal itu, sehubungan dengan pertolongan persalinan ini telah dilakukan sesuai dengan tahap-tahap persalinan sungsang dan mengacu pada landasan teori.

Tafsiran berat janin antara 2500-3000 gram dan multiparitas dimana prosentase partus macet lebih kecil dibandingkan primipara dengan tafsiran berat janin lebih dari 3000 gram didukung dengan panggul cukup luas. Selain itu juga dibutuhkan keterampilan dari penolong bersalin.

### 4. Tindakan Segera

Pada kasus yang peneliti dapatkan dengan diagnosa ibu inpartu dengan letak sungsang, maka peneliti melakukan suatu kolaborasi dengan tim

medis untuk mendapatkan terapi uterotonika perinfus untuk perbaikan kontraksi uterus, karena kasus tersebut kontraksi uterus belum maksimal. Pada kasus letak sungsang apabila tidak segera dilahirkan maka prognosa bayi akan lebih memburuk. Jadi pada inpartu letak sungsang yang ditemukan ini menurut teori bahwa letak sungsang kontra indikasi diberikan uteritonika per drip/intra muskuler sebelum bayi lahir karena akan mengakibatkan potensial ruptur uteri hingga terjadi perdarahan dan syock yang dapat mengakibatkan kematian pada ibu. Pada tindakan segera terdapat kesenjangan antara teori dan kenyataan kasus yang didapatkan karena pertolongan persalinan ini ditolong di Rumah Sakit dibawah pengawasan dokter. Bila kasus ini ditemukan di Puskesmas/masyarakat harus segera dirujuk.

#### 5. Perencanaan

Pada kasus yang peneliti dapatkan perencanaan pertolongan persalinan dengan cara bracht spontan sesuai dengan teori penanganan bayi , pertolongan sungsang ditindaki oleh petugas perinatologi (dokter dan perawat)

#### 6. Implementasi

Mengacu pada rencana yang telah tersusun pada pertolongan dengan letak sungsang, benar-benar bokong anak sudah berada didasar panggul bahkan sudah terlihat divulva lalu dilakukan suatu pimpinan persalinan sesuai dengan teori yang ada. Bayi lahir segera diambil oleh

petugas perinatologi. Segera diberikan uterotonika untuk membantu kontraksi uterus karena pada letak sungsang potensial terjadinya atonia uteri yang dapatkan mengakibatkan perdarahan pada kasus yang peneliti lakukan tidak ditemukan suatu kesenjangan semua sesuai landasan teori yang ada.

## 7. Evaluasi

Pada evaluasi pad pertolongan letak sungsang menurut teori persalinan kala II lamanya 8 menit. Bila lebih dari 8 menit maka prognosa bayi akan memburuk sampai dengan kematian pada kasus yang peneliti tangani kala II lamanya 7 menit . Jadi sesuai dengan landasan teori, sehingga prognosa bayi pada saat lahir baik.

Kala III dan IV keadaan umum baik, kontraksi uterus baik, perdarahan normal tidak terisi suatu hal yang membahayakan baik bagi ibu dan bayi sampai dengan 2 jam poat partum jadi pada letak sungsang pada dasarnya suatu persalinan yang membahayakan tetapi bila penolong terampil dalam melakukan serta mengacu pada landasan teori pertolongan persalinan dapat berhasil dengan baik.

## **BAB V PENUTUP**

### **A. Kesimpulan**

Pada pertolongan persalinan letak sungsang, diperlukan pengawasan dan penanganan yang ketat karena komplikasi yang sering terjadi pada persalinan letak sungsang adalah cacat, asfiksia sampai kematian bayi.

Berdasarkan hasil pembahasan dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan letak sungsang dilakukan pada tanggal 23 juni 2008 dan 24 Juni 2008, tanpa adanya komplikasi.
2. Pertolongan persalinan dilakukan dengan cara brach spontan
3. Masalah-masalah potensial yang diperkirakan tidak terjadi karena proses pertolongan persalinan sungsang telah dilakukan sesuai protap dan mengacu pada landasan teori

### **B. Sasaran.**

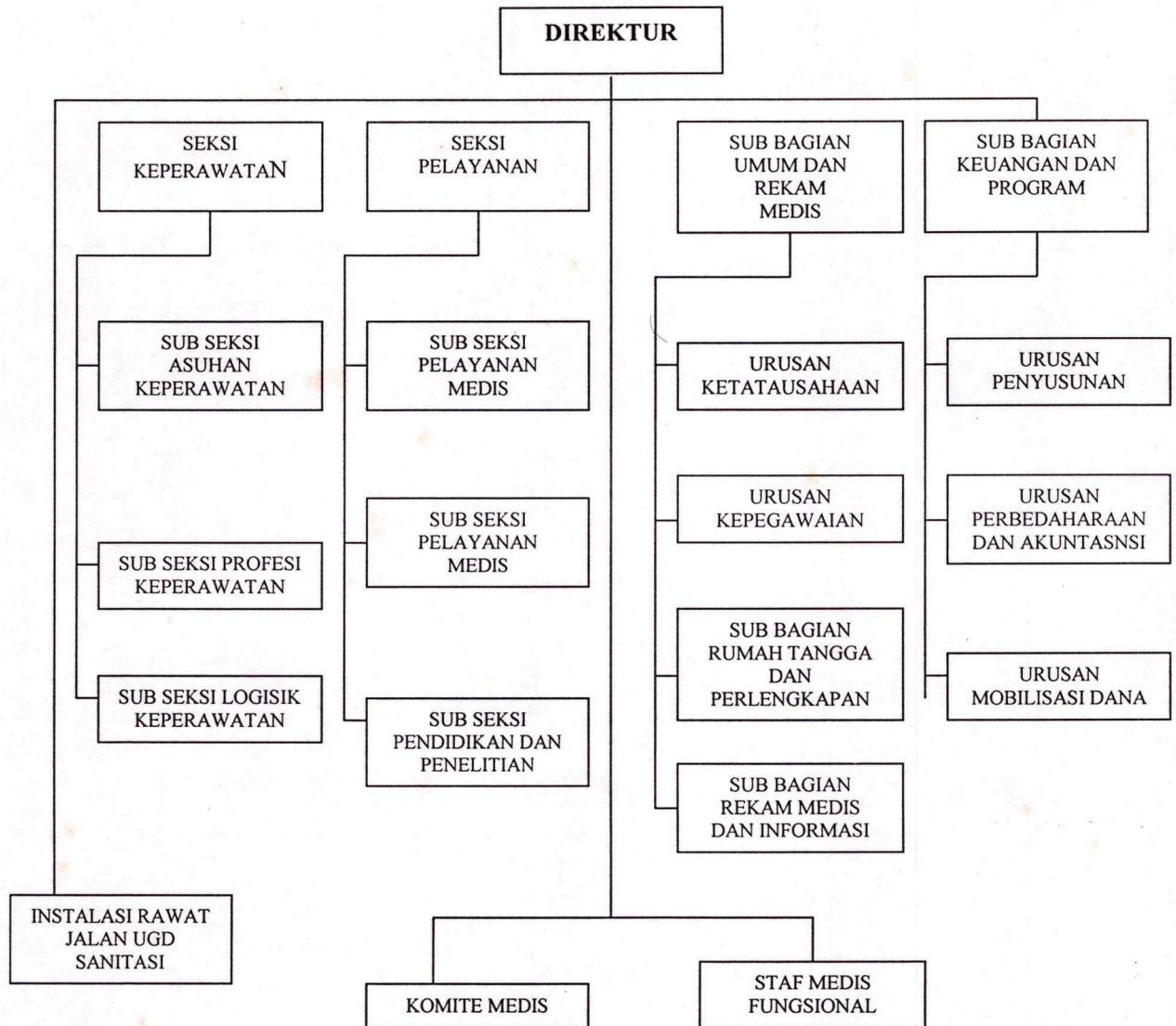
1. Untuk Rumah Sakit.
  - a. Dapat lebih mempercayakan kepada mahasiswa kebidanan dalam penanganan suatu kasus yang bersifat patologis

- b. Dapat melakukan penyegaran secara rutin dan berkala bagi petugas diruangan bersalin terhadap adanya perubahan dan informasi yang up to date.
2. Untuk pendidikan.
- a. Lebih memperbanyak referensi/buku-buku kesehatan terbitan terkini.
  - b. Lebih meningkatkan frekuensi latihan penanganan kasus ~~patologis~~ patologis dilaboratorium kebidanan, sehingga dapat meningkatkan keterampilan mahasiswa.
3. Untuk rekan-rekan mahasiswa jurusan kebidanan, perlu terus mengembangkan diri dengan membaca referensi – referensi serta giat melatih diri dilaboratorium kebidanan terutama yang bersifat patologis.

## DAFTAR PUSTAKA

- Cunningham (2006), *Obstetri William*, Edisi 21, Cetakan I, Jakarta, EGC.
- Manuba (1998), *Ilmu Kebidanan, Penyakit dan Kandungan dan keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan*, Jakarta, EGC.
- Mochtar (2000), *Sinopsis Obsteri Fisiologi dan Patologi*, Jilid I, Edisi II, Jakarta, Buku kedokteran.
- Mansjoer A, dkk (2000). *Kapita Selekta Kedokteran*, Edisi III Jilid II FKUI, Jakarta  
Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia (2001). Edisi ketiga Jilid pertama
- Prawirohardjo (2006), *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*, Jakarta, YBPSP.
- Rekam Medik (2007), *Ibu Bersalin Dengan Letak Sungsang*, RSUD Abepura, Jayapura
- Saifuddin (2000), *Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*, Edisi I, Cetakan III, Jakarta, YBPSP.
- Varney (2007), *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*, Cetakan I, Penerbit Buku Kedokteran, Jakarta, EGC
- Wiknjosastro (2005), *Ilmu Kandungan*, Edisi 2, Jakarta, YBPSP.

## STRUKTUR ORGANISASI RUMAH SAKIT UMUM (RSUD) ABEPURA



### INSTALASI

- |                                            |                            |
|--------------------------------------------|----------------------------|
| 1. Ins Radiologi                           | 7. Ins Rawat Jalan         |
| 2. Ins Farmasi                             | 8. Ins Rawat Inap          |
| 3. Ins Gizi                                | 9. Ins Rawat Darurat       |
| 4. Ins Laboratorium Klinik                 | 10. Ins Rawat Intensif     |
| 5. Ins Pemeliharaan Sarana dan Rumah Sakit | 11. Ins Bedah Sentral      |
| 6. Ins Sanitasi                            | 12. Ins Rehabilitasi medis |



PUSAT PENDIDIKAN TENAGA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN PAPUA  
PROGRAM D-III KEBIDANAN  
Alamat : Jln Padang Bulan II Abepura, Telp: (0967) 588983

NAMA : MULYATI  
NIM : 207124.4.06.26  
PEMBIMBING I :  
PEMBIMBING II :

| No | Tanggal   | Materi bimbingan                      | Rekomendasi                                      | Paraf pembimbing |
|----|-----------|---------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------|
| 1  | 23/7-2008 | Bab III                               | - Anat. G. U<br>- Anat. Pene                     |                  |
|    |           | 1. G. Uter Labor<br>2. T. Uter (Cair) | - Seruput<br>- Askeb. LI -<br>- LIII (Kala I)    |                  |
| 2  | 24/7-08   | Bab III                               |                                                  |                  |
|    |           | - G. U<br>- Askeb.                    | - Seruput +<br>- Keti<br>- Askeb. LI -<br>- Keti |                  |
|    |           |                                       | - Askeb. LI -<br>- Seruput                       |                  |
|    |           |                                       | - Keti                                           |                  |
| 3  | 28/7-08   | Bab III<br>Askeb. LI - IV             | - Seruput<br>- Keti<br>- Askeb. LI -<br>- Keti   |                  |
|    |           |                                       |                                                  |                  |
| 4  | 8/8-08    | Bab. IV                               | - Revisi<br>- An. Ovar &<br>- G. U<br>- Keti     |                  |
|    |           |                                       |                                                  |                  |
| 5  | 11/8-08   | Bab V                                 | - Keti                                           |                  |

Jayapura, 3 Juli 2008  
Ketua Jurusan Kebidanan  
Politeknik Kesehatan Jayapura

Dra. Welminje Sapari, M.Kes  
NIP. 640.010.681



**PUSAT PENDIDIKAN TENAGA KESEHATAN**  
**POLITEKNIK KESEHATAN PAPUA**  
**PROGRAM D-III KEBIDANAN**  
Alamat : Jln Padang Bulan II Abepura, Telp: (0967) 588983

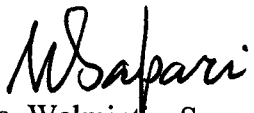
NAMA :  
NIM :  
PEMBIMBING I :  
PEMBIMBING II :

| N o | Tggl       | Materi bimbingan | Rekomendasi                                                                                           | Paraf Pmbbg |
|-----|------------|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1   | 29/07-2008 | Bab. I.          | Gambar Anatomi & fisiologi. anatomi & fisiologi, kelenjar, folikel, pertumbuhan, siklus menstruasi.   | f           |
| 2   | 30/07-2008 | Bab II.          | Cari referensi yg tdk terdapat dalam buku ringkasan.                                                  | f           |
| 3   | 31/07-2008 | Bab. I.          | Revisi, cari Rapis sesuai materi cari kaitan.                                                         | f.          |
| 4   | 2/08-2008  | Bab. II          | Revisi, cari referensi/program/hubungan.                                                              | f.          |
| 5   | 4/08-2008  | Bab. I & II.     | Revisi Bab. II. II. Sesuai petunjuk. Guna kaitan & 70 fr, hubungan, kaitan kaitan, di. kaitan kaitan. | f.          |

| No | Tggl       | Materi bimbingan         | Rekomendasi                                  | Paraf Pmbbg |
|----|------------|--------------------------|----------------------------------------------|-------------|
| 6  | 20/08/2008 | 2008. I, II, III, IV, V. | TEACH DP -<br>Ace Gangalcom 3X<br>0740131011 | f           |
| 7  |            |                          |                                              |             |
| 8  |            |                          |                                              |             |
| 9  |            |                          |                                              |             |
| 10 |            |                          |                                              |             |

Jayapura 3 Juli 2008

Ketua Jurusan Kebidanan

  
Dra. Welmintje Sapari, M.Kes  
NIP 640 010 681



**PUSAT PENDIDIKAN TENAGA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN PAPUA  
PROGRAM D-III KEBIDANAN**

**Alamat : Jln Padang Bulan II Abepura, Telp: (0967) 588983**

---

No : DL.02.02.02. 186  
Lampiran :  
Hal : Ijin Lokasi Pengambilan Kasus KTI

Kepada Yth:  
Penanggung Jawab Ruang Bersalin  
RSUD Abepura  
Di –  
Abepura

Sehubungan dengan kegiatan Ujian Akhir Program (UAP) Mahasiswi Jurusan Kebidanan Poltekkes Dep-Kes Jayapura Tahun ajaran 2008/2009.

Maka dengan ini dimohon kiranya dapat di izinkan penggunaan lokasi dan diberikan kesempatan kepada mahasiswi kebidanan semester IV, untuk pengambilan kasus dalam rangka penulisan KTI. Nama mahasiswi dan judul KTI terlampir.

Demikian disampaikan dan atas kerjasama nya dihaturkan terima kasih.



Jayapura, 7 Juli 2006

Ketua Jurusan Kebidanan

Dra. Welmintje Sapari, M.Kes

NIP. 640 010 681

Lampiran: Daftar nama mahasiswa semester IV Lokasi RSUD Abepura

| NO  | NAMA                   | NIM              | JUDUL                                                                     |
|-----|------------------------|------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| 1.  | Adolina T.I. Gandeguai | PO.71.24.4.06.01 | Manajemen Kebidanan Pada Ibu Inpartu dengan Kehamilan Ektopik             |
| 2.  | Agustina Boseran       | PO.71.24.4.06.02 | Manajemen Kebidanan Pada Ibu Nifas Normal                                 |
| 3.  | Amilda Rumburem        | PO.71.24.4.06.03 | Manajemen Kebidanan Pada Bayi Dengan Asfiksia Sedang                      |
| 4.  | Aplena H. Aibekop      | PO.71.24.4.06.05 | Manajemen Kebidanan Pada Ibu dengan Abortus Imminens                      |
| 5.  | Delila Simong          | PO.71.24.4.06.07 | Manajemen Kebidanan Pada Ibu Inpartu dengan Malaria Tertiana              |
| 6.  | Dolpina Nawin          | PO.71.24.4.06.09 | Manajemen Kebidanan Pada Ibu Trimester I dengan Hiperemesis Gravidarum    |
| 7.  | Elisabet Simong Ada    | PO.71.24.4.06.13 | Manajemen Kebidanan Pada Ibu Nifas Tentang Asi Eksklusif                  |
| 8.  | Elisabet Tabuni        | PO.71.24.4.06.14 | Manajemen Kebidanan Pada Ibu Hamil Trimester III Dengan Pre-Eklamsi Berat |
| 9.  | Ice Agapa              | PO.71.24.4.06.17 | Manajemen Kebidanan Pada Ibu Nifas dengan Anemia Sedang                   |
| 10. | Mulyati                | PO.71.24.4.06.26 | Manajemen Kebidanan Pada Ibu Intranatal dengan Letak Sungsang             |
| 11. | Nur hasanah Fatimah    | PO.71.24.4.06.27 | Manajemen Kebidanan Pada Ibu dengan Gangguan Sistem Reproduksi (C A)      |
| 12. | Suriani Budu           | PO.71.24.4.06.38 | Manajemen Kebidanan Pada Ibu Inpartu Dengan Anemia Berat                  |
| 13. | Yosepina Sawaki        | PO.71.24.4.06.45 | Manajemen Kebidanan Pada Ibu Hamil Trimester III Dengan Malaria           |

|     |               |                  |                                                                       |
|-----|---------------|------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 14. | Sri Margiati  | PO.71.24.4.06.37 | Manajemen Kebidanan<br>Pada Ibu Dengan Abortus<br>Provokatus          |
| 15. | Sri Astuti    | PO.71.24.4.06.36 | Manajemen Kebidanan<br>Pada Persalinan Normal di<br>Rumah ( Keluarga) |
| 16. | Susana Wandik | PO.71.24.4.06.39 | Manajemen Kebidanan<br>Pada Bayi Baru Lahir<br>Normal                 |

Jayapura, 7 Juli 2006

Ketua Jurusan Kebidanan



Dra. Welmintje Sapari, M.Kes

NIP. 640 010 681