

**ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN PADA NY. S USIA 24
TAHUN G2P1A0 PARTURIEN 39-40 MINGGU
KALA II DENGAN DISTOSIA BAHU
DI PUSKESMAS CIKAJANG**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Menyelesaikan Program Studi D3 Kebidanan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Karsa Husada Garut

**SEPTYANA FUTRY
KHG.B20008**



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI D3 KEBIDANAN
2023**

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa

1. Karya tulis ilmiah ini asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik (Amd. Keb) baik dari STIKes karsa husada garut maupun dari perguruan tinggi lain.
2. Karya tulis ilmiah ini murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri tanpa bantuan dari pihak lain kecuali arahan dari Tim pembimbing.
3. Dalam karya tulis ilmiah 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 kemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh melalui karya ini, serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di STIKes Karsa Husada Garut.

Garut, Mei 2023

Yang membuat pernyataan



Septyana Futry
KHG.B20008

LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN NY. S USIA
24 TAHUN G2P1A0 39-40 MINGGU INPARTU KALA II
DENGAN DISTOSIA BAHU DI PUSKESMAS CIKAJANG**
NAMA : SEPTYANA FUTRY
NIM : KHGB20008

KARYA TULIS ILMIAH

KTI ini telah disetujui untuk disidangkan diharapkan dihadapan
Tim Penguji Program Studi D3 Kebidanan
STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Mei 2023

Menyetujui,

Pembimbing



Titi Purwitasari SST., Bdn., M.Keb
NIK. 043.298.0910.084

Mengetahui,

Ketua Program Studi D3 Kebidanan



Hj. Esa Risi Suazini, AM. Keb., S.KM., M.KM
NIK: 043.298.1004.031

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN NY. S USIA
24 TAHUN G2P1A0 39-40 MINGGU INPARTU KALA II
DENGAN DISTOSIA BAHU DI PUSKESMAS CIKAJANG**
NAMA : SEPTYANA FUTRY
NIM : KHGB20008

KARYA TULIS ILMIAH

KTI ini telah disidangkan dihadapan Tim Penguji
Program Studi D3 Kebidanan STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Mei 2023

Menyetujui,

Pembimbing : Titi Purwitasari H, SST., Bdn., M.Keb (.....)
NIK: 043.298.0910.084

Penguji I : Lina Humaeroh, SST., M.Kes (.....)
NIK: 043.298.1109.064

Penguji II : Naning Suryani, M.Keb (.....)
NIK: 043.298.1110.087

Mengetahui,

Ketua Program Studi D3 Kebidanan



Hj. Esa Risi Suazini, AM.Keb.,MKM
NIK. 043.298.1004.031

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur dipanjatkan kehadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang sederhana ini yang berjudul “Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Ny. S Usia 24 Tahun G2P1A0 39-40 Minggu Inpartu Kala II Dengan Distosia Bahu Di Puskesmas Cikajang”. Karya tulis ilmiah ini dibuat untuk memenuhi salah satu syarat guna mencapai gelar Ahli Madya Kebidanan (Amd.Keb) di STIKes Karsa Husada Garut. Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini penulis menyadari sepenuhnya akan segala kesalahan dan kekurangan, baik dalam penggalan materi maupun bahasanya, karya tulis ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu kritik dan saran yang bersifat membangun sangat penulis harapkan demi menyempurnakan karya tulis ilmiah ini agar menjadi jauh lebih baik

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini tidak terlepas dari bantuan, pengarahan dan dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada yang terhormat:

1. DR. H. Hadiat MA, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut
2. H. Suryadi, S.E., M.Si., Selaku Ketua Pengurus Yayasan Dharma Stikes Karsa Husada Garut
3. H.Engkus Kusnadi, S.Kep., M,Kes selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut

4. Hj. Esa Risi Suazini, AM.Keb., M.K.M selaku Ketua Prodi D3 Kebidanan STIKes Karsa Husada Garut
5. Titi Purwitasari SST., Bdn., M. Keb Selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan saran
6. Yanti Solihati SST, selaku pembimbing lapangan yang telah sabar membimbing penulis dan telah memberikan arahan dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Seluruh dosen pengajar dan staf perpustakaan yang turut membantu menyediakan sumber data relevan yang diperlukan.
8. Ny. S dan keluarga yang bersedia bekerjasama dan bersilaturahmi dengan saya sebagai penulis.
9. Rekan-rekan mahasiswa D3 Kebidanan yang telah memberikan dorongan baik moral maupun spiritual.
10. Semua pihak yang telah membantu baik moril maupun materil yang tidak dapat penulis tuliskan satu-persatu.

Mudah-mudahan segala kebaikan dan bantuan yang ikhlas yang telah dierikan kepada penulis dibalas oleh Allah SWT, akhir penulis berharap semoga laporan ini bermanfaat bagi semua pihak, Aamiin yaallah yarobbal alamin.

Garut, Mei 2023

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERNYATAAN	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR GAMBAR.....	viii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan Penulisan	4
1.2.1 Tujuan Umum	4
1.2.2 Tujuan Khusus	4
1.2.3 Metode Pengumpulan Data	5
1.3 Waktu dan Tempat Penelitian	6
1.4 Manfaat Penelitian	6
1.4.1 Manfaat bagi penulis.....	6
1.4.2 Manfaat bagi intitusi Pendidikan	6
1.4.3 Manfaat Bagi Lahan Praktik	7
BAB II TINJAUAN TEORI.....	8
2.1 Asuhan Persalinan	8
2.1.1 Definisi.....	8
2.1.2 Tanda-tanda Persalinan	8
2.1.3 Jenis-jenis Persalinan	9
2.1.4 Tahap Persalinan	9
2.1.5 Tujuan Asuhan Persalinan	12
2.1.6 Faktor-faktor yang mempengaruhi.....	12
2.1.7 Mekanisme Persalinan	14
2.2 Distosia Bahu	16
2.2.1 Pengertian	16
2.2.2 Etiologi.....	16
2.2.3 Diagnosis.....	18
2.2.4 Patofisiologi	19
2.2.5 Komplikasi	19

2.2.6	Penyebab Distosia Bahu.....	20
2.2.7	Syarat Dilakukan Persalinan Pervaginam	20
2.2.8	Penatalaksanaan	21
2.3	ALARME Distosia Bahu.....	25
2.4	Telaah Jurnal	27
2.5	SOP/Protap Puskesmas Ci Kajang.....	29
2.6	Model Pendokumentasian Asuhan Kebidanan.....	31
2.6.1	Pengertian Dokumentasi	31
2.6.2	Tujuan Pendokumentasian	32
2.6.3	Prinsip-prinsip Pendokumentasian.....	32
2.6.4	Model Dokumentasi Asuhan Kebidanan	33
BAB III	TINJAUAN KASUS.....	35
3.1	Asuhan Kebidanan Persalinan.....	35
3.1.1	KALA I FASE AKTIF	35
3.1.2	KALA II.....	43
3.1.3	KALA III	46
3.1.4	KALA IV	47
3.2	Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir	49
3.2.1	Bayi Baru Lahir Usia 2 Jam	49
3.3	Asuhan Kebidanan Post Partum.....	52
3.3.1	Post Partum 2 Jam.....	52
BAB IV	PEMBAHASAN	54
4.1	Data Subyektif.....	54
4.2	Data Objektif.....	55
4.3	Analisa	57
4.4	Penatalaksanaan	58
4.5	Pendokumentasian	61
4.6	Matrik.....	63
BAB V	KESIMPULAN DAN SARAN.....	65
5.1	Kesimpulan	65
5.2	Saran.....	66
DAFTAR PUSTAKA.....		67

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 <i>Manuver Mc.Robert</i>	22
Gambar 2.2 <i>Manuver Massanti</i>	23
Gambar 2.3 <i>Manuver Rubin</i>	23
Gambar 2.4 <i>Manuver Woods Crokscrew</i>	24
Gambar 2.5 <i>Manuver Schwartz Dickson</i>	24
Gambar 2.6 <i>Knee Chest Position</i>	25

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Angka Kematian Ibu (AKI) didunia pada tahun 2020 adalah 223 per 100.000 kelahiran hidup. Sebanyak 287.000 jiwa meninggal selama dan setelah kehamilan dan persalinan. Hampir 95% dari semua kematian ibu terjadi di negara berpenghasilan rendah dan menengah kebawah sekitar 430 per 100.000 kelahiran hidup dibandingkan 12 per 100.000 kelahiran hidup di negara berpenghasilan tinggi. Angka kematian ibu hampir 75% disebabkan karena pendarahan hebat, infeksi, tekanan darah tinggi saat kehamilan (pre-eklamsia dan eklamsi) komplikasi dari persalinan dan aborsi yang tidak aman. Angka kematian ibu menjadi target global *Sustainable Development Goals* (SDGs) dalam menurunkan angka kematian ibu (AKI) menjadi 70 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030. (WHO, 2023)

Kementerian Kesehatan RI (Kemenke) mencatat Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia tahun 2022 berkisar 305 per 100.000 kelahiran hidup dari target 183 per 100.000 pada 2024. Jumlah kematian ibu di Indonesia pada tahun 2021 yaitu sebanyak 7.389 kasus. Berdasarkan penyebab, sebagian besar kematian ibu pada tahun 2021 terkait COVID-19 sebanyak 2.982 kasus, perdarahan sebanyak 1.330 kasus, dan hipertensi dalam kehamilan sebanyak 1.077 kasus. (Kemenkes RI, 2023)

Angka Kematian Ibu (AKI) di Jawa Barat sebesar 7,5% per tahun akan meningkatkan AKI menjadi 151 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2024. Jumlah kematian ibu pada tahun 2021 sebanyak 1.188 kasus. Dengan kematian terbanyak disebabkan oleh Covid-19 sebesar 40% pada tahun 2021. (Dinkes Jabar, 2022)

Angka Kematian Ibu (AKI) di Kabupaten Garut pada tahun 2022 terjadi 59 kasus, mengalami penurunan sekitar 47.52% dibandingkan dengan tahun 2021 yaitu di angka 112 kasus. (Pemdakab Garut, 2023) Di UPT Puskesmas Cikajang dalam satu tahun terakhir terdapat 4 kasus distosia bahu. (UPT Puskesmas Cikajang)

Berdasarkan data *Sampling Registration System* (SRS) tahun 2018. kematian ibu terjadi di fase persalinan dan pascasalin yaitu sekitar 76%. Persentasi pada masa kehamilan sekitar 24%, pada masa persalinan 36% dan 40% pada pascasalin. Yang mana lebih dari 62% kematian Ibu dan Bayi terjadi di rumah sakit. Pada masa persalinan merupakan masa dimana terjadinya persentase kematian terbanyak kedua setelah pascasalin. (Kemenkes RI, 2020)

Pada persalinan dapat terjadi penyulit yaitu *Cephalopelvic disproportion* (CPD), Gawat janin (*fetal distress*), Sungsang, Distosia Bahu, dan lain-lain. Salah satu penyulit persalinan yaitu distosia bahu. (Ariani, 2022)

Distosia bahu merupakan salah satu komplikasi persalinan persalinan dan kegawatdaruratan obstetri yang jarang, tetapi berbahaya bagi ibu dan

janin. Angka kejadian distosia bahu berkisar 0,6-1,4% terjadi pada bayi dengan berat badan 2500-4000 gram, dan menjadi 5-9% pada bayi dengan berat badan 4000-4500 gram dari ibu tanpa diabetes. (Miarnasari dan Prijatna, 2022)

Faktor risiko yang dapat menyebabkan distosia bahu meliputi usia kehamilan 3,17-31,87%, riwayat melahirkan makrosomia 1,08-35,89%, kenaikan BB ibu saat hamil 1,75-19,08%, usia ibu 2,62-17-70%, peritas 1,56-10,82%, dan riwayat diabetes pada ibu 0,39-7,83% (Fajariyana, 2020).

Menurut hasil penelitian yang di lakukan oleh Miarnasari (2022) Komplikasi distosia bahu dapat terjadi pada janin meliputi cedera pleksus brakialis 1-20%, fraktur tulang panjang, asfiksia, hingga kematian perinatal. Sedangkan komplikasi yang dapat terjadi pada ibu antara lain berupa laserasi, perdarahan, dan stress psikologis.

Menurut hasil penelitian yang di lakukan oleh Politi (2010) tentang distosia bahu yang dapat menimbulkan komplikasi pada ibu diantaranya pendarahan postpartum, episiotomi atau lastrasi drajat III atau IV, pemisahan simpisis atau diastasis, dengan atau tanpa neuropati, femoralis sementara, fistula rekto-vagina, ruptur uterus. Sedangkan komplikasi pada janin diantaranya kelumpuhan pleksus brakhialis, kematian janin, hipoksia janin, dengan atau tanpa kerusakan neurologis permanen, fraktur klavikula dan humerus. (Politi, 2010)

Dampak yang terjadi apabila bidan tidak menangani distosia bahu akan menyebabkan kondisi kegawatdaruratan yang menimbulkan

peningkatan angka morbiditas dan mortalitas. Upaya bidan untuk mencegah terjadinya kasus ini bidan harus bisa mendeteksi secara dini penyulit pada keterampilan ibu dalam bersalin dan memberikan mempunyai pengetahuan pelayanan dan kegawatdaruratan, sehingga komplikasi dapat terdeteksi lebih dini dan dapat ditangani dengan mengupayakan agar pertolongan persalinan dilakukan oleh tenaga kesehatan khususnya bidan. Termasuk penanganan kegawatdaruratan dengan distosia bahu. Berdasarkan uraian latar belakang diatas maka penulis mengambil kasus permasalahan dengan judul "**ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIAN PADA NY. S USIA 24 TAHUN G2P1A0 PARTURIEN 39-40 MINGGU KALA II DENGAN DISTOSIA BAHU DI PUSKESMAS CIKAJANG**".

1.2 Tujuan Penulisan

1.2.1 Tujuan Umum

Melaksanakan Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Ny. S Usia 24 Tahun G₂P₁A₀ Parturien 39-40 Minggu dengan Distosia Bahu Di Puskesmas Cikajang Garut dengan pendokumentasian dalam bentuk SOAP.

1.2.2 Tujuan Khusus

- a) Melakukan pengkajian data subjektif pada Ibu Bersalin Ny. S Usia 24 Tahun G₂P₁A₀ parturien 39-40 minggu dengan Distosia Bahu Di Puskesmas Cikajang Kabupaten Garut

- b) Melakukan pengkajian data objektif pada Ibu Bersalin Ny. S Usia 24 Tahun G₂P₁A₀ parturien 39-40 minggu dengan Distosia Bahu Di Puskesmas Cikajang Kabupaten Garut
- c) Menegakan Analisa berdasarkan dari data subjektif dan data objektif pada Ibu Bersalin Ny. S Usia 24 Tahun G₂P₁A₀ parturien 39-40 minggu dengan Distosia Bahu Di Puskesmas Cikajang Kabupaten Garut
- d) Melakukan penatalaksanaan pada Ibu Bersalin Ny. S Usia 24 Tahun G₂P₁A₀ parturien 39-40 minggu dengan Distosia Bahu Di Puskesmas Cikajang Kabupaten Garut
- e) Melakukan pendukentasian dalam bentuk SOAP pada Ibu Bersalin Ny. S Usia 24 Tahun G₂P₁A₀ parturien 39-40 minggu dengan Distosia Bahu Di Puskesmas Cikajang Kabupaten Garut

1.2.3 Metode Pengumpulan Data

Penelitian tentang, “Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Ny. S Usia 24 Tahun G₂P₁A₀ parturien 39-40 minggu dengan Distosia Bahu Di Puskesmas Cikajang Kabupaten Garut Tahun 2023” ini disusun dalam bentuk studi kasus yang didapat berdasarkan keadaan dan situasi yang nyata serta tertuju pada pemecahan masalah. Teknik pengumpulan data di mulai dengan mencari informasi dari buku-buku, jurnal dan internet yang terkait dengan asuhan ibu bersalin dengan distosia bahu. Adapun asuhan yang diberikan kepada ibu bersalin Ny. S yaitu menggunakan model dokumentasi dalam bentuk catatan

perkembangan karena bentuk asuhan yang diberikan berkesinambungan dan menggunakan proses yang terus-menerus dengan menggunakan subjektif, objektif, Analisa, dan penatalaksanaan (SOAP) yang merupakan salah satu metode pendokumentasian dalam asuhan kebidanan.

1.3 Waktu dan Tempat Penelitian

Waktu pengkajian dilakukan pada tanggal 2 Maret 2023. Adapun tempat pengkajian dilakukan di Puskesmas Cikajang Kabupaten Garut.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat bagi penulis

Dengan melakukan asuhan diharapkan mahasiswa lebih memahami bagaimana cara memberikan asuhan kegawatdaruratan maternal khususnya mengenai distosia bahu dan mempelajari kesenjangan yang terjadi dilapangan terutama dalam penanganan distosia bahu pada ibu bersalin.

1.4.2 Manfaat bagi intitusi Pendidikan

Dapat memberikan gambaran atau referensi bagi mahasiswa terutama pada asuhan kebidanan kegawat daruratan maternal dan penanganan awal khususnya pada kasus distosia bahu.

1.4.3 Manfaat Bagi Lahan Praktik

Diharapkan dapat menjadi bahan masukan untuk meningkatkan mutu pelayanan dan mempersiapkan diri dalam melakukan pelayanan kegawatdaruratan, serta memberikan masukan dalam meningkatkan kualitas pelayanan asuhan kebidanan pada kegawatdaruratan maternal khususnya distosia bahu.

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Asuhan Persalinan

2.1.1 Definisi

Persalinan merupakan kontraksi uterus yang teratur yang menyebabkan penipisan dan dilatasi serviks sehingga hasil konsepsi dapat keluar dari uterus. Persalinan dikatakan normal apabila usia kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), persalinan terjadi secara spontan dengan presentasi belakang kepala, berlangsung tidak lebih dari 18 jam dan tidak ada komplikasi pada ibu maupun janin. (R Asmar - Khidmah, 2023)

2.1.2 Tanda-tanda Persalinan

Menurut kemenkes RI 2021, Tanda persalinan yaitu:

1. Kekuatan his makin sering terjadi dan teratur dengan jarak kontraksi yang semakin pendek
2. Dapat terjadi pengeluaran pembawa tanda (pengeluaran lendir, lendir bercampur darah)
3. Dapat disertai ketuban pecah
4. Pemeriksaan dalam dijumpai perubahan serviks (perlunakan, pendataran, dan pembukaan serviks)

2.1.3 Jenis-jenis Persalinan

Berdasarkan proses berlangsungnya persalinan dapat dibedakan menjadi:

1. Persalinan Spontan

Proses persalinan yang seluruhnya berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri

2. Persalinan Buatan

Proses persalinan dengan bantuan tenaga dari luar

3. Persalinan Anjuran

Proses persalinan yang terjadi ketika bayi sudah cukup mampu bertahan hidup diluar rahim atau siap dilahirkan. Tetapi, dapat muncul kesulitan dalam proses persalinan, sehingga membutuhkan bantuan rangsangan dengan pemberian pitocin atau prostaglandin (Hutagaol, 2022).

2.1.4 Tahap Persalinan

- a. Persalinan kala I

Kala satu persalinan dimulai sejak terjadinya konsepsi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap (10cm), pada primigravida berlangsung sekitar 13 jam, sedangkan pada multigravida sekitar 7 jam.

Kala satu persalinan terbagi menjadi dua fase, yaitu:

- 1) Fase laten pada kala satu persalinan

- a) Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks bertahap
- b) Berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4 cm
- c) Pada umumnya, fase laten berlangsung hampir atau hingga 8 jam

2) Fase aktif pada kala I persalinan

- a) Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap terjadi 3 kali atau lebih dalam waktu 10 menit
- b) Pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm per jam pada primigravida atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm pada multipara
- c) Terjadi penurunan bagian terbawah janin (Hutagaol, 2022)

b. Persalinan Kala II

Dimulai dari permukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan 30 menit sampai 1 jam pada multigravida. Pada kala ini his menjadi lebih kuat dan cepat kurang lebih 2-3 menit sekali. Gejala dan tanda-tanda kala II persalinan yaitu:

- 1) Ibu merasa ingin meneran bersama dengan terjadinya kontraksi

- 2) Ibu merasa adanya peningkatan tekanan pada *rectum* dan *vaginanya*
- 3) *Perinium* menonjol
- 4) *Vulva-vagina* dan *sfinder ani* membuka
- 5) Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah

c. Persalinan Kala III

Dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Setelah bayi lahir uterus teraba keras dengan fundus uteri agak di atas pusat. Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya.

Tanda-tanda pelepasan plasenta:

- 1) Perubahan bentuk dan tinggi uterus
- 2) Tali pusat memanjang
- 3) Semburan darah

d. Kala IV

Kala IV yaitu kala pengawasan atau pemantauan, pemantauan kala IV dilakukan 2-3 kali dalam 15 menit pertama, setiap 15 menit pada 1 jam pertama, dan setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan (Hutagaol, 2022).

2.1.5 Tujuan Asuhan Persalinan

Untuk menjaga kelangsungan hidup dan memberikan derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui upaya yang terintegrasi dan lengkap tetapi dengan intervensi yang seminimal mungkin agar prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang diinginkan (optimal) (Yulizawati dkk, 2019).

2.1.6 Faktor-faktor yang mempengaruhi

1. *Power* (tenaga)

Merupakan kekuatan yang mendorong janin untuk lahir. Dalam proses kelahiran bayi terdiri dari 2 jenis tenaga, yaitu primer dan sekunder.

- a. Primer: berasal dari kekuatan kontraksi uterus (his) yang berlangsung sejak muncul tanda-tanda persalinan hingga pembukaan lengkap.
- b. Sekunder: usaha ibu untuk mengejan yang dibutuhkan setelah pembukaan lengkap.

2. *Passenger* (janin)

Faktor janin, yang meliputi berat janin, letak janin, posisi sikap janin (habilitus), serta jumlah janin. Pada persalinan normal yang berkaitan dengan passenger antara lain: janin bersikap fleksi dimana kepala, tulang punggung, dan kaki berada dalam keadaan fleksi, dan lengan bersilang di dada. Taksiran berat janin normal adalah 2500-4000 gram dan DJJ normal yaitu 120-160x/menit.

3. *Passage* (jalan lahir)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yaitu bagian tulang padat, dasar panggul, vagina dan introitus vagina (lubang luar vagina). Meskipun jaringan lunak, khususnya lapisan-lapisan otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi, tetapi panggul ibu jauh lebih berperan dalam proses persalinan. Oleh karena itu, ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai.

4. Psikis ibu bersalin

Persiapan psikologis sangat penting dalam menjalani persalinan. Jika seorang ibu sudah siap dan memahami proses persalinan maka ibu akan mudah bekerjasama dengan petugas kesehatan yang akan menolong persalinannya. Dalam proses persalinan normal, pemeran utamanya adalah ibu yang disertai dengan perjuangan dan upayanya. Sehingga ibu harus meyakini bahwa ia mampu menjalani proses persalinan dengan lancar.

5. Penolong persalinan

Petugas kesehatan yang mempunyai legalitas dalam menolong persalinan, antara lain: dokter, bidan, perawat maternitas dan petugas kesehatan yang mempunyai kompetensi dalam pertolongan persalinan, menangani kegawatdaruratan serta melakukan rujukan jika diperlukan. Pemilihan penolong persalinan merupakan faktor yang menentukan terlaksananya

proses persalinan yang aman. Hal tersebut dilakukan oleh bidan dengan memperhatikan syarat lahir secara pervaginam terpenuhi yaitu, kondisi vital ibu cukup memadai sehingga dapat bekerja sama untuk menyelesaikan persalinan, masih memiliki kemampuan untuk mengedan, jalan lahir dan pintu bawah panggul memadai untuk akomodasi bayi, bayi masih hidup atau diharapkan dapat bertahan hidup, bukan kelainan kongenital yang menghalangi keluarnya bayi (Aprilia, 2020).

2.1.7 Mekanisme Persalinan

1. Penurunan kepala

Pada primigravida, masuknya kepala terjadi pada hamil trimeser III (36 minggu) disusul dengan turunya kepala. Sedangkan pada multigravida biasanya baru terjadi pada permulaan persalinan. Masuknya kepala ke dalam PAP, sutura sagitalis melintang dan dengan fleksi yang ringan. Asinklitismus yaitu bila sutura sagitalis terdapat di tengah-tengah jalan lahir tepat diantara symphysis dan promontorium . Posisi asinklitismus terbagi dua:

1) Asinklitismus posterior

Sutura sagitalis mendekati symphysis dan os. Parietal belakang lebih rendah dari os. parietal depan.

2) Asinklitismus anterior

Sutura sagitalis mendekati promontorium sehingga os. parietal depan lebih rendah daripada os. parietal belakang

2. Fleksi

Dengan adanya fleksi, diameter suboccipito bregmatika (9,5 cm) menggantikan diameter suboccipito frontalis (11 cm). Tujuannya untuk menyesuaikan penurunan kepala terhadap jalan lahir.

3. Rotasi dalam (Putar paksi dalam)

Pemutaran dari bagian depan sehingga bagian terendah janin memutar ke depan ke bawah symphysis dan menyelesaikan dengan jalan lahir.

4. Ekstensi

Upaya dari kepala janin untuk menyesuaikan dengan jalan lahir dengan cara kepala tengadah. Maka lahirlah berturut-turut dari ubun-ubun besar, dahi, hidung, mulut, dan dagu bayi dengan gerakan ekstensi.

5. Rotasi luar

Kepala yang sudah lahir mengalami restitusi yaitu kepala bayi memutar kembali ke arah punggung janin untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam dan bahu akan menyesuaikan diri dengan bentuk panggul.

6. Ekspulsi

Setelah paksi luar, bahu depan sampai dibawah symphysis dan menjadi hypomochlion untuk kelahiran bahu belakang. Setelah

kedua bahu bayi lahir, selanjutnya seluruh badan bayi dilahirkan searah dengan sumbu jalan lahir (Yulizawati dkk, 2019).

2.2 Distosia Bahu

2.2.1 Pengertian

Distosia bahu adalah suatu kondisi kegawatdaruratan obstetri pada persalinan pervaginam dimana bahu janin gagal lahir secara spontan setelah lahirnya kepala janin. Bahu depan bayi terperangkap di tulang pubis ibu. Persalinan kepala biasanya diikuti dengan kelahiran bahu dalam 24 detik, jika persalinan bahu lebih dari 60 detik dianggap distosia bahu. (Miarnasari dan Prijatna, 2022)

Distosia bahu adalah kelahiran kepala janin dengan bahu anterior macet diatas sacral promontory karena itu tidak bisa lewat masuk ke dalam panggul, atau bahu tersebut bisa lewat promontorium, tetapi mendapat halangan dari tulang sacrum (Aderibigbe, 2018).

2.2.2 Etiologi

1. Ibu mengalami diabetes militus. Kemungkinan terjadi makrosomia pada janin. Makrosomia adalah bayi yang besar sehingga dapat menimbulkan kesulitan pada saat persalinan bahu. Perhitungan berat bayi absolute diatas 4000 gram, khususnya untuk Indonesia sudah dapat dianggap bayi dengan makrosomia.
2. Adanya janin besar pada riwayat persalinan terdahulu.

3. Riwayat kesehatan keluarga ibu kandung ada riwayat diabetes militus.
4. Ibu mengalami berat badan berlebih sehingga ruang gerak janin ketika melewati jalan lahir lebih sempit karena adanya jaringan berlebih pada jalan lahir dibanding ibu yang tidak mengalami obesitas. Menurut Metha SH (2021) untuk ibu dengan berat badan berlebih (over-weight), kenaikan BB yang dianjurkan adalah antara 7-11,5 kg.
5. Riwayat janin tumbuh terus dan bertambah besar setelah kelahiran.
6. Hasil USG mengidentifikasikan adanya makrosomia/janin besar. Dengan ditemukannya diameter biakromia pada bahu lebih besar dari pada diameter kepala.
7. Adanya kesulitan pada riwayat persalinan yang terdahulu.
8. Terjadi *Cephalo Pelvic Disproportion* (CPD) yaitu adanya ketidaksesuaian antara kepala dan panggul yang diakibatkan karena:
 - a. Diameter anteroposterior panggul di bawah ukuran normal.
 - b. Abnormalitas panggul sebagai akibat dari infeksi tulang panggul (rakhitis) dan kecelakaan.
 - c. Fase aktif yang lebih panjang dari keadaan normal. Fase aktif yang memanjang menandakan adanya CPD.

- d. Penurunan kepala sangat lambat atau sama sekali tidak terjadi penurunan kepala.
- e. Mekanisme persalinan tidak terjadi rotasi dalam (putaran paksi dalam) sehingga memerlukan tindakan forseps atau vakum. Hal ini menunjukkan adanya CPD dan mengidentifikasi pertimbangan dilakukan seksiosesaria (Davis, 2022).

2.2.3 Diagnosis

Tanda klinis terjadinya distosia bahu meliputi:

1. Meski sudah berusaha sekuat tenaga dan gerakan yang tepat, traksi pada kepala bayi tidak mampu melahirkan bahu yang masih berada di kranial simfisis pubis.
2. Bayi tidak dapat dilahirkan karena bahu tertahan, tetapi kepala bayi telah lahir.
3. Kepala bayi telah lahir, tetapi tetap menekan vulva dengan kencang.
4. Daggu tertarik dan menekan perineum.
5. *Turtle sign* adalah kepala bayi tiba-tiba masuk ke dalam perineum ibu setelah keluar dari vagina. Pipi bayi yang menonjol menyerupai kepala kura-kura yang kembali ke cangkangnya. Penarikan kepala bayi dilakukan karena bahu depan bayi terperangkap di tulang pubis ibu, sehingga mencegah kelahiran tubuh bayi (Miarnasari dan Prijatna, 2022).

2.2.4 Patofisiologi

Menurut Gunawan (2021), distosia bahu disebabkan oleh ketidak sejajaran antara bahu bayi dan panggul ibu. Dalam persalinan normal, setelah kepala janin dikeluarkan, terjadi rotasi eksternal, diikuti dengan penurunan bahu janin. Bahu depan janin akan muncul di bawah ramus pubis. Distosia bahu adalah salah satu distosia yang paling sering dilaporkan, biasanya terjadi ketika simfisis pubis ibu menghalangi bahu depan janin. Selain itu, dapat juga disebabkan oleh impaksi bahu posterior pada promontorium sakrum ibu. Akibat bahu yang terhalang, kepala bayi tertarik ke belakang ke perineum ibu, yang disebut sebagai tanda turtel sign. Tanda ini adalah kepala bayi yang seperti kura-kura menarik kepalanya kembali ke dalam cangkangnya (Aprilia, 2021).

2.2.5 Komplikasi

1. Pada janin
 - a. Fraktur tulang klavikula dan humerus
 - b. Cedera pleksus brahialis
 - c. Asfiksia
 - d. Hipoksia dapat menyebabkan kerusakan permanen di otak
 - e. Kematian janin
2. Pada ibu
 - a. Lacerasi derajat 4 dan infeksi serta terdapat pistula
 - b. Truma kandung kemih

- c. Pendarahan karena atonia uteri dan robekan jalan lahir
- d. Pemisahan simfisis atau diatesis, dengan atau tanpa neuropati femoralis sementara
- e. Ruptur uteri (Miarnasari dan Prijatna, 2022)

2.2.6 Penyebab Distosia Bahu

- 1. Riwayat distosia bahu sebelumnya
- 2. Usia ibu > 35 tahun
- 3. Maksrosomia
- 4. Diabetes
- 5. IMT
- 6. Disporporosi sefalovelpik relative
- 7. Induksi persalinan
- 8. Kehamilan post-term (Miarnasari dan Prijatna, 2022)

2.2.7 Syarat Dilakukan Persalinan Pervaginam

Syarat distosia bahu untuk dilakukan persalinan pervaginam syarat yang harus terpenuhi

- 1. Kondisi vital ibu cukup memandai sehingga dapat bekerja sama untuk menyelesaikan persalinan.
- 2. Masih memiliki kemampuan untuk mengedan.
- 3. Jalan lahir dan pintu bawah panggul memadai untuk akomodasi bayi.
- 4. Bayi masih hidup atau diharapkan dapat bertahan hidup

5. Bukan monsterun atau kelainan kongenital yang menghalangi keluarnya bayi (Aprilia, 2021).

2.2.8 Penatalaksanaan

1. Maneuver Mc. Robert

Manuver ini dimulai dengan memposisikan ibu dalam posisi terlentang memfleksikan kedua paha sehingga lutut menjadi sedekat mungkin kedada dan rotasikan kedua kaki kearah luar (abduksi), manuver ini cukup sederhana, aman dan dapat mengatasi sebagian besar distosia bahu derajat ringan sampai sedang (Miarnasari dan Prijatna, 2022).

Keberhasilan penatalaksanaan Mc. Robert sebesar 90% dan memiliki tingkat kejadian komplikasi yang rendah dan merupakan manuver yang paling minimal invansif (Harun A, Prabowo A. Y dan Rodiani, 2017).

Mc. Robert adalah teknik pengeluaran bahu pada janin yang tidak bisa dilahirkan karena bahu anterior janin telah mengalami impaksi terhadap tulang simpisis pubis tetapi pada proses persalinan kala II ibu diposisikan pada posisi ini sebelum janin lahir bertujuan agar sumbu jalan lahir lebih pendek dengan sudut inklinasi berkurang dari 26° menjadi 10° walaupun diameter pelvis tidak berkurang sehingga menyebabkan rotasi sympisis pubis ke arah atas, sumbu jalan lahir yang perlu ditempuh janin untuk bisa keluar jadi lebih pendek, dan suplai oksigen dari ibu ke

janin pun juga dapat berlangsung secara maksimal. Manuver ini dilakukan dengan meletakkan kaki dan punggung melakukan fleksi sehingga paha menempel pada abdomen ibu, tindakan ini menyebabkan sacrum melebar, rotasi simpisis pubis ke arah kepala maternal dan mengurangi sudut inklinasi meskipun ukuran panggul tidak berubah (Wardanis, Fadmiyanor dan Susanti, 2019).



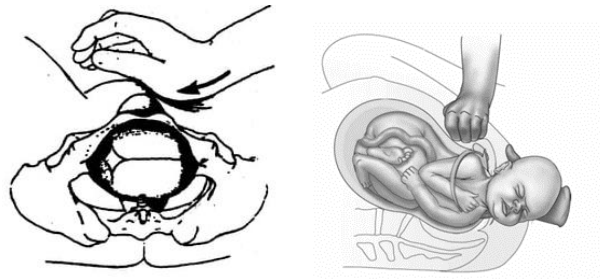
Gambar 2.1 Manuver Mc.Robert

Sumber: (Aprilia, 2020)

2. Manuver Massanti

Seorang asisten menerapkan penekanan suprapubik sementara penyelamat terus menerapkan traksi ke bawah yang kuat untuk melahirkan bahu depan.

Langkah tersebut akan melahirkan bahu anterior, hindari tarikan yang berlebihan karena akan mencederai pleksus brakhialis. Setelah bahu anterior dilakukan, langkah selanjutnya sama dengan pertolongan persalinan presentasi kepala. Maneuver ini cukup sederhana, aman dan dapat mengatasi sebagian besar distosia bahu derajat ringan sampai sedang (Miarnasari dan Prijatna, 2022).

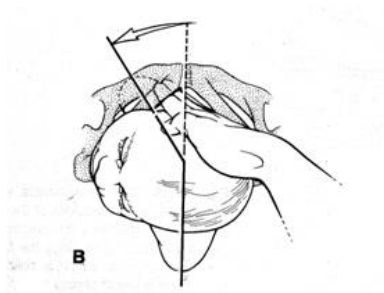


Gambar 2.2 Manuver Massanti

Sumber: (Aprilia, 2020)

3. Manuver Rubin

Dilakukan dengan masukan tangan ke dalam vagina dan menekan bagian posterior bahu janin yang paling mudah dijangkau ke arah dada janin. Hal ini akan menyebabkan adduksi bahu janin, yang kemudian memungkinkan bahu anterior berotasi dan melahirkan dari belakang tulang kemaluan yang terkena benturan (Davis, 2022).



Gambar 2.3 Manuver Rubin

Sumber: Aprilia (2020)

4. Manuver Woods Crokscrew

Memutar bahu 180° sehingga bahu depan menjadi bahu belakang dan bahu depan sudah diputar ke depan akan lahir di

bawah simfisis. Hal ini dapat terjadi karena bahu belakang sudah turun lebih jauh dari bahu depan (Davis, 2022).

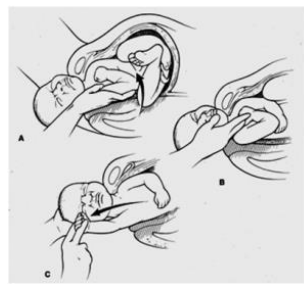


Gambar 2.4 Manuver Woods Corkscrew

Sumber: (Aprilia, 2020)

5. Manuver Schwartz Dickson

Secara hati-hati melahirkan lengan belakang dengan gerakan lengan anak dengan tangan seolah-olah lengan anak menyapu muka dan dadanya.



Gambar 2.5 Manuver Schwartz Dickson

Sumber: (Aprilia, 2020)

6. Manuver Knee Chest Position

Memposisikan ibu bersujud dengan dada dan lutut menempel kelantai, lahirkan bahu anterior keatas bokong ibu, dan

bahu posterior ke arah bagian bawah vagina dengan hati-hati (Davis, 2022).



Gambar 2.6 Knee Chest Position

Sumber: (Aprilia, 2020)

2.3 ALARMER Distosia Bahu

Menurut Akbar & Rodiani (2020) ALARMER dibuat untuk membantu dalam pengelolaan yang tepat dari distosia bahu, yaitu:

1. *Ask for help*
 - a. Diperlukan suatu sistem untuk memanggil bantuan dalam keadaan darurat agar peralatan dan personel yang dibutuhkan siap.
 - b. Bantuan tambahan diperlukan untuk melakukan manuver McRoberts suprapubik dan kompresi
 - c. Menyiapkan penyelamat resusitasi neonatus untuk
2. *Lift / Hyperflexed Legs (Manuver Mc. Roberts)*
 - a. Lepaskan bantal atau penyangga dari punggung ibu dan bantu ibu untuk pindah ke posisi datar.

- b. Disiapkan masing-masing satu penolong di setiap sisi kaki ibu untuk membantu hyperfleksi kaki dan sekaligus mengabduksi panggul
 - c. Biasanya, hanya satu teknik yang diperlukan untuk meringankan distosia bahu.
3. Anterior Shoulder *disimpaction* – disimpaksi bahu depan tekanan suprapubis (Mazzanti manuver)

Bahu bayi yang terkendala dipindahkan dari *midline* ibu dan ditekan di atas simfisis pubis ibu. Tekanan suprapubik ini dilakukan untuk mendorong bahu posterior bayi agar dapat dikeluarkan dari jalan lahir dan digunakan tumit lengan. Dalam 91% kasus, kompresi suprapubik yang dikombinasikan dengan manuver Mc. Roberts dapat menghasilkan persalinan yang berhasil.

4. Rotation of the posterior shoulder (Wod's Screw Manuver).

Jika perlu, tekan bagian depan bahu belakang dengan dua jari dan putar 180° atau oblique. Intinya, gerakan ini memutar bahu dari posisi posterior ke posisi anterior. Manuver Wood dan manuver disimpaksi anterior dapat dilakukan secara bersamaan dan sering.

5. Manual remover posterior arm (Manuver Jacquemier)

Biasanya, siku lengan tertekuk. Jika tidak, memberikan tekanan pada fossa antecubital dapat membantu fleksi lengan. Bayi dilahirkan dengan tangan dipegang dan disapu di dada. Meskipun humerus dapat patah akibat tindakan ini, tidak ada kerusakan saraf permanen.

6. Episiotomi

Penolong memungkinkan untuk memasukkan tangan mereka ke dalam vagina untuk melakukan manuver lain, prosedur ini secara tidak langsung membantu dalam pengelolaan distosia bahu.

7. Roll Or onto “All fours” (Manuver Gaskin)

Postur janin dapat berubah ketika ibu dalam posisi "*all fours*", yang mengarah ke disimpaksi bahu yang diantisipasi. Ini meningkatkan ukuran panggul. Bahu anterior secara bertahap dapat terkena dampak (karena gravitasi) ketika bahu posterior mengalami tekanan ringan, namun ini akan membantu melepaskan bahu posterior. Bahu posterior juga dapat dicapai dengan mudah dari posisi ini untuk manuver berputar atau mengeluarkan lengan posterior secara manual.

Jika manuver tersebut tidak ada yang berhasil, bisa disarankan untuk mematahkan klavikula bayi, simpisiotomi, manuver Zavanelli (Miarnasari dan Prijatna, 2022).

2.4 Telaah Jurnal

1. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh anggareni (2021) tentang hubungan antara berat badan ibu hamil dan makrosomia yaitu ibu dengan berat badan berlebih memiliki resiko melahirkan bayi makrosomia. Berat badan ibu, tinggi badan ibu, kenaikan berat badan selama kehamilan berkaitan dengan berat bayi lahir. Ibu yang memiliki berat badan berlebih memiliki risiko tinggi melahirkan bayi makrosomia. Keadaan ini dapat dijelaskan bahwa bayi makrosomia mengalami peningkatan pemasukan energi yang besar. Berat badan

berlebih berhubungan dengan kadar plasma trigliserid yang lebih tinggi dan turnover leusin yang lebih besar. Lipase plasenta yang dapat memecah trigliserid yang merupakan zat karya energi dan transfer asam lemak bebas sebagai nutrisi.

Faktor resiko terkuat dari bayi makrosomia adalah ibu dengan diabetes, yang mempunyai resiko dua kali lipat dalam kejadian makrosomia. Selain itu masih banyak faktor resiko lainnya seperti kehamilan post term, obesitas, dan multiparitas, sangat umum di kalangan wanita yang melahirkan, sehingga harus dibatasi risikonya. Apabila dua atau lebih faktor resiko yang dimiliki, resiko makrosomia hanya 32%. Selanjutnya, 34% bayi makrosomia yang hadir dari ibu tanpa faktor resiko, dan 38% wanita hamil memiliki minimal satu faktor risiko. (Anggarini, 2021)

2. Berdasarkan penelitian yang di lakukan oleh Maisaroh (2019) tentang faktor yang berhubungan dengan ruptur perineum tersebut, dapat disimpulkan bahwa faktor yang berhubungan dengan kejadian ruptur perineum yaitu paritas, jarak persalinan, distosia bahu, dan berat badan janin. (Maisaroh, 2019)
3. Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan oleh Arianti (2019) tentang hubungan berat badan lahir bayi dengan ruptur perineum pada persalinan normal dapat diketahui bahwa adanya hubungan antara berat badan lahir bayi dengan kejadian ruptur perineum. (Muchtar, 2019)

2.5 SOP Puskesmas Ci Kajang

1. Buatlah episiotomi yang cukup lebar untuk mengurangi obstruksi jaringan lunak dan memberi ruangan yang cukup untuk tindakan.
 - a. Dalam posisi ibu berbaring terlentang, mintalah ia untuk menekuk kedua kakinya dan mendekatkan lututnya sejauh mungkin ke arah dadanya.
 - b. Mintalah bantuan 2 orang asisten untuk menekan fleksi kedua lutut ibu ke arah dada.
 - c. Lakukan tarikan yang kuat dan terus menerus ke arah bawah pada kepala janin untuk menggerakkan bahu depan di bawah simfisi pubis, hindari tarikan yang berlebihan pada kepala yang dapat mengakibatkan trauma pada pleksus brahialis.
 - d. Mintalah seorang asisten untuk melakukan tekanan secara simultan ke arah bawah pada daerah suprapubis untuk membantu persalinan bahu.
 - e. Diperhatikan, jangan melakukan tekanan fundus. Hal ini dapat mempengaruhi fundus lebih lanjut dan dapat mengakibatkan ruptura uteri.
2. Jika bahu masih belum bisa dilahirkan:
 - a. Pakailah sarung tangan yang telah didesinfeksi tingkat,
 - b. Masukkan tangan ke dalam vagina.
 - c. Lakukan penekanan pada bahu yang terletak di depan dengan arah sternum bayi untuk memutar bahu dan mengecilkan diameter bahu.

- d. Bila perlu, lakukan penekanan belakang yang sesuai dengan arah sternum pada bahu.
3. Jika bahu masih belum dapat dilahirkan setelah dilakukan tindakan diatas
 - a. Masukkan tangan ke dalam vagina. Raih humerus dari lengan belakang dan dengan menjaga lengan tetap fleksi pada siku, gerakan lengan ke arah dada.
 - b. Tindakan ini akan memberikan ruangan untuk bahu depan agar dapat bergerak di bawah simfisis pubis.
 - c. Jika semua tindakan di atas masih tidak dapat melahirkan bahu. Patahkan klavikula untuk mengurangi lebar bahu dan bebaskan bahu depan.
 - d. Lakukan tarikan dengan mengaitkan ketiak untuk mengeluarkan lengan belakang. Lakukan Woods screw manuver. Lahirkan bahu posterior.
 - e. Manuver Mc Roberts Kaki diangkat fleksi pada abdomen, sehingga sakrum relatif lurus terhadap lumbal, dengan mengangkat simfisis pubis ke atas dan menurunkan sudut.
 - f. Manuver Wood tangan operator diletakkan pada posterior dari bahu posterior janin, yang dirotasikan searah jarum jam, sehingga membebaskan bahu anterior penampakan longitudinal dalam melahirkan bahu posterior.
 - g. Melahirkan bahu posterior Tangan operator masuk ke liang vagina, menyusuri humerus dan menekan pada fossa kubiti lengan bayi

mengusap dada janin Tangan janin dicengkeram, menyapu dada dan wajah, sehingga bahu posterior dilahirkan.

- h. Asisten menekan suprapubik untuk melahirkan bahu anterior. Tekanan harus diarahkan 45 derajat dari vertikal untuk melahirkan bahu.
- i. Manuver Rubin Bahu anterior harus transabdominal. Bahu yang paling mudah dijangkau ditekan sehingga diameter transversal berkurang. Menekan bahu anterior janin berlawanan arah jarum jam.
- j. Manuver Zavanelli jika telah terjadi kelahiran kepala maka kepala secara manual diputar ekstensi penuh dan posisi occiput anterior kepala difleksikan, melahirkan kepala dengan penekanan ke atas secara gentle ABDOMINAL RESCUE bahu belakang dicengkeram dan dilahirkan penekanan abdominal secara langsung ke bawah untuk melahirkan bahu anterior mengikuti kelahiran bayi.

2.6 Model Pendokumentasian Asuhan Kebidanan

2.6.1 Pengertian Dokumentasi

Dokumen merupakan suatu catatan otentik yang dapat dijadikan bukti dalam masalah hukum. Dokumentasi kebidanan merupakan bukti pencatatan dan pelaporan berdasarkan komunikasi tertulis yang akurat dan lengkap yang dimiliki bidan dalam melakukan asuhan kebidanan dan berguna untuk kepentingan klien, tim kesehatan, serta kalangan bidan sendiri (Kartikasari ddk, 2022).

Dalam Permenkes RI No. 28 tahun 2017 pasal 28 salah satu kewajiban bidan yaitu melakukan pencatatan asuhan kebidanan dan pelayanan lainnya yang diberikan secara sistematis.

2.6.2 Tujuan Pendokumentasian

1. Membantu koordinasi asuhan kebidanan
2. Sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat
3. Sebagai informasi statistik
4. Sebagai sarana pendidikan
5. Sebagai sumber data penelitian
6. Jaminan kualitas pelayanan kesehatan
7. Sumber data asuhan kebidanan berkesinambungan
8. Cara menetapkan standar dan prosedur
9. Catatan
10. Alat dalam memberikan intruksi (Kartikasari ddk, 2022)

2.6.3 Prinsip-prinsip Pendokumentasian

1. Dokumentasi harus lengkap dan komprehensif
2. Dokumentasi berpusat pada klien
3. Bersifat rahasia
4. Dapat dibaca.
5. Berdasarkan fakta (Kurniyati, 2022)

2.6.4 Model Dokumentasi Asuhan Kebidanan

Model dokumentasi yang digunakan dalam asuhan kebidanan yaitu dalam bentuk catatan perkembangan karena bentuk asuhan yang diberikan berkesinambungan dan menggunakan proses yang terus- menerus dengan menggunakan subjektif, objektif, analisis, dan penatalaksanaan (SOAP) yang merupakan salah satu metode pendokumentasian.

1. Data Subjektif

Data subjektif merupakan data yang menggambarkan keadaan melalui anamnesa dengan klien, data subjektif mengekspresikan klien mengenai kekhawatiran dan keluhannya dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang berhubungan dengan diagnosis.

2. Data Objektif

Data objektif merupakan data yang menggambarkan keadaan klien melalui beberapa pemeriksaan, seperti pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium, dan data penunjang lainnya yang akan memberikan bukti gejala klinis klien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.

3. Analisis

Analisis merupakan data kesimpulan yang dapat diinterpretasi dari hasil data subjektif dan objektif.

4. *Planning* atau Penatalaksanaan

Penatalaksanaan merupakan seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi ataupun rujukan. Tujuannya untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraannya. (PSTK, 2019)

BAB III

TINJAUAN KASUS

ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN PADA NY S USIA 24 TAHUN G₂P₁A₀ PARTURIEN 39-40 MINGGU DENGAN DISTOSIA BAHU DI PUSKESMAS CIKAJANG GARUT

3.1 Asuhan Kebidanan Persalinan

3.1.1 Kala I Fase Aktif

Tanggal pengkajian : 2 Maret 2023
Tempat : Puskesmas Cikajang
Pukul : 05.00 WIB

A. Data Subjektif

1. Identitas

Identitas ibu		Identitas suami	
Nama	: Ny. S	Nama	Tn. A
Usia	: 24 tahun	Usia	: 32 tahun
Suku	: Sunda	Suku	: Sunda
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMP	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Karyawan
Alamat	: Kp.Sukadana		

2. Keluhan Utama

Ibu mengatakan sudah merasakan mules sejak jam 17.00 wib, dan keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir sejak 18.30 WIB, belum keluar ketuban, ibu mengatakan pergerakan janin masih dirasakan.

3. Riwayat menstruasi

Ibu mengatakan haid pertama usia 12 tahun, siklus 28 hari, lamanya 7 hari, banyaknya ganti pembalut 2-3 x/ hari, tidak ada keluhan nyeri haid. HPHT 29 Mei 2022 / TP 05 Maret 2023

4. Riwayat obstetri

a. Riwayat kehamilan sekarang

Kehamilan ini merupakan kehamilan yang kedua usia kehamilan 9 bulan dan ibu tidak pernah keguguran. Ibu melakukan ANC secara rutin di puskesmas sebanyak 4x posyandu sebanyak 5x dan 2x melakukan pemeriksaan USG dengan hasil normal. Ibu sudah melakukan imunisasi TT Dua kali, TT 1 pada tahun 2017 juni usia kehamilan 2 bulan, TT 2 pada usia kehamilan pada usia kehamilan 5 bulan. Selama kehamilan yang pertama ini ibu tidak menderita penyakit apapun. Ibu tidak mengkonsumsi obat-obatan atau jamu-jamuan kecuali obat yang diberikan oleh bidan seperti obat Fe. Ibu merasakan gerakan janin yang pertama saat usia kandungan 4 bulan dan gerakan janin aktif lebih dari 10 kali dalam 12 jam.

b. Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu

No	kehamilan			Persalinan			Nifas	Bayi	
	Tahun	Usia Kehamilan	Komplikasi	Penyulit	Tempat	JK	Penyulit	PB	BB
1	2017	9 Bulan	Tidak Ada	Tidak ada	BPM	Perempuan	Tidak ada	49	3200
2	Kehamilan Sekarang								

5. Riwayat Ginekologi

Ibu mengatakan tidak pernah menderita penyakit yang berhubungan dengan alat reproduksi, kehamilan dan kandungan.

6. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat kesehatan dahulu

Ibu mengatakan tidak pernah menderita atau memiliki penyakit seperti jantung, asma, tuberculosis, ginjal, diabetes militus, malaria, dan HIV/AIDS.

b. Riwayat kesehatan sekarang

Ibu mengatakan sekarang tidak menderita atau memiliki penyakit seperti jantung, asma, tuberculosis, ginjal, diabetes militus, malaria, dan HIV/AIDS.

c. Riwayat kesehatan keluarga

Ibu mengatakan, di keluarga ibu tidak ada yang menderita penyakit berat seperti Asma, Hipertensi, DM, jantung maupun penyakit menular seperti HIV / AIDS, TBC, dan penyakit kelamin.

7. Riwayat perkawinan

Ibu mengatakan ini perkawinan yang pertama bagi ibu dan yang pertama bagi suami, lamanya ibu menikah kurang lebih 8 tahun.

8. Riwayat KB

Sebelumnya ibu menggunakan alat kontasepsi KB pil selama 6 tahun, ibu memilih KB pil karena ingin melakukan perawatan kulit.

9. Pola kebutuhan sehari-hari

a. Pola nutrisi

Ibu mengatakan makan 2 kali sehari, menu bervariasi, tidak ada tantangan makanan, nafsu makan baik, dan minum lebih dari 8 gelas / sehari. Makan terakhir jam 04.00 wib.

b. Pola eliminasi

Ibu mengatakan BAB 1 kali sehari dan BAK kurang lebih >6 kali / hari. Ibu terakhir BAB jam 16.00 WIB, BAK terakhir jam 01.00 WIB.

c. Pola aktivitas pekerjaan

Ibu mengerjakan pekerjaan rumah sendiri tanpa dibantu oleh asisten rumah tangga.

d. Pola Istirahat

Ibu mengatakan dalam sehari kurang lebih 5-6 jam tidur malam, dan kadang-kadang tidur siang 1-2 jam. Tidur terakhir kemarin malam.

e. Personal hygiene

Ibu mengatakan mandi 2 kali sehari, gosok gigi 2 kali dalam sehari, keramas 2x seminggu.

10. Psikososial Spiritual

Ibu mengatakan mempunyai hubungan baik dengan suami dan keluarganya, ibu dan keluarganya senang dengan kehamilan yang sekarang ini, pengambil keputusan di keluarga ibu adalah suami ibu sendiri.

B. Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan Umum : Baik
- b. Kesadaran : *Composmenthis*

c. Tanda-tanda vital

TD : 120/80 mmHg

Nadi : 87 x/menit

Respirasi : 21 x/menit

Suhu : 36,1 °C

d. Antropometri

BB sebelum hamil : 61kg

BB : 73 kg

Kenaikan BB : 12 Kg

TB : 155 cm

LILA : 30 cm

IMT : 25,3 (*overweight*)

2. Pemeriksaan Fisik

- a. Kepala : warna rambut hitam, bersih, tidak ada benjolan, tidak rontok, tidak nyeri tekan
- b. Muka : Bersih, tidak oedema, tidak pucat.
- c. Mata : Simetris, sklera putih, konjungtiva merah muda
- d. Hidung : Bersih, tidak ada polip, penciuman Baik
- e. Telinga : Simetris, fungsi pendengaran baik.
- f. Mulut : Bersih, tidak ada stomatitis, tidak ada caries gigi, bibir tidak pucat.
- g. Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, limfe, dan vena jugularis, tidak nyeri tekan.
- h. Dada/
payudara : Payudara simetris, tidak ada benjolan, puting susu menonjol, areola hitam, tidak nyeri tekan, kolostrum belum ada
- i. Abdomen : Inspeksi: Tidak ada luka bekas operasi, terdapat linea nigra, terdapat striae gravidarum.

Palpasi: TFU 37 cm

Leopold I : Di fundus teraba bagian lunak, bulat, tidak melenting.

Leopold II : Dibagian kanan ibu teraba bagian keras memanjang seperti papan dan dibagian kiri ibu terdapat bagian-bagian terkecil janin.

Leopold III : Dibagian terbawah janin teraba bagian keras, bulat dan melenting, kepala sudah masuk PAP.

Leopold IV : Divergen

Perlimaan : 4/5

Auskultasi : DJJ 140 x/menit (Reguler)

HIS : 3x10'35" (Reguler)

TBBJ : $(37 - 11) \times 155 = 4.030 \text{ gr}$

Ekstremitas atas : Tangan simetris, kuku bersih, tidak pucat, tidak oedema, jari lengkap

Ekstremitas bawah : Kaki simetris, tidak oedema, kuku bersih dan tidak pucat, jari lengkap, tidak varices, refleks patella +

j. Genetalia : Vulva/vagina : T.a.k

Portio	: Tipis Lunak
Pembukaan	: 6-7 cm
Ketuban	: Utuh
Denominator	: UUK kiri depan
Penurunan kepala	: Hodge II
Moulase	: Tidak ada

3. Pemeriksaan penunjang

HB	: 11,3 gr%
Protein urine	: Negatif
Glukosa urine	: Negatif
HIV/AIDS	: Negatif
Sypillis	: Negatif
HBsAg	: Negatif

C. Analisa

G₂P₁A₀ parturien 39-40 minggu kala I fase aktif

Janin tunggal hidup intra uterin

D. Penatalaksanaan

(KALA I)

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan

Evaluasi: ibu paham dan mengerti

2. Melakukan *infomed consent*

Evaluasi : ibu mengetahui dan mengerti

3. Menganjurkan ibu untuk mengatur napasnya (Tiup-tiup terlebih dahulu)

Evaluasi: ibu bersedia

4. Menganjurkan ibu untuk miring kiri.

Evaluasi: ibu bersedia

5. Melakukan observasi kemajuan persalinan

Evaluasi: terlampir di lembar partograf

3.1.2 Kala II

Pukul: 09.00 wib

A. Data Subjektif

Ibu mengatakan mules semakin sering dan ingin meneran

B. Data Objektif

K/U : Baik

Kesadaran : *Composmentis*

TTV : TD : 120/80 MmHg

Nadi : 88 x/m

Suhu : 36,5 C

Respirasi : 22 x/m

SPO2 : 98%

HIS : 5x 10`45”

DJJ : 140 x/m

Pemeriksaan dalam:

Vulva/vagina : T.a.k

Portio : Tidak teraba

Pembukaan : 10 cm

Ketuban : Ketuban pecah pukul 08.55 WIB
 warna jernih

Presentasi : Belakang Kepala

Denominator : UUK kiri depan

Penurunan kepala : Hodge III

Moulase : Tidak ada

C. Analisa

G₂P₁A₀ parturien 39-40 minggu kala II fisiologis

D. Penatalaksanaan

(KALA II) :

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan tentang asuhan yang akan diberikan,
 Evaluasi: ibu paham dan mengerti.
2. Meminta suami dan keluarga untuk mendampingi ibu selama proses persalinan,
 Evaluasi : suami dan keluarga bersedia
3. Memposisikan ibu senyaman mungkin
 Evaluasi : Ibu Mengerti dan memilih *dorsal recumbent*
4. Menganjurkan ibu untuk meneran yang baik
 Evaluasi : ibu mengerti dan bersedia
5. Menganjurkan keluarga untuk memberi minum ibu untuk hidrasi dan menambah tenaga
 Evaluasi : keluarga bersedia

6. Melakukan pimpinan meneran sambil memberi semangat
saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran
Evaluasi : ibu mengerti
7. Melakukan Pertolongan Persalinan Normal
Evaluasi : setelah kepala lahir tidak ada putar paksi luar,
dagu bayi menekan perinium

Catatan Perkembangan Kala II

Pukul : 09.28 WIB

A. Data Subjektif

Ibu masih merasa mules dan ingin mengejan

B. Data Objektif

Setelah kepala lahir tidak melakukan putar paksi luar, dagu bayi menekan perineum.

C. Analisa

G₂P₁A₀ parturien 39-40 minggu kala II dengan Distosia Bahu

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu hasil pemeriksaan kepada ibu
EV : ibu mengerti
2. Melakukan informed consent
EV : ibu mengetahui dan mengerti
3. Mengajukan ibu untuk kooperatif
EV : ibu mengerti dan bersedia
4. Melakukan manuver Mc.Robert

EV : bayi lahir pukul 09.30 WIB, langsung menangis kuat, tonus otot aktif, kulit kemerahan, JK : Perempuan.

5. Meringkan bayi kecuali telapak tangan dan merangsang taktil

EV : meringkan bayi dan mengganti kain penutup bayi

6. Melakukan jepit-jepit potong tali pusat dan mengikatnya

EV : tali pusat dipotong dan di ikat dengan *umbilical cord*

7. IMD berhasil dalam 1 jam

EV : IMD berhasil pada jam 10.30 WIB

3.1.3 Kala III

Pukul : 09.30 WIB

A. Data Subjektif

Ibu merasa senang dengan kelahiran bayinya

B. Data Subjektif

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : *Compos mentis*

Emosional : Stabil

2) Pemeriksaan Fisik

Abdomen : TFU : sepusat, tidak teraba janin kedua

Kontraksi : Baik

Kandung kemih : kosong

Genetalia : Tampak tali pusat memanjang di vulva

C. Analisa

P₂A₀ Inpartu Kala III fisiologis

D. Penatalaksanaan

1. Menjelaskan kepada ibu tindakan yang akan dilakukan.
Evaluasi : Ibu mengerti dan bersedia.
2. Memberitahukan ibu dilakukan penyuntikan oxytosin 10 IU/Im
1 menit setelah bayi lahir.
Evaluasi :Telah dilakukan.
3. Melakukan PTT (Peregangan Tali Pusat)
Evaluasi : Plasenta lahir spontan pukul 09.35 WIB lengkap
4. Melakukan massase uterus 15 kali selama 15 detik.
Evaluasi: kontraksi baik.
5. Menganjurkan ibu untuk makan dan minum untuk pemenuhan nutrisi
Evaluasi : ibu bersedia

3.1.4 Kala IV

Pukul: 09.35 WIB

A. Data Subjektif

Ibu mengatakan masih merasa mules

B. Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum	: Baik
Kesadaran	: Compos mentis
Keadaan Emosional	: Stabil

2. Tanda-tanda Vital

Tekanan Darah : 110/80 mmHg

Nadi : 89x/menit

Respirasi : 23x/menit

Suhu : 36,5°C

3) Pemeriksaan Fisik

Abdomen : kontraksi uterus baik, TFU 2 jari di bawah pusat,
kandung kemih kosong.

Genetalia : Terdapat lastrasi drajat 2, pengeluaran

Darah normal

C. Analisa

P₂A₀ kala IV fisiologis

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan TTV dalam batas normal
dan terdapat robekan jalan lahir

Evaluasi : ibu mengetahui

2. Melakukan *informed consent* kepada ibu bahwa akan dilakukan
penjahitan perineum

Evaluasi : ibu mengerti

3. Melakukan heking pada perineum

Evaluasi : dilakukan heking

4. Melakukan pemantauan kala IV.

Evaluasi: Hasil terlampir di partograf.

5. Memberitahu ibu untuk mengenali tanda-tanda bahaya nifas.

Evaluasi: Ibu mengerti.

6. KIE cara perawatan luka jahitan

Evaluasi : ibu mengerti

7. Membereskan alat dan membersihkan ibu.

Evaluasi: Ibu sudah dibersihkan dan terlihat nyaman.

8. Membenarkan posisi IMD

Evaluasi: bayi masih tetap IMD

9. KIE untuk pemenuhan nutrisi setelah melahirkan.

Evaluasi: Ibu mengerti.

10. KIE kepada ibu untuk pemberian ASI.

Evaluasi: ibu bersedia.

11. Melakukan dekontaminasi alat.

Evaluasi : telah dilakukan

3.2 Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

3.2.1 Bayi Baru Lahir Usia 2 Jam

Tanggal pengkajian : 2 Maret 2023

Pukul : 11.30 WIB

Tempat : Puskesmas Cikajang

A. Data Subjektif

Ibu mengatakan sangat senang atas kelahiran bayinya

B. Data Objektif

1. Pemeriksaan umum

Keadaan umum : Baik

Warna kulit : Kemerahan

Tonus otot : Kuat

2. Antropometri

BB : 4000 gram

PB : 50 cm

LK : 34 cm

LD : 34 cm

LP : 33 cm

LiLa : 11 cm

3. Pemeriksaan fisik

- a. Kepala : Keadaan ubun-ubun lunak, berdenyut, tidak ada molase, tidak ada caput succedaneum.
- b. Mata : Simetris, konjungtiva merah muda, sklera bersih
- c. Hidung : Bersih, tidak ada pernafasan cuping hidung.
- d. Mulut : Labioskizis tidak ada, refleks *Rooting* ada, refleks. *Sucking* ada, refleks *Swallowing* ada.
- e. Leher : Tidak ada pembengkakan di daerah leher, refleks *tonic neck* ada.
- f. Dada : Bentuk dada simetris, keadaan puting susu simetris, tidak ada retraksi dinding dada.
- g. Bahu, lengan : Gerakan bahu, lengan dan tangan simetris
jumlah jari tangan kanan dan kiri lengkap,
gerakan aktif, tidak ada fraktur.
- h. System saraf : Refleks moro ada.

- i. Abdomen : Tidak ada tanda-tanda infeksi pada tali pusat, bentuk abdomen normal.
- j. Genetalia : Terdapat Labia Mayora, klitoris dan lubang vagina
- k. Tungkai, kaki : Keadaan tungkai dan kaki simetris, gerakan aktif, jumlah jari kaki kanan dan kiri normal, refleks *babinski* ada.
- l. Punggung : Tidak ada cekungan dan tonjolan reflek galant ada.
- m. Anus : Lubang anus ada.
- n. Kulit : Verniks ada, warna kulit kemerahan.

B. Analisa

Neonatus Cukup Bulan sesuai masa kehamilan 2 jam post natal.

C. Penatalaksanaan

1. Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu.
Evaluasi: Ibu mengerti bayinya dalam keadaan normal.
2. Memberikan suntikan imunisasi HB-0 1 jam setelah vit K di 1/3 paha anterolateral bagian luar sebelah kanan secara IM 2 jam setelah bayi lahir
3. Menjaga bayi tetap hangat
Evaluasi : Bayi terjaga kehangatannya
4. Mengobservasi BAB dan BAK
Evaluasi : Bayi sudah BAB, Belum BAK
5. Mengobservasi K/U dan TTV bayi

Dilakukan: dilakukan

3.3 Asuhan Kebidanan Post Partum

3.3.1 Post Partum 2 Jam

Hari/Tanggal pengkajian : 2 Maret 2023

Pukul : 11.30 WIB

Tempat : Ruang Nifas

A. Data Subjektif

Ibu mengatakan masih merasa mules

B. Data Objektif

1. Pemeriksaan umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Keadaan emosional : Stabil

2. Tanda-tanda Vital

Tekanan darah : 110/80 mmHg

Nadi : 75x/menit

Respirasi : 21x/menit

Suhu : 35,7°C

3. Pemeriksaan fisik

a. Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih.

b. Payudara : Bentuk simetris, pembengkakan tidak ada, puting menonjol, colostrum (+) , nyeri tekan tidak ada.

- c. Abdomen : Kontraksi uterus baik, TFU 2 jari bawah pusat, kandung kemih kosong.
- d. Genitalia : Tidak ada varises, tidak ada kelainan, Pengeluaran darah normal,

C. Analisa

P₂A₀ 2 jam post partum fisiologis

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu hasil pemeriksaan kepada ibu.
Evaluasi: Ibu mengerti.
2. Mengobservasi keadaan umum ibu, TTV, kontraksi uterus, perdarahan.
Evaluasi: Hasil terlampir di partograf.
3. Mengobservasi pengeluaran ASI, involusi uteri, kandung kemih.
Evaluasi : Telah dilakukan
4. KIE pada ibu dan salah satu anggota keluarga mengenai cara mencegah perdarahan dengan massase uterus.
Evaluasi: Ibu mengerti
5. KIE mengenai tanda-tanda bahaya.
Evaluasi: Ibu mengerti.
6. KIE mengenai vulva higene yang benar.
Evaluasi: Ibu bisa melakukannya

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada pembahasan ini, penulis akan menjelaskan tentang kesesuaian dan kesenjangan antara teori dan praktik di lapangan, berdasarkan hasil pemeriksaan pada Ny. S yang dilakukan pada tanggal 2 Maret 2023, 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 didokumentasikan dalam bentuk SOAP melalui pendekatan manajemen kebidanan.

4.1 Data Subyektif

Berdasarkan hasil anamnesa pada pasien Ny S 24 tahun, ibu mengatakan ini kehamilan yang ke dua, tidak pernah mengalami keguguran, usia kehamilan 9 bulan, HPHT 29 Mei 2022 / TP 05 Maret 2023 pergerakan janin dirasakan pada usia kehamilan 4 bulan. Dalam riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu tidak terdapat komplikasi. Ibu tidak pernah memiliki riwayat penyakit seperti jantung, hipertensi, asma dll. Ibu biasa memeriksakan kehamilannya ke puskesmas sebanyak 4 kali, ke posyandu sebanyak 5 kali dan 2 kali melakukan pemeriksaan USG, kondisi janin dalam keadaan baik.

4.2 Data Objektif

Pada tanggal 02 Maret 2023 pukul 05.00 WIB dilakukan pemeriksaan pada Ny. S saat dilakukukan pemeriksaan, berat badan ibu bertambah 7 kg dengan IMT sebelum hamil adalah $61 : (1.55\text{m})^2 = 25,3$ termasuk kedalam ibu dengan berat badan berlebih (over-weight). Menurut Metha SH (2021) yaitu untuk ibu dengan berat badan berlebih (over-weight), kenaikan BB yang dianjurkan adalah antara 7-11,5 kg Ibu yang mengalami berat badan berlebih dapat berpotensi melahirkan dengan komplikasi distosia bahu karena ruang gerak janin ketika melewati jalan lahir lebih sempit karena adanya jaringan berlebih pada jalan lahir dibanding ibu yang tidak mengalami obesitas. (Davis, 2022).

Menurut Anggareni (2021), ibu yang memiliki berat badan berlebih memiliki risiko tinggi melahirkan bayi makrosomia. Keadaan ini dapat dijelaskan bahwa bayi makrosomia mengalami peningkatan pemasukan energi yang besar. Berat badan berlebih berhubungan dengan kadar plasma trigliserid yang lebih tinggi dan turnover leusin yang lebih besar. Lipase plasenta yang dapat memecah trigliserid yang merupakan zat karya energi dan transfer asam lemak bebas sebagai nutrisi.

Keadaan umum baik, tanda-tanda vital normal, 3 x 10'x35", DJJ 140 normal, TFU 38 cm, dari tinggi TFU ini dapat diperkirakan taksiran berat badan janin 4,030 gram, dengan berat badan janin ini beresiko mangalami distosia bahu saat dilahirkan dengan persalinan normal. Penyebab distosia bahu yaitu riwayat distosia bahu sebelumnya, mix

ibu >35 tahun, makrosomia, diabetes, IMT, Disproporsi sefatovelpik relative, Induksi persalinan, kehamilan post-term (Miarnasari dan Prijatna, 2022). Kemudian dilakukan pemeriksaan dalam yaitu 7-8 cm, portio tipis lunak, ketuban utuh, tidak ada penyusupan, kepala HII. Lama kala I berlangsung sekitar kurang dari 7 jam. Hal ini sesuai dengan teori Hutagalo (2022) yaitu lama kala I pada primigravida berlangsung sekitar 13 jam, sedangkan pada multigravida sekitar 7 jam.

Pada tanggal 02 maret 2023. Pada kala II di lakukan pemeriksaan tanda-tanda vital normal, his 5x10'45", Djj 140x/menit reguler, ketuban pecah spontan pukul 08.50 WIB. Pada pukul 09.00 WIB pembukaan lengkap (10 cm). Kemudian ibu di pimpin, meneran. Karena hal tersebut merupakan tanda-tanda persalinan kala II dan kala II berlangsung selama 30 menit. Hal tersebut sesuai dengan teori Hutagaol (2022), bahwa persalinan kala II dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Proses kala II berlangsung 2 jam pada primigravida dan 30 menit sampai 1 jam pada multigravida.

Setelah kepala bayi lahir terdapat penyulit kala II yaitu kepala bayi lahir tidak terjadi putaran paksi luar, bahu bayi sulit dilahirkan, dagu tertarik dan menekan perineum. Hal tersebut sama dengan teori Miarnasari & Prijatna (2022) bahwa tanda-tanda distosia bahu diantaranya, kepala yang sudah dilahirkan akan tidak dapat melakukan putaran paksi luar, dan tertahan akibat adanya terikan yang terjadi antara bahu posterior dengan kepala (disebut dengan *turtle sign*).

4.3 Analisa

Berdasarkan dari hasil data yang telah di peroleh dari data subjektif, dan objektif maka penulis dapat menyimpulkan dalam analisa pada Ny. S 24 tahun G₂P₁A₀ parturient aterm kala II dengan Distosia Bahu.

Distosia bahu dapat dikenali apabila didapatkan adanya, kepala bayi mudah lahir, tetapi bahu tertahan dan tidak dapat dilahirkan Kepala bayi sudah lahir tetapi tetap menekan vulva dengan kencang. Daggu tertarik dan menekan perineum. Traksi pada kepala tidak berhasil melahirkan bahu yang tetap tertahan di kranial simpisis pubis. Begitu distosia dikenali, maka diprosedur tindakan untuk menolongnya harus segera dilakukan (Miarnasari dan Prijatna, 2022)

Faktor yang menyebabkan terjadinya distosa bahu yaitu karna janin yang makrosomia seperti yang di sebutkan oleh Miarnasari dan Prijatna (2022) keadaan yang dapat menyebabkan distosia bahu yaitu riwayat distosia bahu sebelumnya, mix ibu >35 tahun, makrosomia, diabetes, IMT, Disporporsi sefatovelpik relative, Induksi persalinan, kehamilan post-term. Ibu tersebut juga termasuk kategori dalam *overweight* hal ini termasuk kedalam risiko kelahiran distosia bahu, Ibu mengalami berat badan berlebih mengakibatkan ruang gerak janin ketika melewati jalan lahir lebih sempit karena adanya jaringan berlebih pada jalan lahir dibanding ibu yang tidak mengalami berat badan berlebih. (Makarim, 2021) Hal tersebut dapat berhubungan dengan

faktor Passage (faktor jalan lahir) yang dapat mempengaruhi persalinan. (Yulizawati dkk, 2019)

Distosia bahu dapat menyebabkan masalah potensial pada ibu diantaranya lastrasi derajat 4, infeksi serta terdapat pistula, truma kandung kemih, pendarahan karena atonia uteri, robekan jalan lahir, pemisahan simfisis atau diatesis dengan atau tanpa neuropati femoralis sementara, dan ruptur uteri. Sedangkan pada bayi dapat menyebabkan fraktur tulang klavikula dan humerus, cedera pleksus brahialis, asfiksia, hipoksia dapat menyebabkan kerusakan permanen di otak, dan kematian janin. (Miarnasari dan Prijatna, 2022)

4.4 Penatalaksanaan

Berdasarkan hasil pengkajian data subjektif dan objektif serta Analisa yang telah dibuat, maka disusunlah penatalaksanaan asuhan yang sesuai dengan kebutuhan ibu. Pada kala II setelah kepala lahir tidak terjadi putar paksi luar, bahu tertahan, dagu menempel ke perineum. Maka dari itu bidan langsung meminta bantuan asisten karena dalam keadaan darurat, hal ini sesuai dengan teori ALARMER menurut Akbar & Rodiani (2020) yaitu tindakan yang pertama dilakukan *ask for help* atau meminta bantuan (Miarnasari dan Prijatna, 2022).

Akan tetapi terdapat kesenjangan dalam penatalaksanaan distosia bahu yang seharusnya dilakukan episiotomi terlebih dahulu, hal ini tidak sesuai dengan SOP puskesmas bahwa buatlah episiotomi yang

cukup lebar untuk mempermudah proses persalinan dan mengurangi lastrasi yang cukup besar. Karena pada kala II setelah kepala bayi lahir tidak terjadi putaran paksi luar, bahu bayi sulit dilahirkan, dagu tertarik dan menekan perineum. Hal ini tidak sesuai dengan teori Yulizawati dkk (2019) tentang proses melahirkan bayi yang seharusnya setelah kepala lahir, tunggu putaran paksi luar yang berlangsung secara spontan, lalu lahirkan bahu dengan cara memegang kepala bayi secara biparietal. Maka dari itu penulis mendiagnosa persalinan kala II dengan distosia bahu, lalu penolong persalinan melakukan manuver Mc.Robert. Hal tersebut di lakukan oleh bidan dengan memperhatikan syarat lahir secara pervaginam terpenuhi yaitu, kondisi vital ibu cukup memandai sehingga dapat bekerja sama untuk menyelesaikan persalinan, masih memiliki kemampuan untuk mengedan, jalan lahir dan pintu bawah panggul memadai untuk akomodasi bayi, bayi masih hidup atau diharapkan dapat bertahan hidup, bukan monsterun atau kelainan kongenital yang menghalangi keluarnya bayi (Aprilia, 2020).

Manuver Mc. Robert dimulai dengan memposisikan ibu dalam posisi terlentang, mempleksikan kedua paha sehingga lutut menjadi sedekat mungkin kearah dada dan rotasikan kedua kaki kearah luar (Miarnasari dan Prijatna, 2022)

Bayi berhasil di lahirkan pada pukul 09.30 WIB dengan teknik manuver Me. Robert, Keberhasilan penatalakasaan Mc. Robert sebesar 90%, dan memiliki tingkat kejadian komplikasi yang rendah dan merupakan maneuver yang paling minimal invansif. (Harun A,

Prabowo A. Y dan Rodiani, 2017). Manuver ini dilakukan dengan meletakkan kaki dan punggung melakukan fleksi sehingga paha menempel pada abdomen ibu, tindakan ini menyebabkan sacrum melebar, rotasi simpisis pubis ke arah kepala maternal dan mengurangi sudut inklinasi meskipun ukuran panggul tidak berubah. (Wardanis, Fadmiyanor dan Susanti, 2019). Bayi lahir segera menangis, warna kulit kemerahan dan kemudian dilanjutkan dengan asuhan pada bayi baru lahir lalu memfasilitasi Ibu untuk melakukan Inisiasi Menyusul Dini (IMD), setelah bayi (cukup bulan) lahir dengan penilaian selintas normal dan tali pusat telah di potong maka tengkurapkan bayi di dada ibu untuk kontak kulit ibu bayi. Luruskan bahu bayi sehingga dada bayi menempel di dada ibunya. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari pating areola ibu. Teknik tersebut dinamakan Inisiasi Menyusul Dini (Hutagaol, 2022)

Pada penatalaksanaan tersebut terjadi kesenjangan antara teori dan praktik, dalam mendeteksi kejadian tersebut seharusnya pemeriksa bisa mendeteksi adanya faktor penyebab distosis bahu karena dari tinggi TFU dapat diperkirakan taksiran berat badan janin makrosomia yang beresiko mengalami distosia bahu. Hal tersebut berhubungan dengan faktor passanger (janin) (Aprilia, 2020). Ibu tersebut juga termasuk kategori dalam *overweight* hal ini termasuk kedalam risiko kelahiran distosia bahu menurut (Miarnasari dan Prijatna, 2022) Penyebab distosia bahu yaitu makrosomia, dan IMT ibu.

IMT sebelum hamil adalah 61: $(1.55\text{m})^2 = 25,3$ termasuk kedalam ibu dengan berat badan berlebih (*over-weight*). Ibu yang mengalami obesitas dapat berpotensi melahirkan dengan komplikasi distosia bahu karena ruang gerak janin ketika melewati jalan lahir lebih sempit karena adanya jaringan berlebih pada jalan lahir dibanding ibu yang tidak mengalami obesitas (Makarim, 2021). Hal tersebut dapat berhubungan dengan faktor Passage (faktor jalan lahir) yang dapat mempengaruhi persalinan (Yulizawati dkk, 2019).

4.5 Pendokumentasian

Dalam data subjektif ibu mengatakan hamil anak ke dua, tidak pernah keguguran, mengaku hamil 9 bulan dengan HPHT 29 Mei 2022 / TP 05 Maret 2023, merasakan mules sejak jam 17.00 wib, dan keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir sejak 18.30 WIB, belum keluar ketuban, ibu mengatakan pergerakan janin masih dirasakan.

Dalam data objektif ditemukan hasil pemeriksaan TTV dalam batas normal, antropometri: berat badan sebelum hamil 61 kg, kenaikan 7 kg, tinggi badan 155 cm, LiLa 30 cm, IMT 25,3 (*overwihgt*). TFU 37, TBBJ $(37-11) \times 155 = 4.030$ gr, pembukaan 7-8 cm, ketuban utuh, hodge II, tidak ada molase.

Berdasarkan hasil interpretasi data objektif dan subjektif maka dapat di tentukan analisa G2P1A0 parturien 39-40 minggu kala II dengan distosia bahu.

Dilakukan penatalaksanaan melakukan pertolongan persalinan normal akan tetapi setelah kepala lahir tidak ada putar paksi luar, dagu bayi menekan perinium. Maka dilakukan manuver Mc.Robert bayi lahir pukul 09.30 WIB, langsung menangis kuat, tonus otot aktif, kulit kemerahan, JK : Perempuan.

4.6 Matrik

No	Masalah /Kasus	Pengertian	Penyebab		Tanda Gejala		Planing/Intervensia	
			Teori	Praktik	Teori	Praktik	Teori	Praktik
1	Distosia Bahu	Distosia bahu adalah suatu kondisi kegawatdaruratan obstetri pada persalinan pervaginam dimana bahu janin gagal lahir secara spontan setelah lahirnya kepala janin. Bahu depan bayi terperangkap di tulang pubis ibu. Persalinan kepala biasanya diikuti dengan kelahiran	1. Riwayat distosia bahu sebelumnya 2. Usia ibu > 35 tahun 3. Maksrosomi a 4. Diabetes 5. IMT 6. Disporporsi sefalovelpik relative 7. Induksi persalinan 8. Kehamilan post-term	Makrosomia dan IMT	1. Meski sudah berusaha sekuat tenaga dan gerakan yang tepat, traksi pada kepala bayi tidak mampu melahirkan bahu yang masih berada di kranial simfisis pubis. 2. Bayi tidak dapat dilahirkan karena bahu tertahan, tetapi kepala bayi telah lahir. 3. Kepala bayi telah lahir, tetapi tetap menekan vulva dengan kencang.	1. Bayi tidak dapat dilahirkan karena bahu tertahan, tetapi kepala bayi telah lahir. 2. Kepala bayi telah lahir, tetapi tetap menekan vulva dengan kencang. 3. Daggu tertarik dan menekan perineum.	1. Maneuver Mc. robert 2. Manuver Massanti 3. Manuver Rubin 4. Manuver Woods 5. Manuver Crokscrew 6. Manuver Schwartz 7. Manuver Dickson 8. Manuver Knee Chest Position (Davis, 2022)	Maneuver Mc. robert

		bahu dalam 24 detik, jika persalinan bahu lebih dari 60 detik dianggap distosia bahu. (Miarnasari dan Prijatna, 2022)			4. Dagu tertarik dan menekan perineum. 5. <i>Turtle sign</i> (Miarnasari dan Prijatna, 2022)			
--	--	---	--	--	---	--	--	--

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Setelah mmelakukan asuhan kebidanan ibu bersalin dengan dostosia bahu dengan pendokumentasian yang disajikan dalam bentuk SOAP pada Ny. S 24 tahun G2P1A0 parturien 39-40 minggu dengan distosia bahu di puskesmas Cikajang Kabupaten Garut, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkaji Data Subjektif pada Ny.S usia 24 tahun G2P1A0 parturien 39-40 minggu dengan distosia bahu di Puskesmas Cikajang tahun 2023, tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktik.
2. Pengkaji Data Objektif pada Ny.S usia 24 tahun G2P1A0 parturien 39-40 minggu dengan distosia bahu di Puskesmas Cikajang tahun 2023, tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktik.
3. Penetapan asuhan pada Ny.S usia 24 tahun G2P1A0 parturien 39-40 minggu dengan distosia bahu di Puskesmas Cikajang tahun 2023, tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktik..
4. Penatalaksanaan pengkajian pada Ny.S usia 24 tahun G2P1A0 parturien 39-40 minggu dengan distosia bahu di Puskesmas Cikajang tahun 2023, terdapat kesenjangan dengan SOP Puskesmas yang seharusnya di lakukan episiotomi untuk memudahkan proses persalinan dan mengurangi lastrasi yang cukup besar.

5. Pendokumentasian hasil asuhan kebidanan pada Ny.S usia 24 tahun G2P1A0 parturien 39-40 minggu dengan distosia bahu di Puskesmas Cikajang tahun 2023, dalam teknik pendokumentasian dalam bentuk SOAP.

5.2 Saran

1. Bagi penulis

Meningkatkan keterampilan dalam melaksanakan asuhan kebidanan sesuai standar kebidanan sehingga dapat mengaplikasikan dalam praktik klinik kebidanan selanjutnya.

2. Bagi tempat praktik

Mempertahankan kualitas pelayanan terutama pada kehamilan persalinan, nifas serta bayi baru lahir secara profesional, sehingga tindakan yang dilakukan sesuai dengan perkembangann ilmu berdasarkan standar pelayanan kebidanan.

3. Bagi institut Pendidikan

Meningkatkan kualitas belajar mengajar untuk meningkatkan kemampuan mahasiswa dalam melakukan pengkajian dan analisa serta penulisan.

DAFTAR PUSTAKA

- Aderibigbe (2018) “asuhan kebidanan pada persalinan distosia bahu,” *Energies*, 6(1), hal. 1–8.
- Anggarini (2021) “Berat Badan Ibu hamil, Makrosomia.”
- Aprilia, Y. (2021) *DISTOSIA BAHU & Penatalaksanaannya*, *ALOMEDIKA*.
- Ariani, K. (2022) *Komplikasi Persalinan yang Berisiko Bagi Ibu dan Bayi, Halo Sehat*.
- Davis, donald D. (2022) “Distosia Bahu,” in *National Library of Medicine*. Tersedia pada: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470427/>.
- Dinkes Jabar (2022) *Hipertensi dan Pendarahan Jadi Penyebab Kematian Ibu, revy lestari*.
- Fajariyana, N. (2020) “Faktor yang Mempengaruhi Bayi Makrosomia,” *HIGEIA (Journal of Public Health Research and Development)*, 4(Special 3), hal. 584–594.
- Hutagaol, octsviana dkk (2022) “ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN DAN BAYI BARU LAHIR,” in *Google Books*.
- Kartikasari ddk (2022) “Dokumentasi Kebidanan,” in *google book*.
- Kemenkes RI (2020) “Angka Kematian Ibu di Dunia,” *Kemenkes*, 4(1), hal. 1–10.
- Kemenkes RI (2023) *Strategi Kemenkes Turunkan Angka Kematian Ibu, Didit tri kertapati*.
- Kurniyati (2022) “Dokumentasi Kebidanan,” in *Google Books*.
- Maisaroh, S. (2019) “FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN RUPTURE PERINEUM,” 5(71672204), hal. 32–40.
- Makarim, dr. F.R. (2021) *Kenaikan Berat Badan Ideal selama Kehamilan, halodok*.
- Miarnasari, E. dan Prijatna, A. (2022) “Distosia bahu,” hal. 252–264.
- Muchtar, A.S. (2019) “Pada Persalinan Normal,” *Jurnal Kesehatan*, IV(1), hal. 277–283.
- Pemdakab Garut (2023) *Wabup Garut Dorong Organisasi Profesi hingga Perusahaan Swasta Bangun Rumah Sakit Ibu Anak, Rilis Humas Pemdakab Garut*.

Politi, S. (2010) “Distosia bahu:,” *journal of Prenatal Medicine*.

PSTK (2019) “Modul Dokumentasi Kebidanan,” hal. h 52-54.

R Asmar - Khidmah (2023) “Upaya Menghadapi Persalinan yang Nyaman dengan Persiapan Spiritual di Wilayah Kerja Puskesmas Pemulutan Kecamatan Pemulutan Ogan Ilir.”

Wardanis, M., Fadmiyanor, I. dan Susanti, A. (2019) “PERBEDAAN POSISI PERSALINAN Mc ROBERT DAN POSISI LITHOTOMI MODIFIKASI LATERAL TERHADAP LAMA PERSALINAN KALA II PADA IBU PRIMIGRAVIDA DI KLINIK SWASTA KOTA PEKANBARU TAHUN 2018,” *Jurnal Proteksi Kesehatan*, 7(2), hal. 101–106. doi:10.36929/jpk.v7i2.141.

WHO (2023) *Maternal mortality, World Health Organization*.

Yulizawati dkk (2019) “Buku Ajar Asuhan Kebidanan pada Persalinan,” in *indomedika pustaka*.

PARTOGRAF

No. Register
No. Puskesmas
Ketuban pecah

Sejak jam Utuh

Nama Ibu : Ny. S Umur : 24 thn G 2 P 1 A 0
Tanggal : 02/03/23 Jam : 05.00 wib Alamat : Sukadana
mules sejak jam 17.00 wib

Denyut
Jantung
Janin
(/menit)

Ketuban Pecah
Pukul 08.55 wib
Jernih

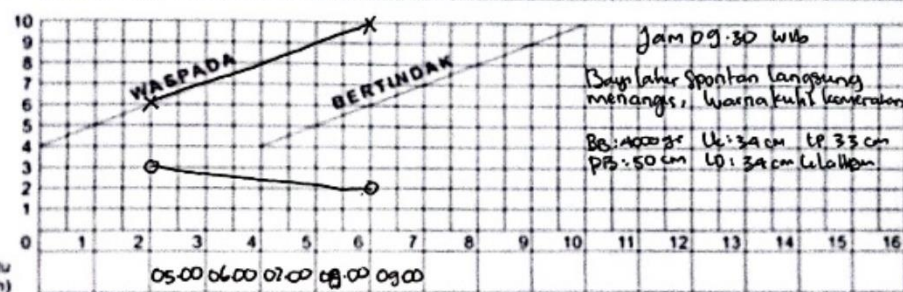
Air ketuban
Penyusupan

Pembukaan serviks (cm) dan tanda *

Tunonya kepala
dan tanda o

Sentimeter (cm)

Waktu
(jam)



Kontraksi
tiap
0 Menit

< 20 4
20 - 40 3
> 40 2
(dok) 1

Oksitosin U/L
tetes/menit

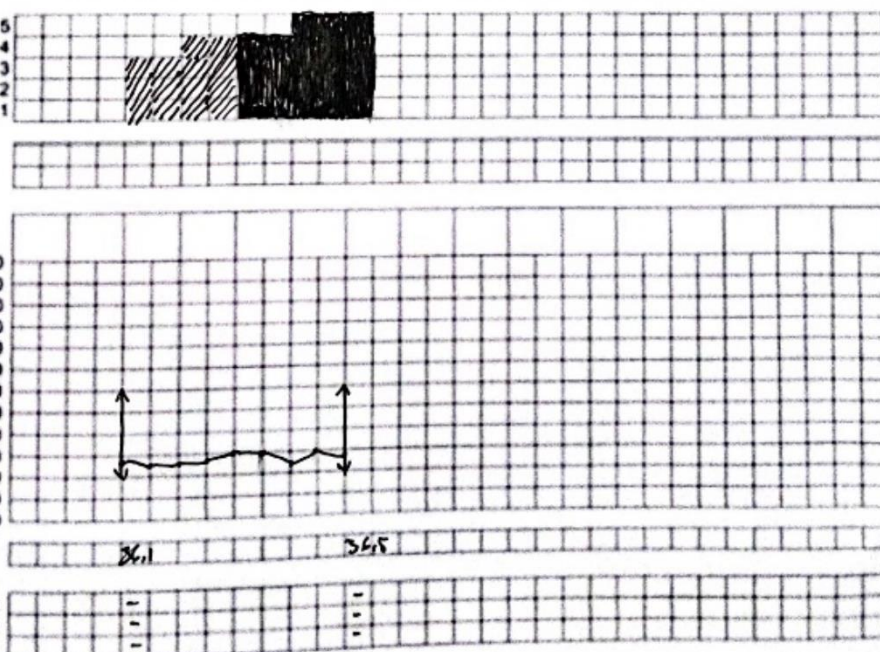
Obat dan
Cairan IV

Nadi

Tekanan
darah

Suhu °C

Urin { Protein
Aseton
Volume



CATATAN PERSALINAN :

- Tanggal 02/03/2023
- Usia Kehamilan : 39 minggu
☐ Prematur ☒ Term ☐ Postmatur
- Letak :
4. Persalinan
☐ Normal ☒ Tindakan ☐ Seksio
- Nama bidan : Bd. Peloy dan Bd. Elvina
- Tempat persalinan :
☐ Rumah ☒ Puskesmas
☐ Polindes ☐ Rumah Sakit
☐ Klinik Swasta ☐ Lainnya :
- Alamat tempat persalinan :
- Catatan : rujuk, kala: I / II / III / IV
- Alasan merujuk : IBU / BAYI
- Tempat rujukan :
- Pendamping pada saat merujuk : ☒ Bidan ☐ Suami ☐ Keluarga
☐ Dukun ☐ Kader ☐ Lain

CATATAN KELAHIRAN BAYI

- Jenis kelamin ☐ Laki ☒ PR
- Saat lahir Jam 07.30
- Bayi : ☒ Lahir Hidup ☐ Lahir Mati
- Penilaian (Tanda V : ya X : tidak)
☒ Bayi napas spontan teratur
☒ Gerakan aktif / Tonus kuat
☒ Air ketuban jernih
- Asuhan Bayi :
☒ Kenangan dan hangatkan
☒ Tali pusat bersih, tak diben apa, terbuka
☒ Inisiasi menyusui Dini < 1 jam
☒ Vit K 1 mg di paha kaki atas
☒ Salep mata / Tetes mata
- Apakah Bayi di resusitasi ?
☐ ya ☒ tidak
Jika Ya, tindakan : menit
☐ Langkah awal menit
☐ Ventilasi selama menit
- Hasilnya : Berhasil / Di rujuk / gagal
- Suntikan vaksin Hepatitis B di paha kanan
☒ Ya ☐ Tidak
- Kapan Bayi mandi : Jam setelah lahir
- Berat Badan Bayi : 4000 Gram
PB 50 Cm LK 34 Cm

KALA I

- Partogram melewati garis waspada : Y / 1
- Masalah lain, sebutkan :
- Penatalaksanaan masalah tsb :
- Hasilnya :

KALA II

- Episiotomi :
☐ Ya Indikasi
☒ Tidak
- Pendamping pada saat persalinan
☐ Suami ☒ Keluarga ☐ Kader ☐ Lain-lain
- Gawat janin :
☐ ya, tindakan :
☒ tidak
- Distosia Bahu
☒ ya, tindakan :
☐ tidak
- Masalah lain sebutkan :
- Penatalaksanaan masalah tersebut :
- Hasilnya :

KALA III

- Lama kala III 5 menit
- Manajemen Aktif kala III :
☒ Oksitosin 10 IU IM dalam menit
☒ Peregang tali pusat terkendali
☒ Massage Fundus Uteri
- Pemberian ulang Oksitosin (2 X) ?
☐ ya, alasan
☒ tidak
- Plasenta lahir lengkap (Intac) ?
☒ ya, alasan
☐ tidak
- Plasenta tidak lahir > 30 menit
☐ ya ☒ tidak
- Laserasi
☒ ya ☐ tidak
Jika ya, dimana Derajat 1 2 3 4
tindakan :
- Atoni Uteri
☐ ya ☒ tidak
jika ya tindakan :
- Jumlah Pendarahan ± 150 m

Gunakan catatan kasus mencatat tindakan

PEMANTAUAN IBU

WAKTU	TENSI	NADI	SUHU	FUNDUS	KONTRAKSI	DARAH	KANDUNG KEMIH	
09.50	110/80	88x/1	36.5	2 gr bps	baik	DBN	Kosong	
10.05	110/80	87x/1	//	2 gr bps	baik	DBN	Kosong	
10.20	110/80	87x/1	//	2 gr bps	baik	DBN	Kosong	
11.35	110/80	85x/1	//	2 gr bps	baik	DBN	Kosong	
12.05	110/80	82x/1	36.5	2 gr bps	baik	DBN	Kosong	
PEMANTAUAN BAYI	110/80	85x/1	"	2 gr bps	baik	DBN	Kosong	
WAKTU	NAFAS	SUHU	WARNA	GERAKAN	ASI	T. PUSAT	KEJANG	BAB / BAK
09.50	48x/1	36.7°C	kemerahan	aktif	-	Bergh	-	- / -
10.05	48x/1		kemerahan	aktif	-	Bergh	-	- / -
10.20	45x/1	//	kemerahan	aktif	-	Bergh	-	- / -
11.35	46x/1		kemerahan	aktif	An	Bergh	-	+ / -
12.05	47x/1	36.6°C	kemerahan	aktif	An	Bergh	-	- / -
ketegangan:	47x/1	"	kemerahan	aktif	An	Bergh	-	- / -

Tandatangan Bidan

LEMBAR BIMBINGAN

Nama : Septyana Futry

Nim : KHGB20008

Pembimbing : Titi Purwitasari H, S.ST., Bdn., M.Keb

Judul : Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin Pada Ny. S Usia 24 Tahun
G2P1A0 Parturien 39-40 Minggu Kala II Dengan Distosia Bahu
Di Puskesmas Cikajang

No	Tanggal	Materi yang Dikonsulkan	Saran Pembimbing	Paraf Pembimbing
1	05 Mei 2023	BAB I dan BAB III	Revisi	
2	10 Mei 2023	BAB II dan BAB IV	Revisi	
3	12 Mei 2023	BAB I, II dan BAB III	Revisi	
4	15 Mei 2023	BAB I dan IV	Revisi	
5	17 Mei 2023	BAB I, IV dan BAB V	Revisi	
6	19 Mei 2023	BAB I, II, III, IV dan BAB V	ACC	

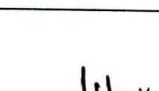
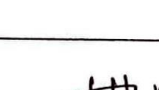
LEMBAR BIMBINGAN

Nama : Septyana Futry

Nim : KHGB20008

Penguji I : Lina Humaeroh, SST., M.Kes

Judul : Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin Pada Ny. S Usia 24 Tahun
G2P1A0 Parturien 39-40 Minggu Kala II Dengan Distosia Bahu Di
Puskesmas Cikajang.

No	Tanggal	Materi yang Dikonsulkan	Saran Penguji	Paraf Penguji
1	31 Mei 2023	Bab I Pendahuluan 1. Perbaikan penulisan	Revisi	
		Bab II Tinjauan Teori 1. Perbaikan penulisan	Revisi	
		Bab III Tinjauan Kasus 1. Perbaikan penulisan 2. Perbaikan data subjektif	ACC	
		Bab IV Pembahasan 1. Perbaikan penulisan	ACC	
	09 Juni 2023	Bab I Pendahuluan 1. Perbaikan penulisan	ACC	
		Bab II Tinjauan Teori 1. Perbaikan penulisan	ACC	

LEMBAR BIMBINGAN

Nama : Septyana Futry

Nim : KHGB20008

Penguji II : Naning Suryani, M.Keb

Judul : Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin Pada Ny. S Usia 24 Tahun

G2P1A0 Parturien 39-40 Minggu Kala II Dengan Distosia Bahu Di
Puskesmas Cikajang.

No	Tanggal	Materi yang Dikonsulkan	Saran Penguji	Paraf Penguji
1	09 Juni 2023	Bab I Pendahuluan 1. Data penyebab distosia	Revisi	
		Bab II Tinjauan Teori 1. Teori ALARMER	ACC	
		Bab IV Pembahasan 1. Penatalaksanaan	ACC	
		Bab V Pembahasan 1. Kesenjangan antara teori dan praktik	Revisi	
	12 Juni 2023	Bab I Pendahuluan 1. Data penyebab distosia	ACC	
		Bab V Pembahasan 1. Kesenjangan antara teori dan praktik	ACC	

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama Lengkap : Septyana Futry
Tempat Tanggal Lahir : Garut, 22 September 2002
Moto : Sukses ku ada ditangan ku
Agama : Islam
No HP : 0895416149113
Email : septyanafutry@gmail.com
Alamat : Kp. Sukarame, Kec. Caringin, Kab.
Garut, Jawa Barat
Instagram : _styaafutry

Riwayat Pendidikan :

1. TK Mawar
2. SD Negeri Sukarame 3
3. SMP Negeri 1 Caringin
4. SMA Negeri 7 Garut
5. Terdaftar Sebagai Mahasiswa STIKes Karsa Husada Garut Jurusan
D3 Kebidanan