ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. F DENGAN CPD DAN BY. NY. F DI KOTA PONTIANAK

Wulandari[1], Nurhasanah[2], Khulul Azmi[2]

[1]Mahasiswa Program Studi D-III Kebidanan, Politeknik 'Aisyiyah Pontianak
[2]Dosen Program Studi D-III Kebidanan, Politeknik 'Aisyiyah Pontianak

Program Studi D-III Kebidanan, Politeknik 'Aisyiyah Pontianak
Jl. Ampera No. 9 Telp (0561) 6655112, 6655114/ Fax. (0561) 6655115

e-mail : uliwulandari9@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang: Berdasarkan data yang diperoleh Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia Tahun 2016 didapatkan data AKI menurun menjadi 228 per 100.000 kelahiran hidup (SDKI 2016). AKB di Indonesia menunjukkan angka 15 per 1000 bayi lahir (SDKI 2017). Sedangkan AKI di Provinsi Kalimantan Barat tahun 2018 adalah sebesar 95 per 100.000 kelahiran hidup (Profil Kesehatan Kalimantan Barat, 2018). AKB di Provinsi Kalimantan Barat pada tahun 2018 menunjukkan angka 7 per 1000 kelahiran hidup (Profil Kesehatan Kalimantan Barat, 2018). Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia tahun 2015 terdiri dari penyebab langsung dan tidak langsung. Kematian ibu secara langsung yaitu perdarahan (25% terjadi pasca persalinan), persalinan macet (8%), sepsis (15%), komplikasi aborsi tidak aman (13%), persalinan lama dan persalinan dengan Cephalopelvic Disproportion (CPD) (8%). Sedangkan penyebab kematian ibu tidak langsung yaitu akibat dari penyakit yang sudah ada atau penyakit yang timbul sewaktu kehamilan seperti malaria, *Human Immunodeficiency Virus (HIV),* anemia, dan penyakit *kardiovaskuler.*
Tujuan: Bagaimana memberikan asuhan kebidanan komprehensif pada Ny. F dengan CPD dan By. Ny. F di Kota Pontianak Tahun 2019.
Metode Penelitian: Jenis penelitian yang digunakan dalam penyusunan laporan tugas akhir adalah penelitian observasional deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Penelitian ini bertujuan untuk meneliti suatu permasalahan melalui suatu kasus yang terdiri dari unit tunggal. Subjek dalam penelitian ini adalah Ny. F dan By Ny. F. Pengumpulan data dengan anamnesa, observasi, peneriksaan fisik dan diskusi.
Hasil Penelitian: Dari pengkajian SOAP didapati asuhan yang diberikan pada Ny. F dan Bayi Ny. F yaitu : Asuhan Ibu Hamil 4 Kali kunjungan, kunjungan Bersalin SC di Rumah Sakit, kunjungan nifas 4 kali, kunjungan Bayi Baru Lahir 3 kali dan bayi mendapatkan imunisasi HB 0, BCG-POLIO 1, DPT/HB1-POLIO 2 serta ibu tidak menggunakan KB.
Simpulan: Tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus pada Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny. F dengan CPD dan Bayi Ny. F di Wilayah Kota Pontianak tahun 2019.

Kata Kunci: Asuhan Kebidanan Komprehensif, Ibu Bersalin, CPD

COMPREHENSIVE MIDWIFERY CARE FOR Mrs. F WITH CPD AND Mrs. F BABY IN PONTIANAK

ABSTRAK

Background: Based on data obtained by the Indonesian Demographic and Health Survey in 2016, the MMR data dropped to 228 per 100,000 live births (2016 IDHS). IMR in Indonesia shows the number 15 per 1000 babies born (IDHS 2017). Whereas the MMR in the Province of West Kalimantan in 2018 was 95 per 100,000 live births (Health Profile of West Kalimantan, 2018). IMR in the Province of West Kalimantan in 2018 shows the number 7 per 1000 live births (Health Profile of West Kalimantan, 2018). Maternal Mortality Rate (MMR) in Indonesia in 2015 consists of direct and indirect causes. Direct maternal death, namely bleeding (25% occurs postpartum), miscarriage (8%), sepsis (15%), complications of unsafe abortion (13%), prolonged labor and delivery with Cephalopelvic Disproportion (CPD) (8%) . While the indirect cause of maternal death is the result of existing diseases or diseases that arise during pregnancy such as malaria, *Human Immunodeficiency Virus (HIV),* anemia, and cardiovascular disease.
Purpose: How to provide comprehensive midwifery care to Mrs. F with CPD and Mrs. F Baby in Pontianak in 2019.
Methods: The type of research used in the preparation of the final project report is a descriptive observational study with a case study approach. This study aims to examine a problem through a case consisting of single units. The subjects in this study were Mrs. F and Mrs. F baby. collection of data with history, observation, physical examination and discussion.
Result: From the SOAP assessment found care given to Mrs. F and Mrs. F baby is : Care of Pregnant Women 4 visits, Secti caeserea Maternity visits at the Hospital, Postpartum visits 4 times, Newborns visit 3 times and babies get HB 0 immunization, BCG-POLIO 1, DPT / HB1-POLIO 2 and mothers not using KB.
Conclusion: There is no bias between theory and cases in Comprehensive Midwifery Care in Mrs. F with CPD and Mrs. F baby in the Pontianak in 2019.

Keywords: Comprehensive Midwifery Care, Maternity, CPD.

PENDAHULUAN

Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2016 AKI 228 per 100.000 kelahiran hidup (SDKI 2016). AKB di Indonesia menurut Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017 diperkirakan sebesar 15 per 1.000 kelahiran hidup (KemenKes RI, 2018). Sedangkan AKI di Provinsi Kalimantan Barat tahun 2018 adalah sebesar 95 per 100.000 kelahiran hidup (Profil Kesehatan Kalimantan Barat, 2018). AKB di Povinsi Kalimantan Barat pada tahun 2018 menunjukkan angka 7 per 1000 kelahiran hidup (Profil Kesehatan Kalimantan Barat, 2018).

Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia tahun 2015 terdiri dari penyebab langsung dan tidak langsung. Kematian ibu secara langsung yaitu perdarahan (25% terjadi pasca persalinan), persalinan macet (8%), sepsis (15%), komplikasi aborsi tidak aman (13%), persalinan lama dan persalinan dengan *Cephalopelvic Disproportion* (CPD) (8%). Sedangkan penyebab kematian ibu tidak langsung yaitu akibat dari penyakit yang sudah ada atau penyakit yang timbul sewaktu kehamilan seperti malaria, *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), anemia, dan penyakit kardiovaskuler (Profil Kesehatan RI, 2015).

World Health Organization (WHO) menetapkan standar rata-rata SC di sebuah negara adalah sekitar 5-15% per 1.000 kelahiran di dunia. Jumlah persalinan SC di Indonesia lebih tinggi dibanding standar rata-rata yang ditetapkan oleh WHO, yaitu sekitar 20-25% di rumah sakit pemerintahan dan sekitar 30-80% di rumah sakit swasta. Indikasi SC salah satunya CPD, CPD merupakan hambatan lahir yang diakibatkan oleh disparitas ukuran kepala janin dan pelvis internal. CPD ini menyebabkan kejadian persalinan beresiko, pengaruh terhadap persalinan ibu dapat menyebabkan *rupture uteri*, robekan jalan lahir, perdarahan *post partum*, terpisahnya symphysis pubis dan pada bayi dapat terjadi mortalitas, insiden trauma, kerusakan saraf (Oxorn 2010; h.626).

METODE

Jenis penelitian yang digunakan dalam penyusunan laporan tugas akhir adalah penelitian deskriptif dengan metode studi kasus. Penelitian deskriptif yaitu

metode yang dilakukan dengan tujuan utama untuk memaparkan atau membuat gambaran tentang studi keadaan secara obyektif (Notoatmodjo, 2010). Sedangkan menurut Suryono (2011) subjek studi kasus dalam penelitian ini berjumlah 1 orang. Subjek diberikan asuhan secara komprehensif sejak Trimester 2 kehamilan hingga perawatan bayi dan imunisasi. Pada penyusunan studi kasus, penulis menggunakan data berupa:

1. Data primer yang didapatkan dari hasil wawancara, observasi, hasil pemeriksaan fisik dan data penunjang lain.
2. Data sekunder data yang diperoleh dari catatan medis klien berupa Buku KIA, hasil pemeriksaan laboraturium dan pemeriksaan penunjang.

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Data Subjektif

Tabel 1. Data pembahasan Data Subyektif

Teori	Kasus
– Riwayat Obstetri: pernah mengalami persalinan lama, janin besar, CPD – Umur penderita di atas 35 tahun – Riwayat penyakit TB tulang – Riwayat trauma pelvis – Tidak merasakan keluhan seperti ingin melahirkan	– Merupakan persalinan pertama pasien dengan usia kehamilan 41-42 minggu – Usia pasien 21 tahun – Pasien tidak pernah mengalami penyakit TB tulang ataupun kecelakaan – Pasien tidak merasakan keluham seperti tanda ingin melahirkan

Teori menjelaskan jika untuk menentukan adanya *disproporsi cephalopelvic* dapat dilakukan pemeriksaan seperti anamnesis seperti riwayat obsetri yang lalu mengalami persalinan lama, janin besar dan CPD pada multigravida. Kemudian riwayat penyakit TB tulang dan mengalami riwayat trauma pelvis baik itu untuk primigravida ataupun multigravida. Umur penderita di atas 35 tahun merupakan usia yang tidak aman (Oxorn & Forte, 2010). Usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20 sampai dengan 35 tahun (Romauli, 2011).

Sedangkan pada kasus ini merupakan kehamilan kedua namun, ini adalah persalinan yang pertama, pasien juga tidak memiliki riwayat penyakit TB tulang atau kelainan tulang lainnya maupun kecelakaan. Umur pasien saat hamil dan

bersalin juga berada pada usia yang aman yaitu 21 tahun.

Jadi berdasarkan penelitian yang telah diteliti, tidak semua ibu hamil dan bersalin dengan CPD mengalami anamnesis seperti yang teori jelaskan. Hanya saja terdapat satu kesamaan antara teori dan kasus yaitu pasien tidak mengalami keluhan atau galaja seperti ingin melahirkan. Pada kasus terdapat kesenjangan antara teori dan praktik yang terjadi di lapangan.

2. Pemeriksaan Fisik

Tabel 2. Pemeriksaan Fisik

Teori	Kasus
– Inspeksi : Ibu kelihatan pendek ruas tulang-tulangnya atau ada skoliosis, kifosis, dan lain-lain. CPD dicurigai pada wanita dengan tinggi badan > 145 dan > 150 cm. – Memastikan apakah kenaikan berat badan signifikan sehingga terjadi obesitas atau tidak karena jika obesitas ada kemungkinan bayi besar dan terjadi disproporsi kepala janin. – Dilakukan pengukuran TFU untuk mengukur tafsiran berat badan janin. Dengan cara TFU-11 x 155 (belum masuk panggul) – Palpasi abdominal dilakukan untuk menentukan bagian janin dan untuk memastikan apakah kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul (PAP). Pada kehamilan normal primigravida (hamil pertama) kepala janin sudah masuk PAP pada usia hamil 36 minggu	– Tinggi badan ibu 148 cm – Ibu tidak obesitas – TBBJ = 30-11 x 155 = 2945 gram – Pada usia hamil 36 minggu sampai dengan 41 minggu kepala janin belum masuk pintu panggul. Pemeriksaan leopold Leopold I : teraba bokong Leopold II :teraba punggung disebelah kanan ibu Leopold III : teraba kepala Leopold IV : belum masuk PAP

Teori menjelaskan jika untuk menentukan adanya *disproporsi cephalopelvic* dapat dilakukan pemeriksaan seperti tinggi badan yang dikaji untuk mengetahui tinggi badan pasien kurang dari 145 atau tidak, dan termasuk resiko tinggi atau tidak, CPD dicurigai pada wanita dengan tingi badan >145 atau > 150 cm (Manuaba, 2010). Kemudian berat badan dikaji untuk mengetahui adanya kenaikan berat badan pasien selama hamil, penambahan berat badan rata-rata 0,3-0,5 kg/minggu, tetapi nilai normal untuk penambahan berat badan selama kehamilan 9-12 kg dan apabila terjadi obesitas atau kenaikan berat badan yang

sangat signifikan maka ada kemungkinan bayi besar sehingga sulit melewati panggul (Manuaba, 2010). Pada primigravida (hamil pertama) kepala janin sudah turun dan masuk pintu atas panggul (PAP) pada minggu ke 36 (Manuaba, 2010).

Berdasarkan teori wanita beresiko CPD adalah wanita dengan tinggi badan >145 cm atau > 150 cm, pada pasien didapati tinggi hanya 148 cm sehingga ada kemungkinan pasein mengalami kesempitan panggul atau CPD. Selanjutnya dilakukan pemeriksaan Leopold pada pasien ditemukan jika kepala bayi masih belum masuk pintu atas panggul dengan usia kehamilan 41-42 minggu. Sedangkan pada kasus tidak terjadi obesitas karena selama kehamilan hingga persalinan pasien hanya mengalami kenaikan berat badan 12 Kg, kenaikan berat badan ini masih dalam rentang batas normal sehingga untuk terjadi bayi besar kemungkinannya kecil.

Pada pembahasan ini ditemukan satu kesenjangan antara temuan di lapangan dan teori yaitu berdasarkan teori obesetis merupakan salah satu penyebab bayi terhambat pada panggul atau disproporsi kepala janin karena obesitas pada ibu dapat menyebabkan ukuran bayi yang besar, namun tidak semua ibu yang mengalami CPD didominasi oleh ibu yang obesitas karena pada kasus ini pasien tidak mengalami obesitas dan tapsiran berat badan janin di bawah 3.000 gram. Pada kasus terdapat kesenjangan antara teori dan praktik di lapangan.

3. Pemeriksaan penunjang

Tabel 3. Pemeriksaan Penunjang

Teori	Kasus
– Diameter biparietal janin ditentukan melalui pemeriksaan USG – Kepastian CPD dilakukan partus percobaan dan pelvimetri radiologi untuk mengukur kapasitas panggul secara pasti	– Selama masa kehamilannya, pasien rutin melakukan antenatal care di puskesmas dan rutin melakukan pemeriksaan USG. Hingga pemeriksaan antenatal terakhir didapati hasil pemeriksaan oleh bidan kepala bayi belum masuk PAP dan Hb rendah sehingga dirujuk oleh pihak Puskesmas untuk memastikan kondisi janin dengan USG. – Pada pasien tidak dilakukan pemeriksaan pelvimetri radiologis ataupun partus percobaan.

Pada kasus yang meragukan dilakukan *pelvimetri rontgenologis*, untuk

memperoleh informasi tambahan yang berharga. Pengukuran panggul *(pelvimetri)* merupakan salah satu cara untuk memperoleh keterangan tentang keadaan panggul, tetapi pemeriksaan ini memiliki bahaya paparan radiasi terutama bagi janin sehingga jarang dilakukan (Oxorn dan Forte, 2010).

Selain itu juga dapat dilakukan pemeriksaan USG atau *Ultrasonografi,* USG merupakan salah satu teknologi kesehatan yang bermanfaat untuk meningkatkan pelayanan kesehatan yang berfungsi untuk memperkirakan usia kandungan dan hari persalinan, alat USG digunakan oleh obgyn untuk menegakkan diagnosa (Oxorn dan Forte, 2010).

Pada kasus didapati pasien melakukan pemeriksaan USG rutin dan setelah melakukan USG yang terakhir didapati hasil USG dengan diagnosa hamil 41-42 minggu dengan posterm, CPD dan plasenta letak rendah dan didapati TBJ 3.100 gram. Pada kasus tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan temuan di lapangan.

4. Penatalaksanaan

Tabel 4. Pembahasan Penatalaksanaan

Teori	Kasus
– Partus Percobaan - Trial of labor - Test of labor – Seksio sesarea – Simfisiotomi – Kraniotomi dan Kleidotomi	– Pada pasien dilakukan sectio sesarea

Secsio Caecarea merupakan prosedur operatif, yang dilakukan di bawah anestesia sehingga janin, plasenta dan ketuban dilahirkan melalui insisi dinding abdomen dan uterus. Prosedur ini biasanya dilakukan setelah viabilitas tercapai misal usia kehamilan lebih dari 24 minggu (Myles, 2011). Seksio sesarea efektif dilakukan pada kesempitan panggul berat dengan kehamilan *aterm*, atau *disproporsi cephalopelvic* yang nyata. *Seksio* juga dapat dilakukan pada kesempitan panggul ringan apabila ada komplikasi seperti *primigravida* tua dan kelainan letak janin yang tak dapat diperbaiki. Sebagian kelainan yang sering memicu tindakan ini adalah malposisi janin, plasenta previa, diabetes ibu, dan

Cephalopelvic Disoroporsi (CPD) serta lilitan tali pusat (Amin dan Hardi, 2013).

Pada kasus tidak dilakukan persalinan percobaan karena sama sekali tidak ada his ataupun tanda-tanda persalinan dan juga tidak dilakukan penatalaksanaan yang lainnya, karena berdasarkan teori tindakan SC merupakan tindakan paling efektif. Berdasarkan teori di atas juga dijelaskan jika sebagian kelaianan yang memicu tindakan SC salah satunya adalah *Cephalopelvic Disproportion* (CPD). Tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan temuan dilapangan.

5. Diagnosis Potensial

Tabel 5. Diagnosis Potensial

Teori	Kasus
– Partus lama yang menimbulkan dehidrasi serta asidosis dan infeksi intrapartum. – Ruptur Uteri karena his yang kuat sedangkan kemajuan janin dalam jalan lahir tertahan. – Dengan persalinan tidak maju suatu tempat mengalami tekanan yang lama antara kepala janin dan tulang panggul. Pada janin dapat menyebabkan: – Partus lama dapat meningkatkan kematian perinatal – Kejang – Prolasus Funikuli	Tidak ditemukan diagnosis potensial

Menurut teori apabila persalinan dengan *Cephalopelvic Disproportion* dibiarkan berlangsung sendiri tanpa pengambilan tindakan yang tepat, timbulnya bahaya bagi ibu dan janin. Pada ibu terjadi partus lama yang sering disertai pecahnya ketuban pada pembukaan kecil dapat menimbulkan dehidrasi serta *asidosis* dan *infeksi intrapartum*. *Ruptur Uteri* karena his yang kuat sedangkan kemajuan janin dalam jalan lahir tertahan. Dengan persalinan tidak maju karena *disproporsi cephalopelvic* jalan lahir pada suatu tempat mengalami tekanan yang lama antara kepala janin dan tulang panggul. Hal yang menimbulkan gangguan sirkulasi dengan akibat terjadinya *iskemia* dan kemudian *nekrosis* pada tempat tersebut (Sarwono, 2010).

Pada janin dapat menyebabkan partus lama dapat meningkatkan kematian *perinatal*, apabila ditambah dengan *infeksi intrapartum*, Kejang dan *Prolasus Funikuli*, apabila itu terjadi menyebabkan bahaya yang sangat besar bagi janin (Sarwono, 2010).

Pada teori dijelaskan diagnosis potensial dapat terjadi apabila tidak dilakukan tindakan dengan tepat namun berdasarkan penelitian ini diambil tindakan yang tepat yaitu tindakan *sectio caesarea* (SC) sehingga diagnosis potensial tidak terjadi. Tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktik di lapangan.

PENUTUP

Dari hasil penelitian ini dapat dibuat kesimpulan jika dengan pemeriksaan kehamilan yang rutin dapat mengetahui komplikasi dini pada masa kehamilan dan persalinan sehingga dapat dilakukan tindakan yang tepat. Seperti yang terdapat pada kasus yang penulis teliti ditemukan kelainan pada panggul yaitu *cephalopelvic disproportion* atau panggul sempit yang jika tidak dilakukan tindakan atau penatalaksanaan yang benar dan tepat maka dapat terjadi diagnosa potensial atau komplikasi. Namun pada kasus ini dilakukan penatalaksanaan yaitu *sectio caesarea* sehingga tidak terjadi komplikasi maupun masalah potensial sehingga ibu dan bayinya dalam keadaan baik dan sehat walaupun sebelumnya ibu sempat cemas.

Pada penelitian selanjutnya disarankan agar lebih memperhatikan tentang keadaan ibu dan memperhatikan aspek suami dan keluarga agar lebih berperan dalam dukungan moral untuk menyemangati ibu sehingga kecemasan ibu bisa berkurang. Diharapkan peneliti juga mampu mengaplikasikan ilmu yang didapatkan dan membandingkan keadaan lapangan dari teori yang ada sehingga ada gambaran perbandingan nya dalam menjalankan asuhan kebidanan ke depan ketika selesai pendidikan.

REFERENSI

1. Amin, Hardhi.2013. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC.* Media Action Publishing : Yogyakarta.
2. Kementerian Kesehatan RI. 2016. *Profil Kesehatan Indonesia 2015.*
3. Kementerian Kesehatan RI. 2018. *SDKI 2017.*
4. Manuba, I. (2010) *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB.* Jakarta: ECG.
5. Myles. 2011. *Buku Ajar Bidan.* Jakarta: EGC.
6. Nindi A Simin, Sonny J.R. Kalangi, Djon Wongkar (2012). Ukuran Panggul Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi dengan Tinggi Badan di bawah 150 cm. Jurnal Biomedik. 4 (3) https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/biomedik/article/download/1221/991.
7. Notoatmodjo S. *Metode Penelitian Kesehatan.* Jakarta: Rineka Cipta; 2010.
8. Oxorn, Harry dan William R. Forte 2010. *Ilmu Kebidanan Patologi & Fisiologi Persalinan.* Yogyakarta : Yayasan Essentia Medica.
9. Prawirohardjo, Sarwono. (2010). *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
10. Profil Kesehatan Provinsi Kalimantan Barat 2018, kesmes.go.id.
11. Romauli, S. (2011) *Buku Ajar Asuhan Kebidanan I : Konsep Dasar Asuhan Kehamilan*. yogyakarta: Nuha Medika.
12. SDKI. 2016. Jakarta. *Survey Dasar Kesehatan Indonesia*.
13. Siti Rafika Arman (2017). Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Pemilihan Metode Persalinas Sectio Caesarea di Rumah Sakit Agung Jakarta Periode November 2016 - Oktober 2017 https://digilib.esaunggul.ac.id/public/UEU-Undergraduate-10706-MANUSKRIP.Image.Marked.pdf.
14. Suryono. (2011). *Metodelogi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Mitra Cendikia.