

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN PADA NY. “R”
G3P2A0 PARTURIEN 39 MINGGU DENGAN DISTOSIA BAHU
DI PUSKESMAS BL LIMBANGAN**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Diajukan untuk menyelesaikan Program Studi Diploma Tiga Kebidanan
Institut Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

EUIS SILA NURHALIMAH
KHGB23033



**PROGRAM STUDI D3 KEBIDANAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN
INSTITUT KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
TAHUN 2026**

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa:

1. Laporan Tugas Akhir (LTA) saya ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik Amd.Keb, baik dari Institut Karsa Husada maupun di perguruan tinggi lain.
2. Laporan Tugas Akhir ini adalah murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan Tim Pembimbing.
3. Dalam Laporan Tugas Akhir ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidak benaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh karena karya ini, serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di Institut Karsa Husada Garut.

Garut, Juni 2026
Yang membuat Pernyataan

(Euis Sila Nurhalimah)
NIM: KHGB23033

LEMBAR PERSETUJUAN
PERBAIKAN LAPORAN TUGAS AKHIR

**Judul LTA : ASUHAN KEBIDANAN PADA NY R USIA 26
TAHUN G3P2A0 PARTURIEN 39 MINGGU
DENGAN DISTOSIA BAHU DI PUSKESMAS BL.
LIMBANGAN**

**Nama Mahasiswa : EUIS SILA NURHALIMAH
NIM : KHGB23033**

Menyatakan bahwa mahasiswa tersebut sudah melaksanakan sidang dan
perbaikan Laporan Tugas Akhir

Garut, 17 Juni 2026


Penela'ah I

Bdn. Dian Fitriyanti, SST.,M.Keb
NIP.042039.0823.180

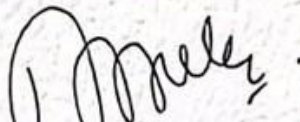
Menyetujui,

Penela'ah II



Titi Purwitasari, SST.,Bdn.M.Keb
NIP.042039.0910.048

Pembimbing



Bdn.Desy Syswianti, S.ST.,M.Kes
NIP.04203998.1209.064

Mengetahui,
Ketua Program Studi D-III Kebidanan



Lina Humaeroh, S.ST., M.Kes
NIP: 042039.1009.064

LEMBAR PENGESAHAN

**ASUHAN KEBIDANAN PADA NY R USIA 26 TAHUN G3P2A0
PARTURIEN 39 MINGGU DENGAN DISTOSIA BAHU DI PUSKESMAS
BL. LIMBANGAN**

Disusun oleh

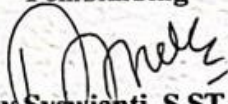
**EUIS SILA NURHALIMAH
KHGB23033**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Laporan Tugas Akhir ini telah disidangkan dihadapan Tim Penguji
Program Studi D-III Kebidanan Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kebidanan
Institut Karsa Husada Garut

Menyetujui,

Pembimbing



Bdn. Desy Syswianti, S.ST., M.Kes
NIP.04203998.1209.064

Tugas Akhir ini telah diterima dan disahkan sebagai salah satu persyaratan untuk
memperoleh gelar A.Md.Keb

Mengesahkan,
**Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan
dan Kebidanan**



Sulastini, S.Kep., Ners., M.Kep
NIP: 043298.0810.083

Mengetahui,
**Ketua Program Studi D-III
Kebidanan**



Lina Humaeroh, S.ST., M.Kes
NIP: 042039.1009.064

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadiran Allah SWT yang telah memberikan Rahmat dan Karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini dengan judul **“ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN NY. “R” G3P2A0 PARTURIEN 39 MINGGU DENGAN DISTOSIA BAHU DI PUSKESMAS BL LIMBANGAN”**. Laporan Tugas Akhir ini diajukan untuk menyelesaikan Program Studi Diploma III Kebidanan Institut Karsa Husada Garut.

Dalam penyusunan ini, penulis mendapatkan begitu banyak bimbingan, bantuan, dan saran serta dorongan dari berbagai pihak. Oleh karena itu dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Dr. H. Hadiat., MA selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut
2. H. Suryadi, M.Si., selaku ketua umum pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut
3. Dr. Iwan Wahyudi, Skep., Ners., M. Kep, selaku Rektor Institut Kesehatan Karsa Husada Garut
4. Sulastini, S.kep., Ners., M. Kep., selaku Rektor Institut Kesehatan Karsa Husada Garut
5. Lina Humaeroh, SST, M.Kes selaku Ketua Prodi D3 Kebidanan Institut Karsa Husada Garut
6. Bdn. Desy Syswianti., S.ST., M. Kes., selaku pembimbing yang telah memberikan waktu, bimbingan dan motivasi sehingga laporan tugas akhir ini dapat terselesaikan dengan tepat waktu.

7. Bdn. Dian Fitriyani, S.ST, M.Keb selaku penguji I
8. Bdn. Titi P H, SST., M. Keb. Selaku penguji II
9. Teruntuk Alm. Entis Sutisna, sosok yang paling penulis rindukan sedari kecil, yang kini telah beristirahat di surga-Nya Allah. Meski tidak sempat menemani penulis melalui setiap langkah dalam proses ini, beliau tetap memiliki tempat tersendiri dalam hati penulis, dari ketidakhadiran beliau, penulis belajar arti Tangguh dan kekuatan untuk melangkah sendiri.
10. Terimakasih saya ucapkan kepada ibunda tercinta Maryati, sosok kuat yang tidak menjadi seorang ibu, tetapi juga menggantikan peran ayah dengan penuh keteguhan, Dalam setiap doa yang dipanjatkan, setiap air mata, dan setiap pengorbanan, penulis menemukan perjuangan yang sesungguhnya. Dari beliau, penulis belajar bahwa seorang ibu mampu menguatkan bahkan di saat dunia terasa sangat berat.
11. Teruntuk kakak-kakak penulis, Kakak Noerjaman dan Ai Marlina sosok luar biasa yang telah menjadi pilar kekuatan dan sumber harapan selama perjalanan pendidikan ini. Di balik senyum dan kesederhanaannya, tersimpan harapan besar yang memungkinkan penulis menempuh pendidikan hingga tahap ini. Terima kasih telah menggantikan peran pelindung, penyemangat, dan penopang di saat penulis hampir menyerah.
12. Seluruh Dosen, Staf pengajar, dan tata usaha di Institut Karsa Husada Garut yang telah membekali barbagai ilmu yang bermanfaat.
13. Terimakasih kepada Ibu Nia Nurjanah, Am.Keb selaku Bikor di Puskesmas BL Limbangan yang selalu memberikan dukungan, doa, semangat dan selalu

memberikan fasilitas untuk mendukung selama saya praktik di Puskesmas BL Limbangan

14. Terimakasih kepada Ny.R selaku pasien yang bersedia dan mengizinkan saya untuk menjadikan kasus yang di alaminya menjadi LTA ini.
15. Rasa syukur yang mendalam penulis sampaikan kepada Aisyah dan Syzlina. Sahabat yang meskipun berada jauh, tidak pernah berhenti memberikan semangat, perhatian, serta doa yan tulus. Dukungan dari kejauhan yang senantiasa hadir menjadi pengingat dan penyemangat tersendiri bagi penulis dalam menyelesaikan setiap tahapan perkuliahan hingga penulisan Laporan Tugas Akhir ini. Kehadiran dan perhatian yang konsisten dari sahabat-sahabat tersebut merupakan bagian penting yang turut menguatkan langkah penulis hingga akhirnya dapat menuntaskan tugas akhir.
16. Kepada para sahabat, Ana Wasilah, Dea Khoirunnisa, Nina dan Tsalsa anzala. Terima kasih atas kebersamaan yang begitu berarti dalam proses penyusunan skripsi ini. Setiap diskusi, tawa, keluh kesah, dan perjuangan yang kita lalui bersama menjadi kenangan yang tidak akan terlupakan. Kalian adalah bagian penting dari perjalanan ini, yang selalu saling menguatkan di tengah rasa lelah dan tekanan. Semoga segala usaha kita membuahkan hasil terbaik dan membawa kita pada kesuksesan di masa depan.
17. Terimakasih kepada rekan-rekan mahasiswi seperjuangan Program Studi DIII Kebidanan Institut Karsa Husada Garut yang telah memberikan masukan dan motivasi serta memberikan rasa semangat untuk berjuang Bersama dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir Ini. Mudah – mudahan

segala kebaikan dan bantuan yang telah di berikan kepada penulis di balas oleh Allah SWT. Akhirnya, penulis berharap semoga Laporan Tugas Akhir ini bermanfaat bagi semua pihak. Amin ya robbal'alam.

Garut, Juni 2026

Penulis

DAFTAR ISI

PERNYATAAN	2
LEMBAR PERSETUJUAN	Error! Bookmark not defined.
PERBAIKAN LAPORAN TUGAS AKHIR	Error! Bookmark not defined.
LEMBAR PENGESAHAN.....	Error! Bookmark not defined.
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	viii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan.....	3
1.2.1 Tujuan Umum.....	3
1.2.2 Tujuan Khusus	4
1.3 Metode Pengumpulan Data	4
1.4 Tempat dan Waktu Penelitian.....	5
1.5 Manfaat	5
1.5.1 Bagi Penulis.....	5
1.5.2 Bagi Tempat Praktek.....	5
1.5.3 Bagi Institusi Pendidikan.....	5
1.5.4 Bagi Pasien dan Keluarga Pasien	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Konsep Dasar Persalinan.....	7
2.1.1 Definisi Persalinan.....	7
2.1.2 Tahapan Persalian	7
2.1.3 Faktor-Faktor Persalinan	8
2.2 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir	9
2.2.1 Pengertian.....	9
2.2.2 Ciri-ciri Bayi Lahir Normal Menurut Maternity	9
2.3 konsep dasar Distosia Bahu	10
2.3.1 Pengertian distosia.....	10

2.3.2	Distosia bahu (<i>shoulder dystocia</i>)	11
2.3.3	Etiologi Distosia Bahu.....	11
2.3.4	Faktor Risiko Distosia Bahu.....	12
2.3.5	Tanda dan Gejala Distosia Bahu.....	15
2.3.6	Patofisiologi Distosia Bahu	16
2.3.7	Komplikasi Distosia Bahu	17
2.3.8	Berikut ini penatalaksanaan distosia bahu.....	18
2.3.9	Standar Operasional prosedur Distosia Bahu Puskesmas	24
BAB III TUNJAUAN KASUS.....		28
3.1 ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN PADA NY. “R” G3P2A0 PARTURIEN 39 MINGGU DENGAN DISTOSIA BAHU DI PUSKESMAS BL LIMBANGAN.....		28
A.	DATA SUBJEKTIF	28
B.	DATA OBJEKTIF.....	32
C.	ANALISA.....	35
D.	PENATALAKSANAAN	35
3.2	Catatan perkembangan kala I.....	36
A.	DATA SUBJEKTIF	36
B.	DATA OBJEKTIF.....	36
C.	ANALISA.....	37
D.	PENATALAKSANAAN	37
3.3	Catatan perkembangan kala II.....	38
A.	DATA SUBJEKTIF	38
B.	DATA OBJEKTIF.....	38
C.	ANALISA.....	39
D.	PENATALAKSANAAN	39
3.4	Catatan perkembangan kala II DENGAN DISTOSIA.....	39
a.	Data Subjektif.....	39
b.	Data Objektif.....	39
c.	Analisa	39
d.	Penatalaksanaan.....	39

3.5	Catatan perkembangan kala III	41
a.	SUBJEKTIF.....	41
b.	OBJEKTIF	41
c.	ANALISA.....	41
d.	PENATALAKSANAAN	41
3.6	Catatan perkembangan kala IV	42
a.	SUBJEKTIF.....	42
b.	OBJEKTIF	43
c.	ANALISA.....	43
d.	PENATALAKSANAAN	43
3.6	ASUHAN KEBIDANAN POSTNATAL CARE (PNC).....	45
	BAB IV PEMBAHASAN	53
	BAB V	61
	PENUTUP	61
5.1	Kesimpulan	61
	DAFTAR PUSTAKA.....	64
	LAMPIRAN	66

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Angka Kematian Ibu (AKI) adalah kematian ibu selama kehamilan, persalinan, atau hingga 42 hari setelah melahirkan dalam setiap 100.000 kelahiran hidup (labkesmas 2024). Menurut *World Health Organization* (WHO), AKI dunia pada tahun 2023 mencapai 346 per 100.000 kelahiran hidup, angka Kematian Bayi (AKB) adalah jumlah kematian bayi pada masa neonatal (0-28 hari) dan postnatal (28 hari hingga kurang dari 1 tahun) (labkesmas 2024). WHO mencatat AKB dunia pada tahun 2024 diperkirakan mencapai 37,4 per 1.000 kelahiran hidup (Organization, 2026).

Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia mencapai 189 per 100.000 kelahiran hidup, menempatkan Indonesia pada peringkat kedua tertinggi se-ASEAN, dengan penyebab utama berupa perdarahan, preeklamsia/eklamsia, dan komplikasi lain yang sebenarnya dapat dicegah melalui intervensi medis yang tepat waktu, angka kematian bayi (AKB) pada tahun 2022 mencapai 23,5 per 1.000 kelahiran hidup dan terus meningkat, dengan penyebab utama berupa prematuritas dan berat badan lahir rendah (BBLR), asfiksia neonatal, serta infeksi seperti sepsis dan pneumonia; angka ini masih jauh dari target SDGs sebesar 12 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2030 (Indonesia, 2024).

Provinsi Jawa Barat, angka kematian ibu (AKI) tercatat 147 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2023, angka kematian bayi (AKB) berada di atas 15 per 1.000 kelahiran hidup dengan 5.234 kasus pada tahun 2023 (profil kesehatan 2025).

sedangkan di Kabupaten Garut AKI mencapai 50 kasus per tahun pada 2024, menempatkan Garut pada posisi kedua AKI tertinggi se-Jawa Barat, sementara di Kabupaten Garut AKB mencapai 332 bayi per tahun pada 2024, menempati posisi ketiga tertinggi se-Jawa Barat dengan penyebab utama BBLR/prematuritas, asfiksia, dan kelainan kongenital (dinas kesehatan, 2024).

Distosia bahu merupakan salah satu komplikasi persalinan yang sulit diprediksi. Di Indonesia, insidennya berkisar 1-2 per 1.000 kelahiran dan meningkat signifikan menjadi 16 per 1.000 kelahiran pada persalinan dengan bayi berbobot lebih dari 4.000 gram, dengan kejadian keseluruhan sekitar 0,6-1,4% dari seluruh persalinan pervaginam (Miarnasari & Dkk, 2022).

Sebanyak 50-75% kasus distosia bahu terjadi tanpa adanya faktor risiko yang teridentifikasi sebelumnya, sehingga sering dianggap sebagai kejadian yang tidak dapat diprediksi (Bouchghoul & DKK, 2023).

Kondisi inilah yang mendasari pentingnya asuhan kebidanan yang komprehensif pada ibu bersalin dengan distosia bahu guna mencegah dan menangani komplikasi sedini mungkin.

Salah satu upaya strategis dalam menurunkan AKI dan AKB adalah melalui penguatan peran bidan dalam memberikan asuhan kebidanan yang komprehensif dan berkesinambungan (*Continuity of Care/CoC*). Bidan memiliki peran kunci dalam pelayanan kesehatan ibu dan bayi mulai dari masa kehamilan, persalinan, nifas, hingga perawatan bayi baru lahir. Asuhan kebidanan yang berkualitas dapat mengoptimalkan deteksi dini risiko tinggi maternal dan neonatal, sehingga komplikasi dapat dicegah atau ditangani sedini mungkin. Oleh karena itu,

peningkatan kompetensi bidan serta penyediaan layanan kebidanan yang merata dan berkualitas menjadi prioritas dalam upaya percepatan penurunan AKI dan AKB, khususnya di Kabupaten Garut (Dinas Kesehatan, 2024).

Berdasarkan Permenkes RI No.28 tahun 2017 bahwa kewenangan bidan yaitu Pasal 19 ayat (3) huruf d, yang berbunyi dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu bidan berwenang melakukan penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan perujukan. Keputusan menteri kesehatan tentang Standar Profesi Bidan (2020) juga mencantumkan bahwa tatalaksana (Tingkat kemampuan 3 / Tingkat kemampuan 2).

Berdasarkan uraian dan fakta-fakta di atas, maka sangat penting untuk dilakukannya asuhan ibu bersalin dan distosia bahu untuk mengurangi terjadinya komplikasi, penulis bermaksud untuk membuat Laporan Tugas Akhir yang berjudul **"ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN NY "R G3P2A0 PARTURIEN 39 MINGGU DENGAN DISTOSIA BAHU DI PUSKESMAS BL LIMBANGAN."**

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Mampu melaksanakan Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Ny. "R" G3P2A0 Parturien 39 Minggu Dengan Distosia Bahu Di Puskesmas BL Limbangan dengan pendekatan Manajemen Kebidanan dan pendokumentasian dalam bentuk SOAP.

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Mampu melakukan pengkajian data subjektif pada kasus asuhan kebidanan pada ibu bersalin Ny. "R" G3P2A0 parturien 39 minggu dengan Distosia Bahu di Puskesmas BL limbangan Tahun 2026.
2. Mampu mengumpulkan data objektif pada kasus asuhan kebidanan pada ibu bersalin Ny. "R" G3P2A0 parturien 39 minggu dengan Distosia Bahu di Puskesmas BL limbangan Tahun 2026.
3. Mampu menetapkan analisis pada kasus asuhan kebidanan pada ibu bersalin Ny. "R" G3P2A0 parturien 39 minggu dengan Distosia Bahu di Puskesmas BL limbangan.
4. Mampu melakukan asuhan dan penatalaksanaan pada kasus asuhan kebidanan pada ibu bersalin Ny. "R" G3P2A0 parturien 39 minggu dengan Distosia Bahu di Puskesmas BL limbangan Tahun 2026.
5. Melakukan pendokumentasian pada kasus asuhan kebidanan pada ibu bersalin Ny. "R" G3P2A0 parturien 39 minggu dengan Distosia Bahu di Puskesmas BL limbangan Tahun 2026.

1.3 Metode Pengumpulan Data

1. Wawancara

Data di dapatkan dari hasil tanya jawab dan wawancara dengan klien terkait dengan masalah yang ada.

2. Observasi

Data dapat di peroleh dari hasil observasi secara langsung kepada pasien selanjutnya data di dokumentasikan.

1.4 Tempat dan Waktu Penelitian

Tempat Penelitian Karya Tulis Ilmiah ini yaitu di Puskesmas BL limbangan. Adapun waktu laporan ini yaitu tanggal 11 April 2026 dan 13 April 2026.

1.5 Manfaat

1.5.1 Bagi Penulis

Dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan khususnya tentang asuhan kebidanan pada distosia bahu dan kompeten dalam memberikan pelayanan asuhan kebidanan dan pendokumentasian asuhan sebagai saran untuk memasuki sarana kerja.

1.5.2 Bagi Tempat Praktek

Diharapkan dapat menjadi bahan masukan dalam meningkatkan mutu pelayanan terutama dalam memberikan asuhan secara sesuai dengan standar kebidanan pada klien agar dapat bersalin secara aman serta mendapat bayi yang sehat.

1.5.3 Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan hasilnya dapat di gunakan sebagai bahan kajian dan informasi untuk pendidikan serta dapat menambah referensi yang dapat dijadikan acuan bagi mahasiswa kebidanan dalam melaksanakan asuhan kebidanan.

1.5.4 Bagi Pasien dan Keluarga Pasien

Diharapkan dapat memberikan manfaat bagi pasien dan keluarga dalam meningkatkan pengetahuan dan kesadaran tentang pentingnya pemantauan kehamilan serta proses persalinan yang aman.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Persalinan

2.1.1 Definisi Persalinan

Persalinan Adalah proses fisiologis yang dialami seorang ibu untuk mengeluarkan janin, plasenta, dan kantung ketuban dari rahim melalui jalan lahir atau dengan prosedur tertentu dengan bantuan tenaga medis. Persalinan normal biasanya berlangsung pada usia kehamilan yang cukup bulan, yaitu antara 37-42 minggu, berlangsung secara spontan, dan tanpa komplikasi untuk ibu maupun bayi. Proses melahirkan dimulai dengan kontraksi otot rahim yang mengakibatkan penipisan serta pembukaan leher rahim, lalu di akhiri dengan keluarnya plasenta. Persalinan adalah momen krusial dalam hidup seorang Wanita karena berkaitan langsung dengan keselamatan ibu dan bayi, sehingga memerlukan pengawasan dan perawatan yang sesuai (Konsep & Kasus,2026).

2.1.2 Tahapan Persalian

Secara umum, proses persalinan dibagi menjadi empat tahap.

1. Kala I dimulai sejak terjadinya kontraksi yang *efektif* sampai pembukaan serviks mencapai 10 cm secara penuh.
2. Kala II dimulai dari pembukaan penuh hingga bayi dilahirkan.
3. Kala III terjadi dari saat bayi lahir hingga plasenta keluar,
4. Kala IV adalah periode observasi dua jam pertama setelah melahirkan untuk mengawasi potensi komplikasi seperti pendarahan postpartum.

2.1.3 Faktor-Faktor Persalinan

Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan antara lain:

- a. *Power* atau HIS (tenaga yang mendorong anak) Kekuatan his dan mengejan mendorong janin ke arah bawah, dan menimbulkan kerenggangan yang bersifat pasif. Kekuatan his menimbulkan putaran paksi dalam, penurunan kepala atau bagian terendah, menekan *serviks* dimana terdapat *fleksus frankenhauser*, sehingga terjadi reflek mengejan. Kedua kekuatan his dan *reflex* mengejan makin mendorong bagian terendah sehingga terjadilah pembukaan pintu, dengan crowning dan penipisan perineum. Selanjutnya kekuatan his dan *reflex* mengejan menyebabkan ekspulsi kepala, sehingga berturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi, muka dan badan seluruhnya. Tenaga atau kekuatan (*power*) : *his* (kontraksi uterus), kontraksi otot dinding perut, kontraksi diafragma pelvis, ketegangan, kontraksi ligamentum rotundum, efektivitas kekuatan mendorong dan lama persalinan.
- b. *Passage*/Panggul Jalan lahir terdiri atas panggul ibu, yakni bagian tulang yang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relatif kaku, oleh karena itu ukuran panggul dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai.
- c. *Passanger* (janin dan plasenta) Cara penumpang atau janin bergerak di sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yaitu ukuran kepala janin, persentasi, letak, sikap dan posisi janin. Plasenta juga harus melalui jalan lahir sehingga dapat juga dianggap sebagai penumpang yang menyertai janin (Alkhiatul & Dkk, 2024).

2.2 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

2.2.1 Pengertian

Bayi baru lahir (BBL) normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat badan lahir 2500gram sampai dengan 4000gram dan tanpa tanda-tanda asfiksia dan penyakit penyerta lainnya (Noordiaty, 2018). Bayi baru lahir (neonatus) adalah suatu keadaan dimana bayi baru lahir dengan umur kehamilan 37-42 minggu, lahir melalui jalan lahir dengan presentasi kepala secara spontan tanpa gangguan, menangis kuat, napas secara spontan dan teratur, berat badan antara 2.500- 4.000 gram serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterine ke kehidupan ekstrauterin (Alkhiatul & Dkk, 2024).

Bayi baru lahir adalah hasil konsepsi ovum dan spermatozoa dengan masa gestasi memungkinkan hidup di luar kandungan. Tahapan bayi baru lahir yaitu umur 0 sampai 7 hari disebut neonatal dini dan umur 8 sampai 28 hari disebut neonatal lanjut (Alkhiatul & Dkk, 2024).

Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan usia kehamilan aterm (37-42 minggu) dan berat badan normal (2.500 gram-4000 gram).

2.2.2 Ciri-ciri Bayi Lahir Normal Menurut Maternity

Antara lain:

1. Berat badan: 2500 – 4000gram.
2. Panjang badan lahir: 48 – 52 cm.
3. Lingkar kepala: 33 – 35 cm.

4. Lingkar dada: 30 – 38 cm.
5. Bunyi jantung: 120-160 x/menit.
6. Pernafasan: 40-60 x/menit.
7. Kulit kemerahan dan licin karena jaringan dan diikuti vernik caseosa.
8. Rambut lanugo terlihat, rambut kepala biasanya sudah sempurna.
9. Kuku telah agak panjang dan lepas.
10. Genetalia jika laki-laki labia mayora telah menutupi labia minora, jika laki-laki testis telah turun, skrotum sudah ada.
11. Refleks hisap dan menelan telah terbentuk dengan baik.
12. Refleks morrow atau gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik.
13. Refleks graps atau menggenggam sudah baik.
14. Eliminasi baik, urine dan mekonium akan keluar dalam 24 jam.
Mekonium berwarna hitam kecoklatan (Alkhiatul & Dkk, 2024).

2.3 konsep dasar Distosia Bahu

2.3.1 Pengertian distosia

Distosia bahu Adalah keadaan darurat obstetri yang berlangsung Ketika bahu janin tidak dapat lahir secara alami setelah kepala bayi telah berhasil dilahirkan. Keadaan ini umumnya disebabkan oleh terjepitnya bahu *anterior* bayi di belakang simfisis pubis ibu, yang mengakibatkan proses bersalin terhambat. Distosia bahu merupakan kondisi darurat dalam persalinan yang dapat menimbulkan komplikasi serius bagi ibu dan bayi jika tidak ditangani dengan cepat dan tepat. Diagnosis distosia bahu umumnya dikenal dengan adanya “*turtle sign*” yang mana kepala bayi

terlihat tertarik Kembali ke perineum setelah lahir karena bahu terjebak di jalur kelahiran (Siregar & Dkk, 2024).

2.3.2 Distosia bahu (*shoulder dystocia*)

Distosia bahu dibagi menjadi 2 macam:

1) Distosia Bahu Anterior (*Anterior Shoulder Impaction*)

Merupakan jenis yang paling sering terjadi, Pada kondisi ini, bahu anterior janin tersangkut di belakang simfisis pubis ibu, sehingga setelah kepala lahir, bahu tidak dapat mengikuti secara spontan. Tanda klinis yang sering ditemukan adalah *turtle sign*, yaitu kepala bayi tampak tertarik kembali ke arah perineum setelah lahir. Kondisi ini memerlukan manuver obstetri seperti *McRoberts*, tekanan suprapubik, Rubin, *Woods Screw*, atau melahirkan lengan posterior untuk mengeluarkan bahu yang terimpaksi (Jakubowski & DKK, 2025).

2) Distosia Bahu Posterior (*Posterior Shoulder Impaction*)

Jenis ini lebih jarang terjadi dibandingkan distosia bahu anterior. Pada keadaan ini, bahu posterior janin tersangkut pada promontorium sakrum atau bagian posterior panggul ibu akibat rotasi bahu yang tidak sempurna saat memasuki jalan lahir. Keadaan ini juga menyebabkan persalinan terhenti setelah kepala lahir dan membutuhkan tindakan obstetri khusus, seperti rotasi internal atau melahirkan lengan posterior untuk membebaskan bahu yang terjepit (Jakubowski & DKK, 2025).

2.3.3 Etiologi Distosia Bahu

Etiologi distosia bahu pada umumnya adalah ukuran bayi yang terlalu besar (makrosomia), panggul ibu yang terlalu sempit, dan malpresentasi janin. Ukuran

bayi yang terlalu besar ini sering dihubungkan dengan ibu yang memiliki riwayat diabetes mellitus atau riwayat melahirkan bayi makrosomia pada persalinan sebelumnya (Nirnasari & Dkk, 2025).

Distosia bahu termasuk dalam kategori persalinan macet (distosia). Distosia berhubungan dengan faktor *3P*, yaitu *passage* (jalan lahir), *passenger* (bayi), dan *power* (tenaga). *Passage* atau jalan lahir merupakan jalur yang harus dilewati bayi pada saat proses persalinan; beberapa ibu memiliki ukuran panggul yang sempit sehingga terjadi *cephalopelvic disproportion* (CPD) yang diikuti dengan distosia bahu. *Passenger* adalah faktor janin, di mana bayi yang terlalu besar (>4.000 gram) menjadi penyebab utama terjadinya distosia bahu (Siregar & Dkk, 2024).

2.3.4 Faktor Risiko Distosia Bahu

a. Faktor Maternal

1. Diabetes mellitus

Ibu dengan diabetes mellitus atau diabetes gestasional berisiko melahirkan bayi makrosomia karena kadar glukosa yang tinggi menyebabkan janin tumbuh berlebihan. Distosia bahu secara signifikan lebih sering terjadi pada ibu dengan diabetes yang tidak terkontrol (Fauziah & Dkk, 2023).

2. Obesitas

Kondisi obesitas pada ibu hamil merupakan risiko tinggi obstetri karena dapat meningkatkan risiko distosia bahu melalui pengaruhnya terhadap jaringan lunak panggul dan peningkatan risiko makrosomia janin. Obesitas terbukti meningkatkan risiko komplikasi intrapartum seperti distosia bahu, perdarahan postpartum, dan kegagalan induksi (Natalia & Dkk, 2020).

Kenaikan berat badan selama kehamilan bervariasi berdasarkan IMT awal ibu. Berdasarkan rekomendasi *Institute of Medicine* (IOM) dan Kementerian Kesehatan RI (2020), kenaikan berat badan yang disarankan selama kehamilan adalah 12,5–18 kg bagi ibu dengan IMT kurang, 11,5–16 kg bagi ibu dengan IMT normal, 7–11,5 kg bagi ibu dengan IMT berlebih, dan 5–9 kg bagi ibu dengan obesitas (Dwi & Dkk, 2024).

3. Riwayat distosia bahu

Ibu yang pernah mengalami distosia bahu pada persalinan sebelumnya memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami kejadian serupa pada persalinan berikutnya (Siregar & Dkk, 2024).

4. Panggul sempit

Ukuran panggul ibu yang sempit menyebabkan ketidaksesuaian antara diameter panggul ibu dengan diameter biacromial janin, sehingga meningkatkan risiko tersangkutnya bahu di simfisis pubis (Hitipeuw & Dkk, 2025).

b. Faktor Persalinan

1. Persalinan lama

Proses persalinan yang lama, terutama pada kala II, merupakan faktor risiko terjadinya distosia bahu karena menunjukkan adanya kesulitan mekanisme persalinan (Tsikouras & Dkk, 2024).

2. Vakum/*forceps*

Penggunaan alat bantu persalinan seperti vakum atau *forceps* berkaitan dengan peningkatan risiko distosia bahu, karena biasanya digunakan saat terdapat hambatan pada kemajuan persalinan (Dewita & Dkk, 2025).

3. Kala II memanjang

Pemanjangan kala II persalinan merupakan salah satu tanda adanya kesulitan mekanis dalam persalinan yang dapat berujung pada distosia bahu (Dewita & Dkk, 2025)

c. Faktor Janin

1. Makrosomia

Makrosomia adalah bayi yang besar sehingga dapat menimbulkan kesulitan saat persalinan bahu. berat bayi lebih dari persentil ke 90 dianggap bayi makrosomia. Berat neonatus pada umumnya kurang dari 4.000gram dan jarang melebihi 5.000 gram. Dinamakan bayi besar adalah bila berat badannya lebih dari 4.000 gram. Frekuensi berat badan lahir lebih dari 4.000gram adalah 5,3% dan yang lebih dari 4.500gram adalah 0,4%. Janin besar dijumpai pada wanita hamil dengan diabetes mellitus, pada postmaturitas, dan pada grande multipara (Wildatul & Dkk, 2024).

Kondisi makrosomia (berat janin >4.000 gram) dapat meningkatkan faktor risiko distosia bahu, yaitu ketika ada ketidaksesuaian antara diameter panggul ibu dengan jarak antar bahu janin. Obesitas dalam kehamilan meningkatkan risiko makrosomia janin (Febriani & Dkk, 2025).

2. Berat badan lahir besar

Janin dengan berat lahir $\geq 4.000\text{--}4.500\text{gram}$ dari ibu tanpa diabetes dan $\geq 4.000\text{gram}$ dari ibu dengan diabetes merupakan faktor risiko utama terjadinya distosia bahu. Seksio sesarea elektif dapat dipertimbangkan pada ibu non-diabetik dengan perkiraan berat janin $>5.000\text{ g}$ atau ibu diabetik dengan berat janin diperkirakan $>4.500\text{ g}$ (Miarnasari & Dkk, 2022).

2.3.5 Tanda dan Gejala Distosia Bahu

Distosia bahu memiliki beberapa tanda dan gejala khas yang harus dikenali segera oleh tenaga kesehatan untuk penanganan yang cepat dan tepat.

1. *Turtle sign*

Kepala bayi tampak melekat pada perineum seperti kepala kura-kura yang keluar masuk, yaitu kepala bayi yang sudah lahir kemudian tertarik kembali ke dalam akibat tersangkutnya bahu di simfisis pubis.

2. Kepala bayi sulit lahir sempurna

Kepala bayi tidak dapat segera melakukan putaran paksi luar setelah lahir karena bahu masih tertahan.

3. Bahu tertahan

Bahu anterior janin tersangkut di belakang simfisis pubis ibu, sehingga badan bayi tidak dapat lahir walaupun kepala sudah keluar.

Tanda-tanda ini harus segera direspons dengan memanggil bantuan dan melaksanakan manuver penanganan distosia bahu. Pengumuman yang tegas bahwa distosia sedang terjadi, memanggil bantuan ekstra, memantau waktu dari lahirnya kepala hingga lahirnya bayi secara lengkap, serta berkomunikasi

dengan pasien dan tim kesehatan adalah langkah-langkah yang sangat membantu (Siregar & Dkk, 2024).

2.3.6 Patofisiologi Distosia Bahu

Patofisiologi distosia bahu terjadi karena ketidaksesuaian ukuran antara diameter *biacromial* janin (jarak antar bahu) dengan diameter anteroposterior panggul ibu. Pada persalinan normal, setelah kepala bayi lahir, bahu janin akan masuk ke dalam rongga panggul dalam posisi *oblique* (miring). Di dalam rongga panggul, bahu akan menyesuaikan diri dengan bentuk panggul yang dilaluinya, dan kemudian lahir dalam posisi *anteroposterior* (Miarnasari & Dkk, 2022).

Kondisi makrosomia dapat meningkatkan faktor risiko distosia bahu, yaitu ketika ada ketidak sesuaian antara diameter panggul ibu dengan jarak antar bahu janin. Ketika bahu *anterior* tersangkut di belakang *simfisis pubis*, impaksi ini menghambat turunnya tubuh janin, sehingga menyebabkan stagnasi pada proses persalinan. Traksi paksa ke bawah pada kepala janin tanpa manuver yang tepat dapat memperparah impaksi dan meningkatkan risiko cedera pada *pleksus brakialis* (Wildatul & Dkk, 2024).

Abnormalitas pada janin yang dapat menyebabkan perlambatan persalinan seperti makrosomia, malposisi, dan malpresentasi. Ketika ada obstruksi pada jalan lahir, perlambatan persalinan akan terjadi. Kondisi yang dapat menghalangi jalan lahir meliputi ukuran panggul *non-ginekoid* (bentuk *android*, *platipeloid*, atau *antropoid*), serta adanya jaringan parut atau *fibroid* (Wildatul & Dkk, 2024).

2.3.7 Komplikasi Distosia Bahu

Distosia bahu dapat menyebabkan morbiditas dan mortalitas yang signifikan, baik pada ibu maupun pada bayi. Komplikasi yang paling serius pada janin adalah *transient brachial plexus palsy* (kelumpuhan *pleksus brakialis* sementara), yang merupakan komplikasi neonatal paling sering ditemukan (Heinonen & Dkk, 2025).

Berikut ini merupakan komplikasi distosia bahu:

a. Komplikasi pada Ibu

1. Perdarahan postpartum

Distosia bahu dapat menyebabkan perdarahan postpartum karena atonia uteri, ruptur uteri, atau karena laserasi vagina dan *serviks*, yang merupakan risiko utama kematian ibu. Kontrol berat badan dan kadar glukosa darah adalah strategi utama untuk mengurangi risiko distosia bahu dan komplikasi perdarahannya (Hofmeyr & Dkk, 2023).

2. Laserasi jalan lahir

Tindakan manuver pada distosia bahu dapat menyebabkan laserasi perineum yang rumit, laserasi vagina, bahkan robekan pada *serviks* (Fitriani & Dkk, 2022).

3. Ruptur uteri

Tekanan berlebihan selama penanganan distosia bahu, terutama apabila dilakukan penekanan fundus uteri (*fundal pressure*) yang tidak tepat, dapat meningkatkan risiko rupture (Dintya & Dkk, 2022).

b. Komplikasi pada Bayi

1. Fraktur klavikula

Fraktur klavikula merupakan salah satu komplikasi yang terjadi saat persalinan intravaginal pada kasus distosia bahu. Tulang klavikula adalah tulang yang paling rentan mengalami fraktur saat proses kelahiran karena posisinya yang berada di antara simfisis pubis ibu dan bahu bayi. Berat lahir bayi makrosomia merupakan faktor risiko mayor terjadinya fraktur klavikula (Rahmadani & Dkk, 2025).

2. Cedera pleksus brakialis

Cedera pleksus brakialis akibat distosia bahu terjadi pada 1–20% kasus. Cedera ini dapat bersifat transien (sementara) atau permanen. Traksi agresif ke samping atau ke bawah pada kepala dan leher janin harus dihindari karena dapat melukai pleksus brakialis (Miarnasari & Dkk, 2022).

3. Asfiksia

Keterlambatan pengeluaran janin akibat bahu yang tersangkut menyebabkan hipoksia pada janin. Jika tidak segera ditangani, asfiksia dapat berkembang menjadi *ensefalopati hipoksik-iskemik* bahkan kematian perinatal (Heinonen & Dkk, 2025).

2.3.8 Berikut ini penatalaksanaan distosia bahu

Distosia bahu merupakan kegawatdaruratan obstetri yang terjadi setelah kepala janin lahir, tetapi bahu gagal dilahirkan akibat impaksi pada simfisis pubis atau, lebih jarang, bahu posterior pada promontorium sakrum. Penanganan utama bukan sectio caesarea, melainkan segera melakukan serangkaian manuver obstetri

seperti *McRoberts*, tekanan suprapubik, Rubin, *Woods Screw*, dan melahirkan lengan posterior untuk membebaskan bahu janin. Apabila seluruh manuver tersebut gagal, dapat dipertimbangkan manuver Zavanelli yang diikuti dengan *sectio caesarea*. Keterlambatan dalam melepaskan bahu dapat menyebabkan kompresi tali pusat, hipoksia, dan asfiksia sehingga meningkatkan risiko cedera neurologis permanen bahkan kematian janin (Tsikouras & Dkk, 2024).

Ada persalinan normal, kelahiran bahu umumnya mengikuti kelahiran kepala dalam waktu sekitar 24 detik. Apabila interval antara lahirnya kepala dan bahu melebihi 60 detik, maka kondisi tersebut dianggap sebagai distosia bahu. Distosia bahu merupakan kegawatdaruratan obstetri sehingga memerlukan penanganan segera. Setelah kepala lahir, janin yang sebelumnya tidak mengalami hipoksia diperkirakan masih memiliki waktu sekitar 4–5 menit untuk dilakukan manuver pelepasan bahu sebelum terjadi cedera hipoksik pada otak akibat penurunan pH arteri umbilikalis (Fauziah & Dkk, 2023).

Langkah - langkah pertolongan persalinan dengan Distosia Bahu:

1. *Manuver McRoberts*

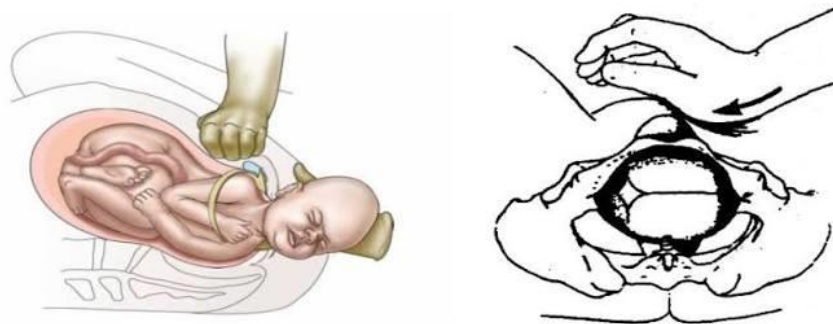
Putar kaki ke luar sambil melenturkan paha untuk membawa lutut sedekat mungkin ke dada (abduksi). Episiotomi cukup luas. Bahu posterior dapat melewati tanjung dan masuk ke panggul dengan lebih mudah Ketika episiotomi dan postur *McRobert* digabungkan (Miarnasari & Dkk, 2022).



Gambar 2.1 Mc Robert
Sumber (Miarnasari & Dkk, 2022)

2. Manuver Massanti

Seorang asisten menerapkan penekanan suprapubik sementara penyelamat terus menerapkan traksi ke bawah yang kuat untuk melahirkan bahu Depan (Miarnasari & Dkk, 2022).



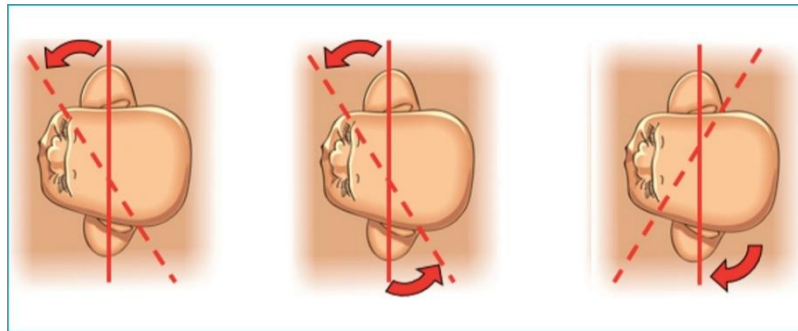
Gambar. Suprapubic Pressure (Massanti Maneuver)

Gambar 2.1 Massanti
Sumber (Miarnasari & Dkk, 2022)

3. Manuver Rubin

Rubin menyarankan dua tindakan. Dengan menekan perut, bahu janin pertama-tama digerakkan dari sisi ke sisi. Jika tidak berhasil, tangan di pinggul mencengkeram bahu terdekat dan menekannya ke permukaan

anterior bahu. Biasanya hal ini karena abduksi kedua bahu, menyebabkan diameter antara bahu dan pergeseran bahu anterior dari belakang simfisis pubis. Satu tangan dimasukkan dari depan atau belakang, dan bahu diputar 30° sehingga bertumpu pada diameter miring panggul (Miarnasari & Dkk, 2022).



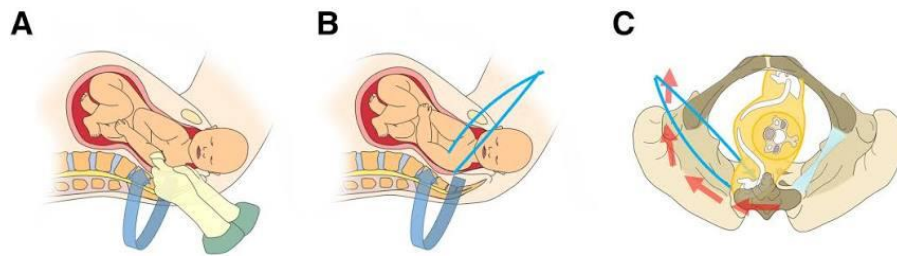
Source: Illustration by Felipe Lage Starling (authorized).

Gambar 2.2 Rubin

Sumber (Miarnasari & Dkk, 2022)

4. Manuver Woods corkscrew

Manuver *Woods corkscrew* dilakukan dengan cara memutar bahu belakang janin seperti gerakan sekrup, yaitu memutar bahu belakang menjadi bahu depan searah jarum jam, kemudian dapat diputar kembali berlawanan arah jarum jam (Reverse Woods/Rubin). Tujuan manuver ini adalah merotasi bahu yang tersangkut agar dapat melewati simfisis pubis. Manuver *Woods corkscrew* merupakan salah satu manuver sekunder apabila manuver awal gagal (Siregar & Dkk, 2024).

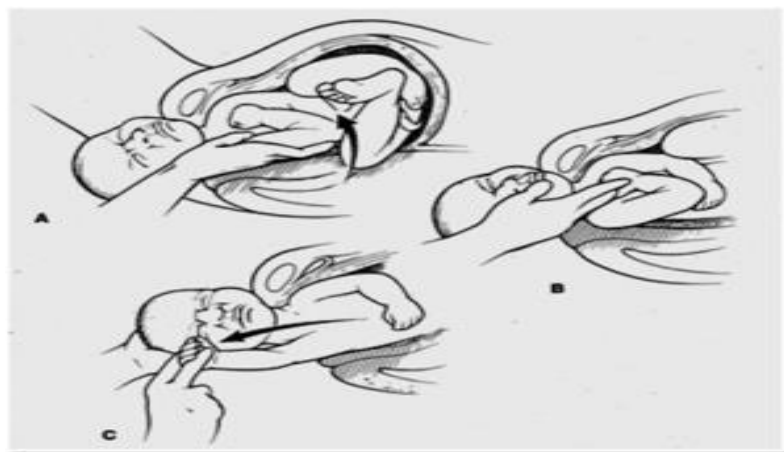


Gambar 2.3 Woods corkscrew

Sumber (Miarnasari & Dkk, 2022)

5. Melahirkan lengan posterior

Melahirkan lengan posterior dilakukan dengan cara memasukkan tangan penolong ke dalam vagina, menelusuri lengan posterior janin, kemudian melahirkan lengan tersebut untuk memperkecil diameter biacromial. Melahirkan lengan posterior merupakan salah satu manuver paling efektif dalam penanganan distosia bahu dan direkomendasikan sebagai manuver sekunder setelah manuver *McRoberts* dan tekanan suprapubik gagal (Miarnasari & Dkk, 2022).



Gambar 2.4 Jacquemier

Sumber (Miarnasari & Dkk, 2022)

6. Manuver Gaskin

Pergerakan sendi sakroiliaka saat merangkak harus menghasilkan peningkatan satu hingga dua sentimeter pada diameter sagital panggul.



Gamar 2.6 Gaskin

Sumber (Miarnasari & Dkk, 2022)

7. *Sectio Caesarea* (SC)

Distosia bahu secara klasik didefinisikan sebagai kegagalan lahirnya bahu janin setelah kepala lahir pada persalinan pervaginam akibat impaksi bahu *anterior* di belakang simfisis pubis atau, lebih jarang, bahu *posterior* pada promontorium sakrum. Oleh karena itu, distosia bahu tidak diklasifikasikan sebagai komplikasi pada operasi *sectio caesarea*, karena pada SC janin dikeluarkan melalui insisi uterus sehingga mekanisme impaksi bahu pada jalan lahir tidak terjadi (Tsikouras & Dkk, 2024).

2.3.9 Standar Operasional prosedur Distosia Bahu Puskesmas

	DISTOSIA BAHU		
	SOP	No. Dokumen :	
		No. Revisi : 1	
		Tanggal Terbit :	
		Halaman : 1/3	
UPT PUSKESMAS BL. LIMBANGAN		dr. Firman Mardiana Herlambang NIP. 19830318 201412 1 001	
1. Pengertian	Suatu intervensi tindakan yang dilakukan saat bahu janin tidak dapat dilahirkan setelah kepala janin dilahirkan.		
2. Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk penanganan Distosia bahu di UPT Puskesmas BL. Limbangan		
3. Kebijakan			
4. Referensi			
5. Prosedur/ Langkah- langkah	1. Persiapan alat dan bahan: a. Rekam medik b. Partus set c. Saturasi set d. Lembar informed consent e. Cairan antiseptik f. Infus set g. Oksigen set h. Cateter urine set i. TTV Set 2. Petugas yang melaksanakan a. Dokter b. Bidan c. Perawat		

	3. Langkah-langkah: a. Petugas memberikan informasi pada klien apa yang akan dilakukan. b. Petugas memberikan dukungan emosional agar ibu percaya diri. c. Petugas meminta bantuan tenaga kesehatan lain untuk menolong persalinan dan resusitasi neonatus bila diperlukan. Bersiaplah untuk kemungkinan perdarahan pascasalin atau robekan perineum setelah tata laksana. d. Petugas melakukan manuver McRobert. Dalam posisi ibu berbaring telentang, mintalah ia untuk menekuk kedua tungkainya dan mendekatkan lututnya sejauh mungkin ke arah dadanya. e. Petugas meminta bantuan 2 orang asisten untuk menekan fleksi kedua lutut ibu ke arah dada. Mintalah salah seorang asisten untuk melakukan tekanan secara simultan ke arah lateral bawah pada daerah suprasimfisis untuk membantu persalinan bahu. f. Petugas menggunakan sarung tangan steril, lakukan penarikan yang mantaf dan terus-menerus ke arah aksial (searah tulang punggung janin) pada kepala janin untuk menggerakkan bahu depan di bawah simfisis pubis. g. Jika bahu masih belum dapat di lahirkan, Petugas melakukan episiotomi untuk memberi ruangan yang cukup untuk memudahkan manuver internal. h. Petugas mengenakan sarung tangan steril, kemudian masukkan tangan ke dalam vagina pada sisi punggung bayi.
--	---

	i. Petugas melakukan penekanan di sisi posterior pada bahu posterior untuk mengadduksikan bahu dan mengecilkan diameter bahu. j. Petugas merotasikan bahu ke diameter oblik untuk membebaskan distosia bahu. k. Jika diperlukan, petugas melakukan juga penekanan pada sisi posterior bahu anterior dan rotasikan bahu ke diameter oblik. l. Jika bahu masih belum dapat dilahirkan setelah dilakukan. m. Petugas memasukkan tangan ke dalam vagina n. Petugas meraih humerus dari lengan posterior, kemudian sambil menjaga lengan tetap fleksi pada siku, pindahkan lengan ke arah dada. Raih pergelangan tangan bayi dan tarik lurus ke arah vagina. Manuver ini akan memberikan ruangan untuk bahu anterior agar dapat melewati bawah simfisis pubis. o. Jika semua tindakan diatas tetap tidak dapat melahirkan bahu, terdapat manuver-manuver lain yang dapat dilakukan, misalnya kleidotomi, simfisiotomi, metode sling atau manuver zavanelli. Namun manuver ini hanya boleh dikerjakan oleh tenaga terlatih.
6. Bagan Alir	Terlampir
7. Hal-hal yang perlu diperhatikan	1. Pengeluaran Pervaginam 2. Kondisi Umum Pasien 3. Tanda-Tanda Vital
8. Unit Terkait	1. IGD

	2. PONED 3. LABORATORIUM		
9. Dokumen Terkait	1. Rekam Medik 2. Buku KIA		
10. Rekaman Historis Perubahan	No	Yang di ubah	Isi perubahan
	1.	No.Dokumen	
	2.	Tulisan dan ukuran huruf	Dari tulisan arial 11 menjadi ke bookmand old style 11
	4.	Tanggal Terbit	09 Mei 2019
	5.	Kepala Puskesmas	dr. H. Budhi G Basuki NIP.19620713 199010 1 001 menjadi dr. Firman Mardiana Herlambang NIP.19830318 201412 1 001

BAB III

TUNJAUAN KASUS

3.1 ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN PADA NY. “R” G3P2A0 PARTURIEN 39 MINGGU DENGAN DISTOSIA BAHU DI PUSKESMAS BL LIMBANGAN

Pengkaji : Euis Sila Nurhalimah

Tanggal : 11 April 2026

Tempat : Poned Pkm BL Limbangan

Waktu : 05.40 WIB

A. DATA SUBJEKTIF

1. Identitas Istri/Suami

Identitas	Istri	Suami
Nama	Ny R	Tn M
Umur	26 Tahun	26 Tahun
Agama	Islam	Islam
Suku/Bangsa	Sunda/Indonesia	Sunda/Indonesia
Pendidikan	SMP	SMA
Pekerjaan	IRT	Wiraswasta
Alamat	Bulak Garut	

2. Alasan Masuk ke puskesmas

Ibu datang ke Puskesmas bl limbangan di ruang poned tanggal 11 April 2026 jam 05.40 wib mengeluh mules di sertai keluar lendir bercampur darah sejak jam 21.00 wib. Gerakan janin aktif

3. Riwayat Obstetri

a. Riwayat Menstruasi

Ibu mengatakan pertama haid pada usia 14 tahun, siklus haid teratur (28 hari), lama haid 7 hari, ganti pembalut 2x sehari, dan ibu tidak ada keluhan setiap haid.

b. Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas Dulu

Tabel 3.1 riwayat kehamilan, Persalinan dan nifas

Anak ke	Tahun	Usia Kehamilan	Berat Badan bayi	Jenis Kelamin bayi	Tempat Bersalin/ penolong	Komplikasi/pe nyulit	Nifas
1	2016	9 Bulan	3800	Perempuan	Bidan, RS	Tidak ada	Normal
2	2024	9 Bulan	3200	Laki-laki	Bidan, BPM	Tidak ada	Normal

c. Riwayat Kehamilan Sekarang

Kehamilan ke tiga dan tidak pernah mengalami keguguran, HPHT 12 Juli 2025, TP 19 April 2026, gerakan janin pada usia kehamilan 16 minggu. Ibu sudah melakukan imunisasi TT 1 kali, ibu rutin melakukan pemeriksaan kehamilannya kepada bidan posyandu maupun puskesmas sebanyak >8 kali dan melakukan pemeriksaan USG 3 kali pada tanggal 08 Juli 2025, USG ke-2 pada tanggal 13 Februari 2026, USG ke-3 09 Maret 2026. Ibu

tidak mengkonsumsi obat-obatan yang lain selain obat yang diberikan dari bidan yakni obat tamblet penambah darah (Fe) dan vitamin.

d. Riwayat Ginekologi

Ibu mengatakan tidak pernah dan tidak sedang mengalami permasalahan/penyakit dengan alat reproduksi.

e. Riwayat Kesehatan Ibu dan Keluarga

Ibu mengatakan dirinya tidak memiliki atau mengidap riwayat penyakit yang berat/ menular dan di keluarga tidak ada yang memiliki riwayat penyakit yang berat / menular, seperti hipertensi, Diabetes Melitus, Asma, Jantung, HIV/AIDS, Malaria, dll.

f. Riwayat Kontrasepsi

Ibu mengatakan sebelumnya tidak menggunakan alat kontrasepsi apapun.

4. Riwayat Psikososial

a. Riwayat Pernikahan

ibu mengatakan ini merupakan pernikahan yang kedua. Usia pernikahan ibu menikah 22 tahun dan suami 22 tahun, usia lama pernikahan 5 tahun.

b. Respon Keluarga Terhadap Kehamilan

Ibu mengatakan respon suami dan keluarga terhadap kehamilan sangat baik atas kehamilannya.

c. Pengambil Keputusan Dalam Keluarga

Ibu mengatakan yang akan mengambil keputusan dalam keluarga yaitu suami.

d. Aktivitas Sehari – hari

Ibu mengatakan kegiatan sehari – hari mengerjakan tugas rumah tangga dan mengurus anak.

5. Pola Kehidupan Sehari-hari

a. Pola Nutrisi

Ibu mengatakan makan sehari 2-3 kali dengan menu bervariasi, tidak ada pantangan makanan, Ibu sering ngemil makan terakhir tadi pada pukul 04.00 WIB.

b. Pola Hidrasi

Ibu mengatakan sehari minum kurang lebih 8 gelas, dengan jenis air putih, Ibu minum susu ibu hamil dari usia kandungan 4 bulan ibu minum 2x/sehari pada pagi dan malam hari, minum terakhir pada pukul 04.00 WIB.

c. Pola Eliminasi

1) BAB

Ibu mengatakan sehari BAB 1 – 2 kali, tidak ada keluhan. BAB terakhir pada tanggal 11 April 2026 pukul 19.00 WIB.

2) BAK

Ibu mengatakan sehari BAK $\pm$ 6 kali, tidak ada keluhan.

d. Pola Istirahat

Ibu mengatakan istirahat malam 6-7 jam dan tidur siang 30 menit.

Terakhir tidur malam $\pm$ 3 jam dan 4 tidur siang.

e. *Personal Hygiene*

Ibu mengatakan mandi 1 – 2 kali / hari.

B. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

a. Keadaan Umum : kelelahan

b. Kesadaran : Composmentis

c. Keadaan Emosional : Stabil

d. Antropometri

BB sebelum hamil : 71 kg

BB sekarang : 86 kg

Kenaikan BB : 15 kg

Tinggi Badan : 160 cm

IMT : (27,7) Overweight

Lila : 32,5 cm

e. Tanda – tanda vital

TD : 120 / 80 mmHg

Nadi : 76 x/menit

Respirasi : 22 x/menit

Suhu : 36,5°C

2. Pemeriksaan Fisik

a. Kepala : Tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan,
keadaan baik dan bersih

b. Muka : Tidak pucat dan tidak oedema

c. Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih,
fungsi penglihatan baik

d. Hidung : Bersih, fungsi penciuman baik

e. Mulut dan gigi : Gigi rapih, tidak ada caries dan tidak ada
stomatitis

f. Leher : Tidak ada pembengkakan kelenjar limfe
dan Tidak ada pembengkakan kelenjar
tiroid.

g. Payudara : Tidak ada pembengkakan, tidak ada
benjolan, tidak ada kemerahan, puting susu
menonjol, pengeluaran colostrum belum
ada, tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa,
keadaan bersih

h. Abdomen

Infeksi : Tidak ada luka bekas operasi, terdapat
striae gravidarum dan terdapat linea nigra

TFU : 36 cm

LP : 105 cm

- Leopold I : Teraba bulat lunak tidak melenting
- Leopold II : Bagian kanan teraba memanjang keras datar, kiri teraba bagian ekstremitas janin
- Leopold III : Teraba bulat keras melenting sudah tidak bisa di goyangkan
- Leopold IV : Divergen 3/5
- TBBJ : $(36-11) \times 155 = 3.875 \text{ gr}$
- Auskultasi
- DJJ : 154 x/menit reguler
- His : 2x10x15"
- i. Genetalia : Tidak ada oedema, tidak ada varises, tidak ada pembengkakan, tidak ada pembesaran kelenjar bartholini, vulva/vagina tidak ada kelainan, portio tebal, lunak, pembukaan 2 cm, ketuban utuh (+), presentasi kepala penurunan hodge II.
- j. Ekstremitas Atas : tidak pucat dan tidak ada oedema.
- Ekstremitas Bawah : Tidak ada oedema, tidak ada varises dan kuku tidak pucat. Reflek patella kanan dan kiri (+/+)

3. Pemeriksaan Penunjang

- Hb : 12 g/dl
- Protein urine : Negative

Glukosa urine	: Negative
HBSAG	: Non Reaktif
HIV	: Non Reaktif
SIFILIS	: Non Reaktif
Golongan darah	: A+

C. ANALISA

G3P2A0 Parturien 39 minggu inpartu dengan kala 1 fase laten, janin tunggal hidup intra uterine.

D. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu mengenai hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga.
Bahwa ibu sudah memasuki masa persalinan dan keadaan ibu dan janin sehat.
Evaluasi : Ibu mengetahui keadaan dirinya dan kondisi janin
2. Mengajarkan ibu teknik relaksasi dan bermain gym ball
Evaluasi : Ibu mengerti, dan di dampingi oleh suami.
3. Menganjurkan ibu untuk makan/minum misalnya teh manis, dan makanan ringan (biskuit, roti) dan menganjurkan ibu untuk jalan-jalan ibu bisa melakukannya untuk mempercepat penurunan kepala bayi.
Evaluasi : ibu minum air teh manis ½ gelas
4. Mengikutsertakan suami/ keluarga untuk menemani dan mendampingi ibu.

Evaluasi : keluarga mau menemani ibu dan ibu terlihat tenang didampingi oleh keluarganya.

5. Melakukan observasi TTV observasi DJJ, nadi ibu, dan his tiap 60 menit sekali. Observasi tekanan darah dan suhu tiap 4 jam, observasi kemajuan persalinan (pembukaan dan penurunan kepala) setiap 4 jam sekali atau bila ada indikasi dan mencatat dalam lembar observasi.

Evaluasi : dilakukan pemantauan pada lembar observasi

3.2 Catatan perkembangan kala I

Tanggal/pukul : 11 April 2026/07.41 WIB

Tempat : Poned

A. DATA SUBJEKTIF

Ibu mengatakan keluar Ketuban dan mulesnya semakin sering.

B. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan keadaan umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Compos mentis

Keadaan emosi : Stabil

2. Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 110/80mmHg

Nadi : 94x/menit

Pernafasan : 22x/menit

Suhu : 36,3°C

3. Pemeriksaan fisik

a. Abdomen

- a) Kontraksi uterus : 4x10x40"
- b) DJJ : 147 x/mnt, teratur

b. Pemeriksaan genetalia

- c. Pemeriksaan Dalam: v/v porsio tipis lunak, pembukaan 8 cm, ketuban pecah jernih pukul 07.41 WIB tidak ada bagian yang menumbung, presentasi belakang kepala dengan denominator ubun-ubun kecil di arah jam 11, penurunan kepala hodge III +.

C. ANALISA

G3P2A0 parturien 39 minggu inpartu kala I fase aktif janin tunggal hidup intra uterine.

D. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu mengenai hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga
Evaluasi: Ibu dan keluarga mengerti
2. Memposisikan ibu nyaman mungkin
Evaluasi : Memposisikan ibu
3. Menganjurkan ibu untuk miring kiri
Evaluasi: Ibu melakukannya posisi miring kiri
4. Melibatkan Mengajarkan ibu untuk tehnik relaksasi jika ada his (kontraksi), dengan tarik nafas dalam lewat hidung dan buang nafas lewat mulut.
Evaluasi: Ibu mengerti dan mengikuti

5. Menyiapkan peralatan, obat-obatan dan perlengkapan ibu dan bayi.

Evaluasi: Telah disiapkan

6. Membantu ibu mengurangi nyeri dengan mengusap punggungnya

Evaluasi: Ibu merasa nyaman

3.3 Catatan perkembangan kala II

Tanggal/pukul :11 April 2026/09.05 WIB

Tempat :Poned

A. DATA SUBJEKTIF

Ibu mengatakan mulesnya semakin sering dan ibu mengatakan ingin meneran.

B. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan keadaan umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Compos mentis

Keadaan emosi : Stabil

2. Pemeriksaan fisik

- a. Abdomen

Kontraksi uterus : 5x10x45”,

DJJ : 157 x/mnt, teratur

3. Pemeriksaan genetalia

4. Pemeriksaan Dalam: v/v porsio tidak teraba, pembukaan 10 cm, ketuban (-) jernih, presentasi belakang kepala dengan denominator ubun-ubun kecil, penurunan kepala hodge IV.

C. ANALISA

G3P2A0 parturien 39 minggu inpartu kala II fase aktif janin tunggal hidup intra uterine.

D. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu mengenai hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga bahwa pembukaannya sudah lengkap, memberikan dukungan kepada ibu bahwa ibu pasti bisa melewatinya.

Evaluasi: ibu terlihat lebih tenang

2. Melakukan pertolongan persalinan kepada ibu

Evaluasi: kepala bayi lahir pukul 09.10 WIB, tidak ada lilitan tali pusat, tidak ada putaran paksi luar.

3.4 Catatan perkembangan kala II DENGAN DISTOSIA

a. Data Subjektif

Ibu mengatakan merasa lemas.

b. Data Objektif

Keadaan umum sedang, kesadaran composmentis, kepala di vulva dan tidak terjadi putaran paksi luar

c. Analisa

G3P2 A0 gravida 39 minggu inpartu kala II dengan distosia bahu.

d. Penatalaksanaan

1. Memberitahu hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga bahwa ibu mengalami distosia bahu.

Evaluasi: Ibu dan keluarga mengerti

2. Menjelaskan tindakan yang akan dilakukan sebagai penanganan pada persalinan dengan distosia bahu
Evaluasi: Ibu dan keluarga mengerti
3. Memberikan suport dan dukungan emosional kepada ibu.
Evaluasi: Ibu mengerti dan tampak tenang
4. Meminta ibu dan keluarga untuk bekerja sama dalam pertolongan persalinan
Evaluasi: Ibu dan keluarga bisa di ajak kerjasama
5. Meminta pertolongan (panggil Asisten)
Evaluasi : Penanganan dibantu Asisten dan ibu pun bersedia untuk kerja sama
6. Melakukan pertolongan persalinan dengan manuver *Mc Robert*,
Evaluasi : Bahu bayi belum berhasil di keluarkan,
7. Melakukan pertolongan persalinan dengan manuver Massanti
Evaluasi : jam 09.15 wib Bayi lahir spontan, langsung menangis, warna kulit bayi kemerahan, gerak aktif, jenis kelamin laki-laki.
8. Mengecek fundus untuk menilai ada bayi kedua atau tidak
Evaluasi : tidak ada bayi kedua
9. Menjepit, memotong dan mengikat tali pusat bayi
Evaluasi: tidak ada pendarahan di tali pusat
10. Memfasilitasi bayi untuk IMD dan memposisikan bayi seperti katak di atas perut ibu.
Evaluasi: IMD berhasil pada 60 menit

3.5 Catatan perkembangan kala III

Tanggal/Waktu : 11 April 2026/09.15 WIB

Tempat : poned

a. SUBJEKTIF

Ibu merasa senang dengan kelahiran bayinya dan masih merasa mules.

b. OBJEKTIF

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Kontraksi : Baik

Abdomen : Kontraksi Baik, TFU setinggi sepusat dan tidak teraba janin kedua, kandung kemih kosong.

Genetalia : Tampak tali pusat di vulva

Pengeluaran Darah : $\pm$ 200 cc

c. ANALISA

P3A0 inpartu kala III fisiologis

d. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan dan tindakan yang akan dilakukan

Evaluasi : Ibu sudah mengetahui

2. Melakukan manajemen aktif kala III:

a. Menyuntikan oksitosin 10 IU secara IM, di paha kiri, pukul 09.16

WIB

Evaluasi : Ibu bersedia dan telah disuntikan

b. Melakukan PTT (penegangan tali pusat terkendali)

Evaluasi: ada tanda pelepasan, plasenta lahir spontan lahir spontan pukul 09.21 WIB

c. Melakukan masase 15x dalam 15 detik

Evaluasi: Kontraksi baik keras

3. Mengecek kelengkapan plasenta

Evaluasi : plasenta lengkap

4. Melakukan informed consent KB IUD post plasenta

Evaluasi : Ibu bersedia untuk dipasang KB IUD

5. Melakukan pemasangan kb iud post plasenta

Evaluasi: terpasang

6. Mengecek luka laserasi

Evaluasi: terdapat luka laserasi derajat 1

3.6 Catatan perkembangan kala IV

Waktu : 09.22 WIB

Tempat : pond

a. SUBJEKTIF

Ibu mengeluh sedikit lemas dan merasa senang bayinya sudah lahir.

b. OBJEKTIF

Keadaan umum	: Baik
Kesadaran	: Composmentis
Tanda – tanda Vital	
TD	: 110/80 mmHg
Nadi	: 94 x/menit
Respirasi	: 22 x/menit
Suhu	: 36,3 °C
Kontraksi	: Baik / keras
TFU	: 1 jari dibawah pusat
Kandung kemih	: Kosong
Genetalia Vulva	: laserasi derajat I
Perdarahan	: ± 50 cc

c. ANALISA

P3A0 kala IV dengan laserasi derajat I

d. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan di berikan
Evaluasi: Ibu sudah mengetahui
2. Meminta infomconsent untuk melakukan penjahitan
Evaluasi: ibu menyetujui dan bersedia

3. Melakukan penjahitan pada mukosa perineum dengan tehnik satu-satu

Evaluasi : telah di lakukan jahitan dibagian kulit perineum 2, dan dibagian labia minora 3 jahitan

4. Membereskan alat

Evaluasi : Telah dibereskan

5. Memberikan kenyamanan pada ibu (mengganti baju dan celana dalam)

Evaluasi : Ibu merasa nyaman

6. Membereskan ibu dan tempat tidur

Evaluasi : Telah dibereskan dan ibu merasa nyaman

7. Mendekontaminasi alat

Evaluasi: Telah di dekontaminasikan

8. Mengobservasi TTV, KU, TFU, Kontraksi dan pendarahan, setiap 1 jam pertama dan 1 jam ke dua

Evaluasi : Terpantau dan hasil terlampir didalam lembar partograf

9. Memberikan asupan nutrisi pada ibu

Evaluasi : Ibu bersedia

10. Menjelaskan pada ibu KIE tentang vulva hygiene, perawatan bayi

Evaluasi : Ibu mengerti dan bersedia akan dilakukan

11. Menjelaskan tanda bahaya masa nifas

Evaluasi : Telah disampaikan, ibu mengerti dan sudah mengetahui

12. Melakukan pencatatan dan pendokumentasian

Evaluasi : Telah dilakukan

13. Berkolaborasi dokter untuk pemberian obat

Evaluasi : Anfis dokter Obat sudah di berikan dan ibu bersedia mengkonsumsinya. Memberikan terapi obat Fe 10 tablet 1x1, Vitamin A 200.000 IU, parasetamol 500 mg 10 tablet 3x1, amoxsilin 500 mg 10 tablet 3x1.

3.6 ASUHAN KEBIDANAN POSTNATAL CARE (PNC)

3.6.1. Asuhan Postnatal Care 6 Jam

Tanggal Pengkajian : 11 April 2026

Waktu Pengkajian : 16.00 WIB

A. DATA SUBJEKTIF

Ibu mengatakan masih terasa sedikit mulas.

B. DATA OBJEKTIF

K/U baik, TD 110/70 mmHg, N 94 x/mnt, R 22 x/mnt, S 36,5 °C, TFU 2 jari dibawah pusat, Kontraksi uterus: baik, Kandung kemih kosong, luka laserasi masih basah, Lochea: rubra

C. ANALISA

P3A0 6 jam post partum fisiologis

D. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu ibu dan keluarga hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan dilakukan.

Evaluasi : ibu dan keluarga mengerti

2. Menganjurkan ibu untuk mulai melakukan mobilisasi seperti miring kiri atau kanan, duduk, dan berjalan ke kamar mandi untuk BAK dan BAB.

Evaluasi : ibu sudah bisa duduk dan bersedia mencoba berjalan ke kamar mandi untuk BAK.

3. Memberitahu ibu cara perawatan payudara dan mengajarkan ibu cara menyusui yang benar.

Evaluasi : Ibu mengerti

4. Memberikan terapi obat Fe 10 tablet 1x1, Vitamin A 200.000 IU, parasetamol 500 mg 10 tablet 3x1, amoxsilin 500 mg 10 tablet 3x1 dengan memberikan informasi tentang cara mengkonsumsinya.

Evaluasi : Obat sudah di berikan dan ibu bersedia mengkonsumsinya.

3.6.2 Asuhan Postnatal Care 3 Hari

Hari, tanggal : Senin, 13 April 2026

Tempat : KIA Puskesmas Bl Limbangan

A. DATA SUBJEKTIF

Ibu mengatakan kondisinya sudah baik, dan tidak merasakan tanda-tanda bahaya nifas seperti demam, sakit kepala yang hebat, dan lain-lain.

B. DATA OBJEKTIF

1. Keadaan umum : Baik
2. Kesadaran umum: Composmentis
3. Pemeriksaan tanda-tanda vital

TD: 120/80 mmHg, N 94 x/mnt, R 22 x/mnt, S 36,7 °C

4. Pemeriksaan fisik

- a. Kepala : Tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan, keadaan baik dan bersih
- b. Muka : Tidak pucat dan tidak oedema
- c. Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih, fungsi penglihatan baik
- d. Hidung: Bersih, fungsi penciuman baik
- e. Mulut dan gigi : Gigi rapih, tidak ada caries dan tidak ada stomatitis
- f. Leher : Tidak ada pembengkakan kelenjar limfe dan tiroid
- g. Payudara : Tidak ada pembengkakan, tidak ada benjolan, tidak ada kemerahan, puting susu menonjol, warna kehitaman, areola hitam, ASI sudah keluar, tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa, keadaan bersih
- h. Abdomen : Tidak ada luka bekas operasi, , TFU: 3 jari di bawah pusat, Diastasis rekti 1/5 jari, kandung kemih kosong.
- i. Ekstermitas : Kaki oedema (-/-), varises (-/-), tanda homan(-/-),
- j. Genetalia : luka laserasi sudah mulai mengering, tidak berbau, dan tidak bernanah, Lochea: Rubra.

C. ANALISA

P3A0 3 hari post partum fisiologis

D. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu ibu dan keluarga hasil pemeriksaan.

Evaluasi : ibu dan keluarga mengerti

2. Memberikan konseling nutrisi ibu nifas.

Evaluasi : Ibu mengerti

3. Mengajarkan ibu senam nifas.

Evaluasi : Ibu mengerti dan sudah bisa melakukan senam nifas

4. Mengingatkan kembali ibu tentang tanda-tanda bahaya nifas.

Evaluasi : Ibu mengerti dan tidak mengalami

5. Memberikan konseling kepada ibu untuk menjaga kehangatan bayi.

Evaluasi : Ibu mengerti

6. Memberikan konseling kepada ibu untuk memberikan ASI eksklusif 2 tahun dan perawatan payudara.

Evaluasi : Ibu mengerti dan bersedia

3.7 ASUHAN KEIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR (BBL)

3.7.1 ASUHAN BBL 2 JAM

Tanggal : 11 April 2026

Jam : 11.30 WIB

A. DATA SUBJEKTIF

1. Identitas

Nama Bayi : By. R

Umur : 2 jam

Jenis kelamin : laki-laki

2. Keluhan

Ibu mengatakan bayinya sudah bisa menyusu

B. DATA OBJEKTIF

Pemeriksaan Umum

1. Keadaan umum : menangis kuat, tonus otot kuat, kulit kemerahan

2. Tanda-tanda Vital

Suhu : 36,7 °C

Frekuensi nafas : 44 x/mnt

Frekuensi jantung: 135 x/mnt\

3. Antropometri

BB: 4320gr PB: 51,5cm LK: 34cm LD:36cm LP: 25cm

4. Pemeriksaan Fisik

a. Kepala :Ubun-ubun besar belum menutup, tidak ada caput succedaneum, tidak ada caput hematoma

b. Mata :simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih.

c. Telinga : simetris, sejajar dengan mata, bersih.

d. Hidung : bersih, tidak ada pernafasan cuping hidung

e. Mulut : bibir dan langit-langit kemerahan, tidak labio skizis, tidak ada palatoskizis, tidak ada labiopalatoskizis, reflek rooting dan reflek sucking ada.

f. Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tyroid dan getah bening

g. Dada : Simetris, tidak ada sekresi mammae, dan tidak ada retraksi dinding dada.

- h. Ekstremitas : Bahu, lengan dan tangan gerakan aktif, tidak ada praktur, jumlah jari normal, refleks moro (+)
- i. Abdomen : keadaan tali pusat baik (basah, terbuka), tidak ada persarahan tali pusat dan tanda-tanda infeksi.
- j. Genetalia : testis sudah turun ke dalam scrotum, lubang uretra normal
- k. Tungkai dan kaki Gerakan aktif, jumlah jari normal, refleks babinski ada.
- l. Punggung : Tidak terdapat cekungan dan benjolan
- m. Anus :Berlubang (bayi sudah BAB)
- n. Kulit :Warna kemerahan, terdapat verniks, tidak ada tanda lahir, tidak ada kelainan.

C. ANALISA

Neonatus dengan makrosomia.

D. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu kepada ibu hasil pemeriksaan.
Evaluasi :ibu mengetahui hasil pemeriksaan bahwa bayinya sehat
2. Memberikan salep mata oxytetracycline 1%, menyuntikan vit K 1mg secara IM di 1/3 paha kiri luar
Evaluasi : dilakukan pada 1 jam bayi baru lahir
3. Memberitahu ibu cara perawatan tali pusat
Evaluasi : Ibu mengerti cara perawatan tali pusat

4. Memberikan asuhan sayang bayi, yaitu melakukan bounding attachment sedini mungkin.

Evaluasi : bayi tidur disamping ibunya

5. Memberikan bayi, imunisasi hepatitis B di paha kanan.

Evaluasi : telah diberikan

6. Memandikan bayi jam 16.00 WIB

Evaluasi : bayi sudah di mandikan

3.7.2 ASUHAN BBL 3 HARI

Hari, Tanggal : Senin, 13 April 2026

Tempat : KIA

A. DATA SUBJEKTIF

Ibu mengatakan bayinya menyusu dengan kuat dan frekuensi menyusu > 8 kali dalam sehari.

B. DATA OBJEKTIF

K/u baik, R : 48/menit, Suhu : 36,9°C, mata tidak ikterik, kulit : merah muda, Tali Pusat sudah mulai mengering, tidak ada pendarahan dan belum lepas, BAK > 6 x/hari, BAB 2 x/hari.

C. ANALISA

Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan usia 3 hari fisiologis

D. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan

Evaluasi : ibu mengerti

2. Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya setiap 2 jam, jika bayi tidur di bangunkan untuk menyusu dan menyusui secara bergantian setiap payudara

Evaluasi : ibu mengerti

3. Menganjurkan ibu untuk selalu menjaga kehangatan bayinya.

Evaluasi : ibu mengerti

4. Memandikan bayi

Evaluasi : bayi sudah di mandikan

5. Menganjurkan ibu untuk memberi ASI selama 2 tahun

Evaluasi : Ibu bersedia

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada pembahasan ini, penulis akan menjelaskan tentang kesesuaian dan kesenjangan antara teori dan praktik di lapangan, berdasarkan hasil pemeriksaan pada Ny. R yang dilakukan pada tanggal 11 April 2026. Mulai dari pengkajian hingga pelaksanaan, pengkaji menemukan masalah yaitu penyulit pada saat persalinan yaitu kesulitan pada saat melahirkan bahu. Pada pemeriksaan kehamilan sampai asuhan ibu nifas, tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktik Metode asuhan kebidanan di dokumentasikan dalam bentuk SOAP melalui pendekatan manajemen kebidanan.

4.1 Data Subjektif

Berdasarkan pengkajian data subjektif yang dilakukan pada tanggal 11 April 2026 pukul 05.40 WIB, Ny. "R" berusia 26 tahun datang ke Puskesmas BL Limbangan dengan keluhan mulas disertai keluar lendir bercampur darah sejak pukul 21.00 WIB. Ibu merupakan multigravida dengan status obstetri G3P2A0 dan usia kehamilan 39 minggu berdasarkan HPHT 12 Juli 2025. Ibu memiliki riwayat persalinan anak pertama tahun 2016 dengan berat badan 3800 gram dan anak kedua tahun 2024 dengan berat badan 3200 gram, keduanya tanpa komplikasi.

Taksiran berat badan janin (TBBJ) pada kunjungan ini adalah 3.875 gram berdasarkan rumus Johnson-Toshach: $(TFU - 11) \times 155 = (36 - 11) \times 155$. Setelah bayi lahir, berat badan aktual bayi adalah 4.320 gram, yang tergolong makrosomia (>4.000 gram). Hal ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa makrosomia merupakan faktor risiko utama terjadinya distosia bahu, di mana bayi dengan berat

lahir ≥ 4.000 gram dari ibu non-diabetes merupakan faktor risiko signifikan (Miarnasari & Dkk, 2022).

Ditinjau dari data subjektif, ibu tidak memiliki riwayat diabetes mellitus, namun memiliki berat badan sebelum hamil 71 kg dengan tinggi badan 160 cm sehingga IMT pra-hamil $27,7 \text{ kg/m}^2$ yang termasuk kategori overweight (kelebihan berat badan). Kenaikan berat badan selama kehamilan mencapai 15 kg. Kondisi ini sesuai dengan teori bahwa obesitas atau kelebihan berat badan pada ibu hamil dapat meningkatkan risiko makrosomia janin dan komplikasi intrapartum seperti distosia bahu (Natalia & Dkk, 2020). Berdasarkan rekomendasi Institute of Medicine (IOM), kenaikan berat badan yang dianjurkan bagi ibu dengan IMT berlebih adalah 7–11,5 kg, sedangkan Ny. "R" mengalami kenaikan 15 kg sehingga melebihi batas yang direkomendasikan (Dwi & Dkk, 2024).

Secara keseluruhan, data subjektif pada kasus ini sudah dikumpulkan secara komprehensif oleh penulis, meliputi identitas pasien, keluhan utama, riwayat obstetri, riwayat kehamilan sekarang, riwayat kesehatan, riwayat psikososial, dan pola kehidupan sehari-hari. Tidak terdapat kesenjangan yang bermakna antara teori dan praktik dalam pengkajian data subjektif.

4.2 Data Objektif

Pemeriksaan fisik dan penunjang dilakukan secara menyeluruh pada Ny. "R". Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital menunjukkan tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 76 x/menit, respirasi 22 x/menit, dan suhu $36,5^{\circ}\text{C}$, yang semuanya dalam batas normal. Pemeriksaan Leopold menunjukkan TFU 36 cm, Leopold I teraba bokong, Leopold II punggung di sebelah kanan, Leopold III kepala sudah

masuk PAP, Leopold IV divergen 3/5, DJJ 154 x/menit reguler, dan his 2x10x15". Pemeriksaan dalam menunjukkan pembukaan serviks 2 cm, portio tebal lunak, ketuban utuh, presentasi kepala, dan penurunan Hodge III.

Pada perkembangan kala I aktif (pukul 07.41 WIB), kontraksi menjadi 4x10x40" kuat, DJJ 147 x/menit, dan pembukaan serviks sudah 8 cm dengan penurunan kepala Hodge III+. Memasuki kala II (pukul 09.05 WIB), kontraksi 5x10x45" kuat, DJJ 157 x/menit, dan pembukaan lengkap 10 cm dengan penurunan kepala Hodge IV. Kepala bayi lahir pada pukul 09.10 WIB namun tidak terjadi putaran paksi luar secara spontan dan tampak tanda turtle sign, yang merupakan tanda khas distosia bahu.

Menurut teori, tanda-tanda distosia bahu meliputi: (1) turtle sign yaitu kepala bayi tampak tertarik kembali ke dalam setelah lahir akibat tersangkutnya bahu di simfisis pubis, (2) tidak terjadi putaran paksi luar secara spontan, dan (3) bahu anterior tersangkut di belakang simfisis pubis sehingga tubuh bayi tidak dapat lahir (Siregar, 2024). Pada kasus Ny. "R", ketiga tanda tersebut ditemukan secara bersamaan, sehingga diagnosis distosia bahu dapat ditegakkan dengan tepat dan sesuai teori.

Hasil pemeriksaan penunjang menunjukkan Hb 12 g/dl (normal), protein urine negatif, glukosa urine negatif, HBsAg non reaktif, HIV non reaktif, dan sifilis non reaktif. Bayi lahir dengan berat badan 4.320 gram yang tergolong makrosomia, panjang badan 51,5 cm, lingkar kepala 34 cm, lingkar dada 36 cm. Pemeriksaan fisik bayi menunjukkan tidak ada fraktur klavikula maupun cedera pleksus brakialis yang tampak, gerakan ekstremitas atas aktif, dan refleks moro positif. Hal ini

menunjukkan penanganan distosia bahu berhasil dilakukan tanpa komplikasi pada bayi.

4.3 ANALISA

Berdasarkan data subjektif dan objektif yang telah dikumpulkan:

1. Analisa saat datang (pukul 05.40 WIB):

G3P2A0 parturien 39 minggu inpartu kala I fase laten, janin tunggal hidup intrauterin. Penetapan analisa ini sesuai dengan teori bahwa kala I fase laten ditandai dengan kontraksi yang belum teratur, pembukaan serviks kurang dari 6 cm, serta portio masih tebal (Rifka Alkhilyatul Ma'rifat, I Made Suraharta, 2024).

2. Analisa kala I aktif (pukul 07.41 WIB):

G3P2A0 gravida 39 minggu inpartu kala I fase aktif, janin tunggal hidup intrauterin. Fase aktif ditandai dengan pembukaan 8 cm, kontraksi 4x10x40" yang teratur dan kuat. Hal ini sesuai dengan teori bahwa fase aktif dimulai dari pembukaan 6 cm hingga 10 cm dengan his yang semakin efektif.

3. Analisa kala II dengan distosia bahu:

G3P2A0 gravida 39 minggu inpartu kala II dengan distosia bahu. Penetapan analisa ini sudah tepat sesuai dengan temuan klinis berupa tidak adanya putaran paksi luar spontan dan adanya turtle sign setelah kepala bayi lahir. Menurut teori, diagnosis distosia bahu ditegakkan berdasarkan adanya turtle sign dan kegagalan mekanisme putaran paksi luar setelah kepala lahir (Siregar & Dkk, 2024).

4. Analisa kala III:

P3A0 kala III persalinan fisiologis. Setelah bayi lahir pukul 09.15 WIB, kontraksi uterus baik, terdapat tanda pelepasan plasenta, dan plasenta lahir spontan pukul 09.21 WIB. Ibu juga bersedia dipasang KB IUD post plasenta.

5. Analisa kala IV:

P3A0 kala IV dengan laserasi derajat I. Laserasi derajat I merupakan robekan yang hanya mengenai mukosa vagina atau kulit perineum dan merupakan hal yang umum terjadi pada kasus distosia bahu akibat manuver yang dilakukan saat pertolongan persalinan (Fitriani & Dkk, 2022).

6. Analisa neonatus:

Neonatus dengan makrosomia. Bayi lahir dengan berat badan 4.320 gram yang melebihi batas makrosomia (>4.000 gram). Hal ini konsisten dengan faktor risiko yang ditemukan pada ibu yaitu kelebihan berat badan dan kenaikan berat badan berlebih selama kehamilan.

4.4 Penatalaksanaan

4.4.1 Penatalaksanaan Kala I

Penatalaksanaan pada kala I meliputi pemberian informasi mengenai hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga, mengajarkan teknik relaksasi dan penggunaan gym ball, menganjurkan ibu untuk makan dan minum secukupnya, serta melibatkan suami dalam pendampingan persalinan. Observasi ketat dilakukan setiap 30 menit untuk DJJ dan his, serta setiap 4 jam untuk TTV dan kemajuan persalinan menggunakan partograf. Semua tindakan ini sesuai dengan standar asuhan persalinan normal (APN) yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan RI.

Tidak terdapat kesenjangan yang bermakna antara teori dan praktik pada penatalaksanaan kala I. Penggunaan partograf sebagai alat pemantauan kemajuan persalinan telah dilakukan sesuai pedoman. Dukungan emosional kepada ibu dan keterlibatan keluarga juga sudah sesuai dengan prinsip asuhan sayang ibu.

4.4.2 Penatalaksanaan Kala II dengan Distosia Bahu

Penanganan distosia bahu pada kasus Ny. "R" dimulai segera setelah dikenali tanda turtle sign pada pukul 09.10 WIB. Langkah pertama yang dilakukan adalah memberitahu ibu dan keluarga tentang kondisi yang terjadi, memberikan dukungan emosional, dan meminta pertolongan asisten. Selanjutnya dilakukan manuver McRoberts dengan menganjurkan ibu menarik kakinya ke arah dada selebar mungkin dengan bantuan asisten. Karena manuver McRoberts tidak berhasil mengeluarkan bahu bayi, dilakukan manuver Massanti yaitu mempertahankan posisi McRoberts sambil asisten memberikan tekanan suprapubik ke arah bawah dan sedikit ke belakang secara berkoordinasi dengan tarikan lembut namun mantap pada kepala janin oleh penolong. Bayi berhasil lahir pada pukul 09.15 WIB.

Penatalaksanaan ini sesuai dengan pedoman penanganan distosia bahu yang merekomendasikan manuver McRoberts sebagai langkah pertama. Manuver McRoberts dilakukan dengan memfleksikan paha ibu sedekat mungkin ke dada (hiperfleksi) yang bertujuan merotasi simfisis pubis ke superior dan mendatarkan kurva lumbar, sehingga memperbesar diameter outlet panggul (Miarnasari & Prijatna, 2022). Apabila manuver McRoberts gagal, langkah selanjutnya adalah tekanan suprapubik (manuver Massanti) yang dilakukan bersamaan dengan

manuver McRoberts. Kombinasi kedua manuver ini dilaporkan berhasil pada 50–80% kasus distosia bahu (Siregar & Dkk, 2024).

Pada kasus ini, bayi berhasil lahir setelah kombinasi manuver McRoberts dan Massanti, tanpa perlu melanjutkan ke manuver sekunder seperti manuver Rubin, Woods Screw, atau melahirkan lengan posterior. Total waktu dari lahirnya kepala hingga lahirnya seluruh tubuh bayi adalah 5 menit (pukul 09.10–09.15 WIB). Menurut teori, penanganan distosia bahu harus dilakukan dengan cepat karena keterlambatan lebih dari 5 menit dapat menyebabkan asfiksia neonatal akibat kompresi tali pusat dan hipoksia janin . Pada kasus ini, penanganan dilakukan tepat waktu dan bayi lahir dalam kondisi baik dengan Apgar score yang memuaskan.

Tidak ditemukan komplikasi pada bayi berupa fraktur klavikula maupun cedera pleksus brakialis, terbukti dari gerakan ekstremitas atas yang aktif dan refleks moro yang positif. Hal ini menunjukkan bahwa manuver yang dilakukan sudah tepat dan tidak memberikan traksi lateral yang berlebihan pada kepala dan leher janin yang dapat melukai pleksus brakialis (Miarnasari & Dkk, 2022).

4.4.3 Penatalaksanaan Kala III

Manajemen aktif kala III dilakukan sesuai standar, meliputi pemberian oksitosin 10 IU secara IM pada paha kiri pukul 09.16 WIB, penegangan tali pusat terkendali (PTT), dan masase uterus selama 15 detik sebanyak 15 kali setelah plasenta lahir. Plasenta lahir spontan pukul 09.21 WIB dengan kondisi lengkap dan

perdarahan ± 200 cc. Pada kala III juga dilakukan pemasangan KB IUD post plasenta setelah mendapat persetujuan (informed consent) dari ibu.

Penatalaksanaan kala III ini sesuai dengan standar manajemen aktif kala III yang bertujuan mencegah perdarahan postpartum, yang merupakan salah satu komplikasi kematian ibu terbanyak. Pada kasus distosia bahu, risiko perdarahan postpartum meningkat akibat potensi atonia uteri pasca persalinan yang berat (Hofmeyr & Dkk, 2023). Oleh karena itu, pemberian oksitosin dan observasi yang ketat sangat penting dilakukan. Tidak ditemukan komplikasi perdarahan yang bermakna pada kala III ini.

4.4.4 Penatalaksanaan Kala IV

Pada kala IV, ditemukan laserasi derajat I pada perineum. Dilakukan penjahitan dengan teknik satu-satu setelah mendapat persetujuan ibu. Laserasi derajat I adalah robekan yang hanya mengenai mukosa vagina atau kulit perineum tanpa mengenai otot (Fitriani & Dkk, 2022). Observasi tanda-tanda vital, kontraksi uterus, TFU, dan perdarahan dilakukan setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua sesuai standar partograf.

Terapi obat yang diberikan meliputi tablet Fe 10 tablet (1x1), Vitamin A 200.000 IU, parasetamol 500 mg 10 tablet (3x1), dan amoksisilin 500 mg 10 tablet (3x1) sesuai anjuran dokter. Pemberian antibiotik ini sesuai dengan pedoman untuk mencegah infeksi pascapersalinan, mengingat terdapat tindakan intervensi internal (manuver penanganan distosia bahu) dan penjahitan laserasi. KIE yang diberikan meliputi vulva hygiene, perawatan bayi baru lahir, dan tanda bahaya masa nifas.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil asuhan kebidanan yang telah dilaksanakan pada Ny. "R" G3P2A0 inpartu 39 minggu dengan distosia bahu di UPT Puskesmas BL Limbangan pada tanggal 11 April 2026, dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Data Subjektif

Pengkajian data subjektif telah dilakukan secara komprehensif. Ny. "R" berusia 26 tahun datang dengan keluhan mulas disertai keluar lendir bercampur darah. Faktor risiko distosia bahu yang teridentifikasi pada ibu antara lain berat badan berlebih (IMT 27,7 kg/m²) dan kenaikan berat badan selama kehamilan yang melebihi rekomendasi (15 kg). Tidak ada riwayat diabetes mellitus maupun distosia bahu sebelumnya.

2. Data Objektif

Pemeriksaan fisik dan penunjang dilakukan secara menyeluruh. Tanda distosia bahu berupa turtle sign dan tidak adanya putaran paksi luar spontan setelah kepala bayi lahir berhasil dikenali dengan cepat. Bayi lahir dengan berat badan 4.320 gram yang termasuk makrosomia, dan tidak ditemukan komplikasi pada bayi berupa fraktur klavikula maupun cedera pleksus brakialis.

3. Analisa

Penetapan analisa dilakukan secara tepat dan sistematis mengikuti perkembangan persalinan mulai dari kala I fase laten, kala I fase aktif, kala II dengan distosia bahu, kala III, hingga kala IV dengan laserasi derajat I. Analisa pada bayi dimulai dari neonatus dengan makrosomia hingga neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan usia 3 hari fisiologis.

4. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan distosia bahu dilakukan sesuai standar dengan menggunakan manuver McRoberts sebagai langkah pertama, dilanjutkan dengan manuver Massanti (tekanan suprapubik) yang berhasil melahirkan bayi dalam waktu 5 menit setelah kepala lahir. Asuhan kala III, kala IV, PNC ibu, dan BBL juga telah dilaksanakan sesuai dengan standar asuhan kebidanan. Tidak ditemukan komplikasi yang bermakna pada ibu maupun bayi.

5.2 Saran

a. Bagi Penulis

Diharapkan agar penulis dapat meningkatkan ilmu pengetahuan, wawasan dan keterampilan mengenai ilmu kebidanan, sehingga mampu memberikan asuhan pelayanan kebidanan yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan.

b. Bagi Institusi

Diharapkan untuk IKKHG dapat memasukkan simulasi penanganan distosia bahu ke dalam kurikulum praktikum, sehingga mahasiswa memiliki kesiapan yang lebih baik dalam menghadapi situasi kegawatdaruratan obstetri di lapangan. Penyediaan referensi terbaru mengenai manajemen distosia bahu

dan kasus kebidanan kompleks lainnya juga sangat diperlukan sebagai bahan kajian bagi mahasiswa. Laporan Tugas Akhir ini diharapkan dapat menjadi salah satu referensi yang bermanfaat bagi mahasiswa kebidanan.

c. Bagi pelayanan Kesehatan

Diharapkan instansi pelayanan kesehatan yaitu Puskesmas Bl Limbangan dapat mempertahankan kualitas layanan atau asuhan yang dilakukan terhadap pasien agar masyarakat tetap mempercayai kinerja Puskesmas sesuai standar.

DAFTAR PUSTAKA

- Alkhiatul, R., & Dkk. (2024). *Konsep Dasar Bayi Baru Lahir*.
- Bouchghoul, H., & DKK. (2023). Predictors of shoulder dystocia at the time of operative vaginal delivery: a prospective cohort study.
- Dewita, N., & Dkk. (2025). *Buku Asuhan Kebidanan Pada Persalinan Kala II*
- Dintya, Y., & Dkk. (2022). Literature Review: Komplikasi Maternal dan Neonatal Akibat Persalinan Macet.
- Dwi, Y., & Dkk. (2024). *Ibu Hamil Trimester Iii Terhadap Berat*.
- Fauziah, A., & Dkk. (2023). Pada Pertolongan Persalinan Dengan Distosia Bahu.
- Febriani, E., & Dkk. (2025). *Faktor yang Berhubungan Dengan Makrosomia*.
- Fitriani, E., & Dkk. (2022). Efektivitas Perineal Massage Dalam Menurunkan Tingkat Laserasi Perineum Pada Ibu Postpartum Primipara.
- Heinonen, K., & Dkk. (2025). Risk factors for shoulder dystocia-related brachial plexus injuries: A case-control study.
- Hitipeuw, A., & Dkk. (2025). Studi Kasus : Keputusan Operatif Pada Kasus Panggul Sempit Dengan Presentasi Kepala: Studi Kasus Seksio Sesaria.
- Hofmeyr, G., & Dkk. (2023). Novel concepts and improvisation for treating postpartum haemorrhage: a narrative review of emerging techniques.
- Indonesia, K. K. R. (2024). Profil Kesehatan Profil Kesehatan.
- Jakubowski, P., & DKK. (2025). Shoulder Dystocia Guideline of the DGGG, OEGGG and SGGG (S2k-Level, AWMF Registry No. 015/098, 10/2024).
- Konsep, A., & Kasus, D. (n.d.). *BAB II TINJAUAN PUSTAKA*.
- Miarnasari, E., & Dkk. (2022). DISTOSIA BAHU (Shoulder Dystocia).
- Natalia, R., & Dkk. (2020). Pengaruh Obesitas dalam Kehamilan Terhadap Berat Badan Janin.
- Nirnasari, M., & Dkk. (2025). Buku Patologi Persalinan.

Organization, W. H. (2026). *WHO*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

profil kesehatan 2025. (2024). Tim Penyusun Pembina Pengarah Penanggung Jawab Koordinator Anggota.

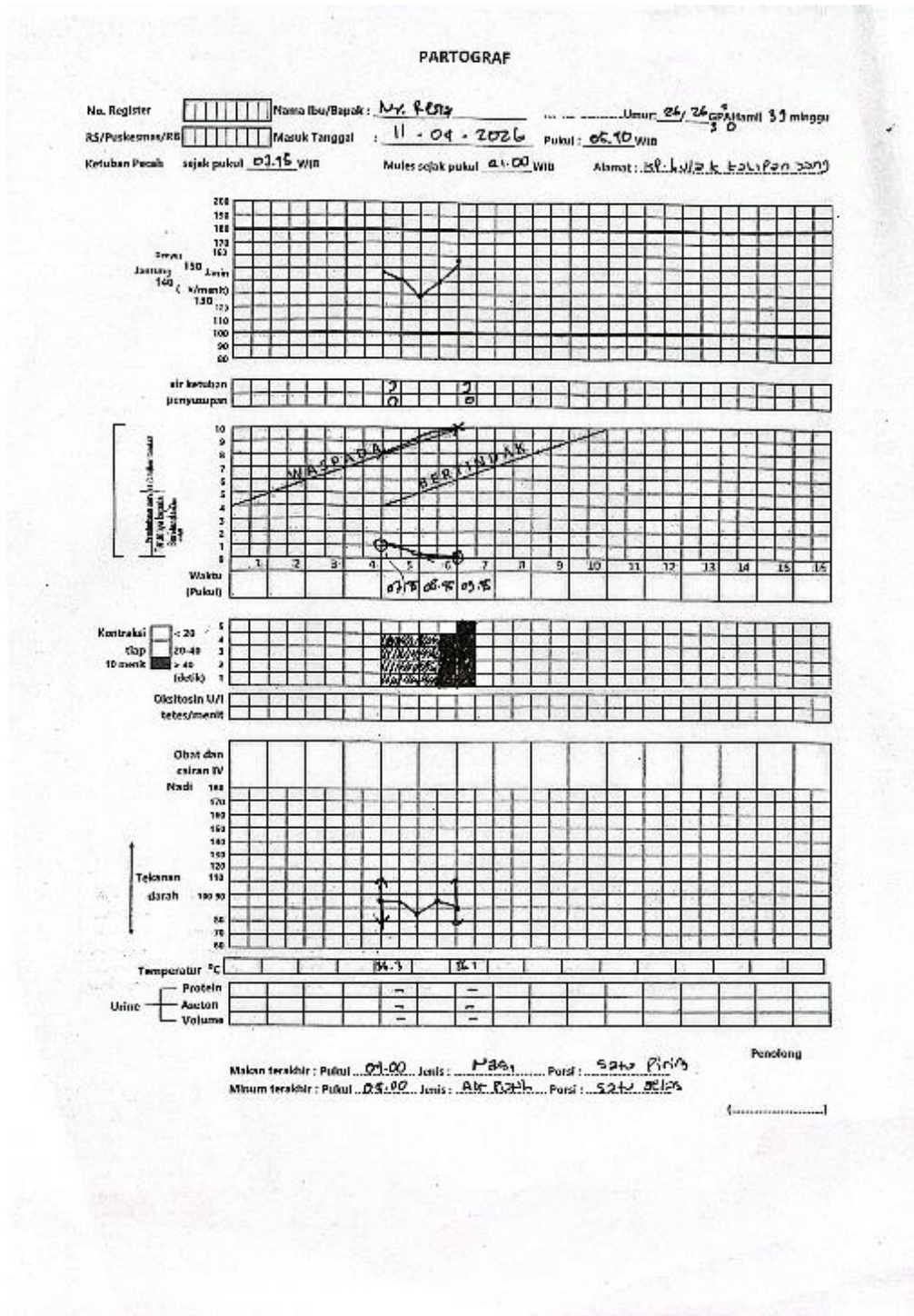
Rahmadani, A., & Dkk. (2025). Asuhan Kebidanan Persalinan Pada Ibu S G1P0a0 Dengan Laserasi Jalan Lahir.

Siregar, L., & Dkk. (2024). *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Kala Ii Dengan Distosia Bahu Terhadap Ny. N Dibpm Hermayant S. Keb Di Losung Batu Kecamatan Padangsidempuan Utara Kota Padangsidempuan*.

Tsikouras, P., & Dkk. (2024). Shoulder Dystocia: A Comprehensive Literature Review on Diagnosis, Prevention, Complications, Prognosis, and Management.

Wildatul, P., & Dkk. (2024). Studi Kasus Asuhan Kebidanan Neonatus Pada Bayi Ibu D Dengan Makrosomia.

LAMPIRAN



Gambar 1.5 partograf

Lembar partograf bagian belakang

CATATAN PERSALINAN

Tanggal : 11-09-2026
 Tempat persalinan : [] rumah ibu [X] Puskesmas [] Desa [] Lainnya
 Alamat tempat persalinan

KALA I

[X] Partograf melewati garis waspada

Perawatan yang dilaksanakan untuk masalah tersebut :

KALA II

Lama Kala II : 15 menit Episiotomi : [X] tidak [] ya. Indikasi :

Pendamping pada saat persalinan : [] suami [X] keluarga [] teman [] dukun [] tidak ada

Gawat Janin : [] miringkan Ibu ke sisi kiri [] minta Ibu menarik napas [] episiotomi

Distosia Bahu : [X] Manuver Mc Robert Ibu meranggang [] Lainnya

Perawatan yang dilaksanakan untuk masalah tersebut :

KALA III

Lama Kala III : 5 menit Jumlah Perdarahan : 200 ml

a. Pemberian Oksitosin 10 U IM < 2 menit? [X] ya [] tidak

Pemberian Oksitosin ulang (2x)? [] ya [X] tidak

b. Pernegangan tali pusat terkendali? [X] ya [] tidak

c. Masase fundus uteri? [X] ya [] tidak

Laserasi perineum derajat : 1 Tindakan : [] mengeluarkan secara manual [] merujuk

Atonia uteri : [] Kompresi bimanual interna [] Metil Ergometrin 0,2 mg IM [] Oksitosin drip

Perawatan yang dilakukan untuk masalah tersebut :

BAYI BARU LAHIR

Berat Badan : 3520 gram Panjang : 51,5 cm Jenis Kelamin : GP Nilai APGAR :

Perawatan KB 1 jam (2 x 1) : tidak ada

Bayi baru lahir pucat/biru/emas : [X] mengeringkan [X] menghangatkan [X] bebaskan jalan napas

[] sirup/sirup alif [] lain-lain, sebutkan :

Perawatan yang dilaksanakan untuk masalah tersebut :

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam ke	Pukul	Tekanan Darah	Nadi	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1	09.30	120/80	93	36.6	1 JF ↓ FH	baik	kosong	normal
	09.45	120/80	93		1 JF ↓ FH	baik	kosong	normal
	10.00	120/80	93		1 JF ↓ FH	baik	kosong	normal
	10.15	120/80	93		1 JF ↓ FH	baik	kosong	normal
2	10.45	120/80	94	36.7	2 JF ↓ FH	baik	kosong	normal
	11.15	120/80	94		2 JF ↓ FH	baik	kosong	normal

Perawatan yang dilaksanakan untuk masalah tersebut :

KIE

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



Gambar 1.7 USG

LEMBAR BIMBINGAN LTA

Judul LTA : ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. R USIA 26 TAHUN G3P2A0
PARTURIEN 39 MINGGU DENGAN DISTOSIA BAHU DI
PUSKESMAS BL LIMBANGAN

Nama Mahasiswa : EUIS SILA NURHALIMAH

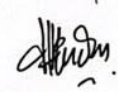
NIM : KHGB23033

Penela'ah I : Bdn. Dian Fitriyani, SST.,M.Keb

NIDN : NIP. 042039.0823.180

Penela'ah II : Titi Purwitasari H, SST.,Bdn.M.Keb

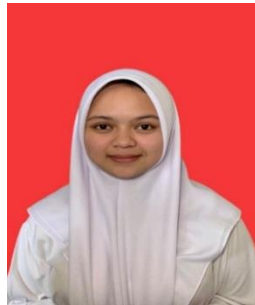
NIDN : NIP. 042039.0910.084

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Saran Penela'ah	Paraf Mahasiswa	Paraf Penela'ah
1	Rabu 29/26 07	BAB 1, III IV perbaiki	BAB 1, III IV. perbaiki	Cint -1-	
2	Rabu 01/26 07	perbaiki penulisan, ACC	perbaiki penulisan, ACC	Cint -1-	
3	Senin 06/2026 07	BAB 1, II	perbaikan di BAB 1, II Tambah materi	Cint -1-	
4	Rabu 15/2026 07	BAB III, IV	BAB III, IV diperbaiki penulisan	Cint -1-	

Gambar 1.8 Lembar bimbingan

7	16/2024 107		Ace		<i>Attam</i>
8					
9					
10					
11					
12					

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Yang bertanda tangan di bawah ini, saya menyatakan:

I. Data Pribadi

1. Nama : Euis Sila Nurhalimah
2. Umur : 22 tahun
3. Tempat, Tanggal lahir : Garut, 16 Maret 2004
4. Jenis Kelamin : Perempuan
5. Agama : Islam
6. Status : Belum Menikah
7. Alamat Rumah : Kp.Pelag, Rt.07 Rw.07 Des.Sukaresmi, Kec. Sukalilah, Kab. Garut.
8. Telepon/Hp : 083894667852

Menerangkan dengan sesungguhnya:

II. Pendidikan Formal

2011-2017: MI AL-JAMILAH

2017-2020: SMP ISLAM CIPASUNG

2020-2023: SMA ISLAM CIPASUNG

Demikianlah Daftar Riwayat Hidup ini saya buat dengan sebenarnya dan dapat dipertanggung jawabkan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.