

# ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. S DAN BAYI NY. S DENGAN DISTOSIA BAHU DI KOTA PONTIANAK

Ega Syavira<sup>1</sup>, Ismaulidia Nurvembrianti<sup>2</sup>, Eka Riana<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Mahasiswa Program Studi D-III Kebidanan, Politeknik 'Aisyiyah Pontianak

<sup>2</sup>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 : egasyavira0@gmail.com

## PERPUSTAKAAN INTISARI

**Latar Belakang:** Asuhan komprehensif adalah manajemen kebidanan mulai dari ibu hamil, bersalin, sampai bayi baru lahir sehingga persalinan dapat berlangsung dengan aman dan bayi yang dilahirkan selamat dan sehat sampai masa nifas. Angka Kematian Bayi (AKB) jika dilihat berdasarkan kasus kematian maternal yang terjadi pada tahun 2017 di Provinsi Kalimantan Barat, tercatat sebanyak 98 kasus kematian ibu. Program kebijakan yang dilakukan pemerintah Kalimantan Barat dalam menurunkan AKI dan AKB adalah melakukan pendampingan ibu hamil, optimalisasi peran jejaring (RS, Klinik Bersalin, BPM dan sektor terkait), meningkatkan kapasitas SDM baik pemerinrah maupun swasta, optimalisasi pencatatan dan pelaporan dan validasi data yang masuk dari RS maupun PMB, mengeluarkan surat edaran kebijakan setiap ibu hamil harus mendapatkan pelayanan komprehensif ibu hamil meliputi 10T, penggunaan buku KIA, pemeriksaan lab, pemeriksaan gigi dan konseling gizi serta screening.

**Tujuan Penelitian:** Mampu memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny. S Dengan Distosia Bahu dan Bayi Ny. S di Kota Pontianak

**Metode Penelitian:** Menggunakan metode observasional deskriptif dengan pendekatan studi kasus/ *Case Study Research* (CSR).

**Hasil Penelitian:** Berdasarkan data pengkajian pada Ny. S dan By. S dengan distosia bahu disebabkan karena tidak ada putaran paksi luar dan berat bayi lahir 4.000 gr, PB 50 cm, laki-laki hidup, tidak ada kelainan.

**Simpulan:** Berdasarkan asuhan kebidanan yang telah dilakukan dari pembahasan Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. S Dengan Distosia Bahu dan Bayi Ny. S menggunakan 7 langkah varney mulai dari pengumpulan data sampai dengan evaluasi dan kesimpulan yang bisa didapatkan adalah sesuai dengan teori yang ada dan terdapat adanya kesenjangan.

**Kata Kunci:** Asuhan Kebidanan Komprehensif, Ibu Hamil, Distosia Bahu

# COMPREHENSIVE MIDWIFERY CARE OF MRS. S AND BABY MRS. S WITH SHOULDER DYSTOCIA IN PONTIANAK CITY

## ABSTRACT

**Introduction:** comprehensive care is the management of midwifery from a pregnant woman, childbirth, until the newborn baby so the labor can take place safely and the baby is born safe and healthy until the postpartum period. Infant Mortality Rate (IMR) is seen based on maternal deaths that occurred in 2017 in the Province of West Kalimantan, there were 98 cases of maternal death. The policy program carried out by the West Kalimantan Government in reducing MMR and IMR is to assist pregnant women, optimize the role of networks (hospital, maternity clinics, clinical practice midwives and related sector) increase the capacity of human resources both government and private, optimization of recording and reporting and validation of data coming from the hospital and PMB, issued a policy circular every pregnant woman must get comprehensive services for pregnant women covering 10T, the use of MCH books, laboratory examinations, dental examinations, and nutritional counseling and screening.

**Research Purposes:** Be able to provide comprehensive midwifery care to Mrs. S with Shoulder Dystocia and baby Mrs. S in Pontianak City.

**Research Methods:** Using a descriptive observational method with a case study approach/ Case Study Research (CSR)

**Result:** Based on assessment data on Mrs. S and Baby Mrs. S With Shoulder dystosia caused by no external rotation and the birth weight of the baby was 4000 grams, body length 50 cm, male alive, no abnormalities.

**Conclusions:** Based on midwifery care that has been carried out from the discussion of comprehensive midwifery care in Mrs. S with Shoulder Dystocia and baby Mrs. S use Varney's 7 steps from data collection to evaluation and conclusions that can be obtained according to existing theories and gaps.

**Keywords :** Care Midwifery Comprehensive, Women Pregnant, Dystocia Shoulder

## PENDAHULUAN

Asuhan komprehensif adalah manajemen kebidanan mulai dari ibu hamil, bersalin, sampai bayi baru lahir sehingga persalinan dapat berlangsung dengan aman dan bayi yang dilahirkan selamat dan sehat sampai masa nifas (Lapau, 2015). *Continuity of care* adalah pelayanan yang dicapai ketika terjalin hubungan yang terus menerus antara seorang wanita dan bidan. Asuhan yang berkelanjutan yang berkaitan dengan tenaga profesional kesehatan, pelayanan kebidanan dilakukan mulai pra konsepsi, awal kehamilan, selama semua trimester, persalinan, bayi baru lahir, sampai nifas 6 minggu pertama post partum. Tujuannya adalah untuk membantu upaya penurunan AKI (Legawati, 2018).

Angka Kematian Bayi (AKB) di Kalimantan Barat untuk tahun 2012 berdasarkan laporan pendahuluan hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012 adalah 31 per 1.000 Kelahiran hidup. Sedang untuk Angka Kematian Bayi Nasional adalah 32 per 1.000 Kelahiran Hidup. Hal ini berarti terjadi penurunan angka kematian bayi yang signifikan di Provinsi Kalimantan Barat dimana angka kematian bayi di Kalimantan Barat sudah lebih rendah dibandingkan dengan angka kematian bayi nasional. Berturut-turut AKB di Kalimantan Barat berdasarkan hasil SDKI mulai tahun 1994 adalah 97 per 1.000 kelahiran hidup, Tahun 1997 menjadi 70 per 1.000 KH, Tahun 2002 menjadi 47 per 1.000 KH, turun menjadi 46 per 1.000 kelahiran hidup berdasarkan SDKI Tahun 2007 dan turun menjadi 31 per 1.000 KH berdasarkan laporan pendahuluan SDKI 2012. Sedang untuk hasil sensus pada tahun 2010, angka bayi di Kalimantan Barat adalah 27 per 100.000 KH sedang di tingkat nasional adalah sebesar 26 per 100.000 KH (Dinkes Penprov Kalbar, 2017).

Dilihat dari hasil Sensus Penduduk Tahun 2010, angka kematian ibu Provinsi Kalimantan Barat adalah sebesar 240 per 100.000 kelahiran hidup, sedang untuk nasional sebesar 259 per 100.000 kelahiran hidup. Hal ini berarti bahwa angka kematian ibu di Kalimantan Barat telah menunjukkan adanya penurunan yang sangat signifikan, dimana dalam dua dasawarsa, pada tahun 2012 angka kematian ibu di Kalimantan Barat berada di bawah angka nasional, baik dibandingkan dengan hasil SDKI maupun hasil sensus penduduk. Berdasarkan kasus kematian maternal yang terjadi pada tahun 2017 di Provinsi Kalimantan Barat, tercatat sebanyak 98 kasus kematian ibu. Sehingga jika dihitung angka kematian ibu maternal dengan jumlah kelahiran hidup sebanyak 86.572,

maka kematian ibu di Provinsi Kalimantan Barat pada tahun 2016 adalah sebesar 113 per 100.000 kelahiran hidup (Dinkes Pemprov Kalbar, 2017).

Program pemerintah yaitu mengurangi kemungkinan seorang perempuan menjadi hamil dengan upaya keluarga berencana, mengurangi kemungkinan seorang perempuan hamil mengalami komplikasi dalam kehamilan, persalinan atau masa nifas dengan melakukan asuhan antenatal dan persalinan dengan prinsip bersih dan aman, mengurangi kemungkinan komplikasi persalinan yang berakhir dengan kematian atau kesakitan melalui pelayanan obstetrik dan neonatal esensial dasar dan komprehensif (Prawirohardjo, 2009). Program kebijakan yang dilakukan pemerintah Kalimantan Barat dalam menurunkan AKI dan AKB adalah melakukan pendampingan ibu hamil, optimalisasi peran jejaring (RS, Klinik Bersalin, BPM dan sektor terkait), meningkatkan kapasitas SDM baik pemerintah maupun swasta, optimalisasi pencatatan dan pelaporan dan validasi data yang masuk dari RS maupun PMB, mengeluarkan surat edaran kebijakan setiap ibu hamil harus mendapatkan pelayanan komprehensif ibu hamil meliputi 10T, penggunaan buku KIA, pemeriksaan lab, pemeriksaan gigi dan konseling gizi serta screening (Dinkes, Kalbar 2018). Pelaksanaan pendampingan ini memerlukan kerjasama atau peran dari berbagai pihak selain pemerintah antara lain peran petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan yang berkualitas dan adil, serta peran aktif masyarakat dalam keluarga maupun sebagai kader kesehatan. Diharapkan minimal tiap pasien dan keluarga dapat menerapkan gaya hidup yang sehat dan baik.

Distosia bahu adalah suatu keadaan diperlukannya tambahan manuver obstetric oleh karena dengan tarikan bisa kearah belakang pada kepala bayi tidak berhasil untuk melahirkan bayi (Prawirohardjo, 2009). Distosia bahu terutama disebabkan oleh deformitas panggul, kegagalan bahu untuk melipat kedalam panggul disebabkan oleh fase aktif dan persalinan kala II yang pendek pada multi para sehingga penurunan kepala yang terlalu cepat menyebabkan bahu tidak melipat pada saat melalui jalan lahir atau kepala telah melalui pintu tengah panggul.

Surah QS. Al-Ahqaf ayat 15 sebagai berikut:

*Artinya : Kami perintahkan kepada manusia supaya berbuat baik kepada dua orang ibu bapaknya, ibunya mengandungnya dengan susah payah, dan melahirkannya dengan susah payah (pula). Mengandungnya sampai menyapihnya adalah tiga puluh bulan, sehingga apabila dia telah dewasa dan umurnya sampai empat puluh tahun ia berdoa: "Ya Tuhanku, tunjukilah aku untuk mensyukuri nikmat Engkau yang telah Engkau berikan kepadaku dan kepada ibu bapakku dan*

*supaya aku dapat berbuat amal yang saleh yang Engkau ridhai; berilah kebaikan kepadaku dengan (memberi kebaikan) kepada anak cucuku. Sesungguhnya aku bertaubat kepada Engkau dan sesungguhnya aku termasuk orang-orang yang berserah diri".*

Ayat ini adalah di antara bentuk kasih Allah kepada para hambaNya dan balasan baikNya terhadap para orang tua. Allah berwasiat dan memerintahkan para anak untuk berbuat baik terhadap orang tua dengan berkata yang lemah lembut, memberikan nafkah dan uang serta perbuatan baik lainnya, selanjutnya Allah menjelaskan sebab mengapakah berbuat baik terhadap orang tua diwajibkan, Allah menyebutkan beban mengandung yang ditanggung oleh seorang ibu serta berbagai rasa sakit yang dihadapi pada saat mengandung, selanjutnya beban berat pada saat melahirkan merupakan beban yang teramat besar, dilanjutkan lagi dengan beban menyusui dan merawat. Semua beban berat tersebut tidak berlangsung hanya sesaat, namun hal itu berlangsung dalam waktu yang lama yaitu, "tiga puluh bulan," menjalani hamil menghabiskan waktu Sembilan bulan, bisa kurang bisa lebih, sedangkan sisanya untuk menyusui, dan waktu ini berdasarkan pada umumnya.

## **METODE**

Desain penelitian ini menggunakan metode penelitian observasional deskriptif dengan pendekatan studi kasus (Sulistyaningsih, 2011). Metode penelitian deskriptif merupakan suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk membuat gambaran tentang suatu keadaan atau tertentu yang bersifat faktual dan objektif, sistematis dan akurat. Subjek studi kasus ialah orang yang akan dikenai kegiatan pengambilan kasus yaitu pada subjek kasus ini ialah Ny. S dengan distosia bahu dalam persalinan dan By. Ny. S (Notoatmodjo, 2010). Penulis menggunakan data berupa:

### **1. Data Primer**

Data primer diperoleh dari pemeriksaan yang dilakukan secara sistematis dari *head to toe*, wawancara yang dilakukan dengan menggunakan format asuhan kebidanan, dan observasi yang dilakukan secara langsung dilakukan penulis pada asuhan kebidanan komperhensif.

## 2. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh langsung dari lingkungan studi kasus. Pada dokumen didapatkan dengan melihat buku KIA, buku laporan kehamilan dan persalinan (Arikunto, 2010).

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### 1. Data Subjektif

**Tabel 1. Data Subjektif**

| No | Persalinan | Data subjektif  |
|----|------------|---|
| 1  | KALA I     | Umur ibu 36 tahun.<br>Ibu mengatakan ada keluar darah lendir.                           |
| 2  | KALA II    | Ibu mengatakan mules semakin sering dan kuat.<br>Ibu mengatakan ada rasa ingin meneran. |
| 3  | KALA III   | Ibu mengatakan mules.   |
| 4  | KALA IV    | Ibu mengatakan nyeri jalan lahir.   |

*(Sumber: (Data Primer, 2020); (Data Sekunder, 2020))*

Menurut data subjektif Ny. S umur 36 tahun menurut Sarwono, 2012 usia yang aman untuk kehamilan dikenal juga dengan istilah reproduksi sehat yaitu antara 20 sampai 30 tahun, dikatakan aman karena kematian maternal pada wanita hamil dan melahirkan pada rentang usia tersebut ternyata 2 sampai 5 kali lebih rendah daripada kematian maternal yang terjadi di rentang usia kurang dari 20 tahun atau lebih dari 30 tahun. Jarak kehamilan yang terlalu dekat dapat mengurangi manfaat yang diperoleh dari kehamilan sebelumnya, seperti uterus yang sudah membesar dan meningkatkan aliran darah ke uterus, sedangkan jika jarak terlalu pendek akan membuat ibu tidak memiliki waktu untuk pemulihan, kerusakan sistem reproduksi atau masalah postpartum (Prawihardjo, 2009).

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir, dengan bantuan atau tanpa bantuan (Marmi, 2012). Penurunan kadar progesteron menimbulkan relaksasi otot-otot rahim, sebaliknya estrogen meninggikan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesteron dan kadar estrogen di dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan progesteron menurun sehingga timbul his. Pada akhir kehamilan kadar oxytocin

bertambah yang dapat menyebabkan kontraksinya otot-otot rahim atau his (Yanti, 2010). Tanda-tanda persalinan menurut Mochtar, 2011 yaitu :

- a. Kepala turun memasuki pintu atas panggul.
- b. Perut kelihatan lebih melebar, fundus uteri turun.
- c. Sering bung air kecil atau sulit berkemih karena kandung kemih tertekan oleh bagian bawah janin.
- d. Perasaan nyeri di perut dan di pinggang oleh adanya kontraksi uterus yang disebut his.
- e. Serviks menjadi lembek, mulai mendatar dan sekresinya bertambah sehingga bercampur darah (*bloody show*).

Keluhan yang sering dirasakan ibu bersalin yaitu dimulai dengan adanya his yang dipengaruhi oleh hormon estrogen dan progesteron. Selanjutnya keluar lendir darah terjadi karena adanya pembuluh darah yang pecah akibat pendataran dan pembukaan servik. Ketuban pecah menjelang pembukaan lengkap (Mochtar, 2011).

Berdasarkan dari data pengkajian Ny. S yang telah dilakukan dapat diambil kesimpulan tidak ada kesenjangan antara teori dan praktik yaitu pada usia ibu yang mengancam resiko. Pada teori usia yang aman untuk kehamilan dikenal juga dengan istilah reproduksi sehat yaitu antara 20 sampai 30 tahun sedangkan pada Ny. S berumur 36 tahun yang memiliki resiko.

## 2. Data Objektif

**Tabel 2. Data Objektif**

| No | Persalinan | Data Objektif  |
|----|------------|--|
| I  | KALA I     | Ku : baik<br>Kesadaran : composmentis<br>Tekanan Darah : 110/80 mmHg<br>Nadi : 80 x/m<br>Respirasi : 20 x/m<br>Suhu : 36,4 °C<br>DJJ : 140 x/m<br>HIS : 4 x 10' (50'') |
|    |            | TBBJ : 3410 gr<br>Pemeriksaan Dalam : 08.30 WIB<br>Portio : Konsistensi : tipis<br>Posisi : anterior<br>Pendataran : 95 %<br>Pembukaan : 9 Cm                          |

|   |          |  |
|---|----------|--|
|   |          | Ketuban : +<br>Terbawah : kepala<br>Penurunan : H III<br>Petunjuk : UUK  |
| 2 | KALA II  | Ku : baik<br>Kesadaran : composmentis<br>HIS : 4 x 10' (50'')<br>DJJ : 142 kali/menit<br>Tekanan anus, perineum menonjol, vulva membuka<br>VT : pembukaan lengkap, ketuban (+), kepala hodge III, Moulase (-), UUK depan<br>1. Kepala bayi tidak melakukan putaran paksi luar.<br>2. Adanya turtel nick.<br>3. Tidak ada belitan tali pusat. |
| 3 | KALA III | 1. TFU setinggi pusat, tidak teraba janin kedua, kontraksi uterus keras.<br>2. Tali pusat tampak menjulur didepan vulva  |
| 4 | KALA IV  | KU : baik<br>Kesadaran : composmentis<br>TD : 120/80 mmHg<br>Nadi : 88 x/m<br>Suhu : 36,9 °C<br>Pernapasan : 20 x/m<br>TFU : 2 jari di bawah pusat<br>Kontraksi Uterus : keras<br>Kandung kemih : tidak penuh<br>Rupture pada mukosa vagina, kulit perineum, otot perineum   |

(Sumber: (Data Primer, 2020); (Data Sekunder, 2020))

Data objektif adalah data yang dapat di observasi dan di ukur (Estiwidani, 2008). Pada Ny. S keadaan umumnya baik. Pemeriksaan umum bertujuan untuk menilai keadaan umum pasien, status gizi, tingkat kesadaran, serta ada tidaknya kelainan bentuk badan (Hidayat, dkk, 2010). Fakta dalam pengukuran tinggi pada Ny. S 145 cm. Tinggi badan diperiksa pada saat ibu hamil datang pertama kali kunjungan, dilakukan untuk mendeteksi tinggi badan ibu yang berguna untuk mengkategorikan adanya resiko apabila hasil pengukuran <145 cm (Wikjosastro, 2010). Tinggi ibu adalah salah satu ukuran paling sederhana untuk dipertimbangkan. Biasanya tinggi badan ditentukan dan memerlukan perhatian untuk resiko disproporsi kepala panggul (DKP) serta untuk rujukan ke pusat kesehatan yang lebih tinggi, berat badan yang baik selama kehamilan memprediksi



berat badan terutama di trimester ketiga dikaitkan dengan berat badan bayi. Faktor yang menyebabkan kelainan letak diantaranya paritas ibu dan bentuk panggul ibu yaitu pada panggul sempit yang menyebabkan flaksi janin yang tidak baik pada pintu atas panggul (Mulyawati, 2011).

Pengukuran berat bayi Ny. S adalah 4.000 gram. Bayi baru lahir atau neonatus dibagi menjadi dalam beberapa klasifikasi (Marmi, 2015), yaitu:

- a. Berat badan lahir rendah : < 2500 gram.
- b. Berat badan lahir cukup : 2500 - 4000 gram.
- c. Berat badan lahir lebih : > 4000 gram.

Terdapat resiko komplikasi dari berat badan lahir lebih, baik dialami oleh ibu atau bayi. Resiko komplikasi ibu saat melahirkan antara lain, perdarahan, infeksi, secsio sesaria dan preklamsia, sedangkan pada resiko yang mengancam bayi sewaktu dilahirkan adalah mengalami distosia dan kematian perianal (Manuaba, 2010).

Laserasi merupakan robekan yang terjadi pada perenium, vagina, serviks, atau uterus dapat terjadi secara spontan maupun akibat tindakan manipulatif pada pertolongan persalinan. Laserasi diklasifikasikan sebagai beriku :

- a. Derajat satu yaitu pada mukosa vagina, tidak perlu di jahit jika tidak ada perdarahan.
- b. Derajat dua yaitu mukosa vagina, kulit perenium, dan otot perenium.
- c. Derajat tiga yaitu mukosa vagina, kulit perenium, otot perenium, dan otot sftingterani.
- d. Derajat empat yaitu mukosa vagina, kulit perenium, otot perenium, otot sftingterani, dan dinding depan rektum (Nugroho, 2010).

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan dapat diambil kesimpulan pada pengkajian Ny. S bahwa tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus yaitu benar bahwa resiko pada tinggi badan ibu yang hanya 145 cm dan berat badan bayi 4.000 gram yang dapat mempengaruhi terjadinya distosia bahu.

### 3. Data Analisis

**Tabel 3. Data Analisis**

| No | Persalinan | Data Analisis   |
|----|------------|---|
| 1  | KALA I     | G5 P0 A0 M1 Hamil 40 Minggu, Inpartu Kala I Fase Aktif Janin Tunggal Hidup Presentasi |

|   |          |   |
|---|----------|---|
|   |          | Belakang Kepala   |
| 2 | KALA II  | G5 P0 A0 M1 Hamil 40 Minggu, Inpartu Kala II Dengan Distosia Bahu Janin Tunggal Hidup |
| 3 | KALA III | P5 A0 Inpartu Kala III  |
| 4 | KALA IV  | P5 A0 Inpartu Kala IV Dengan Laserasi Perineum Derajat 2                              |

(Sumber: (Data Primer, 2020); (Data Sekunder, 2020))

Diagnosis yang ditegakkan bidan dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur (tata nama) diagnosa kebidanan (Purwandari, 2008). Diagnosa : G...P...A... umur ... tahun, hamil ... minggu, dengan ..... janin tunggal, presentasi .... Berdasarkan teori di atas maka tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus di lapangan.

#### 4. Data Penatalaksanaan

**Tabel 4. Penatalaksanaan**

| Keterangan | Penatalaksanaan  |
|------------|--|
| Kala I     | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu (ibu menanggapi)</li> <li>2. Menganjurkan ibu untuk miring ke kiri (ibu melakukannya)</li> <li>3. Menganjurkan ibu untuk makan dan minum seperti biasanya (Ibu hanya minum)</li> <li>4. Menganjurkan ibu untuk tidak menahan buang air kecil dan menjelaskan tujuannya (ibu melaksanakan anjuran yang diberikan)</li> <li>5. Mengecek kembali perlengkapan persalinan, alat, dan obat (semua peralatan lengkap)</li> <li>6. Mengobservasi TTV, HIS, DJJ dan kemajuan persalinan dalam partograf (hasil terlampir di partograf).</li> </ol>  |
| Kala II    | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan sudah boleh meneran ketika ada kontraksi, keadaan janin saat ini baik.</li> <li>2. Dilakukan amniontomi, warna ketuban putih keruh <math>\pm 50</math> cc.</li> <li>3. Dipimpin ibu untuk meneran, ibu dapat melakukannya.</li> <li>4. Melahirkan kepala bayi.</li> <li>5. Melakukan episiotomi pada saat kepala bayi sudah lahir untuk melahirkan bahu bayi karena tidak ada putaran paksi luar.</li> <li>6. Melahirkan bahu bayi dengan manuver MC Robert. Lama pada saat melahirkan bahu bayi <math>\pm 2</math> menit.</li> <li>7. Bayi lahir spontan langsung menangis, tonus otot baik, pukul 10.02 WIB anak laki-laki hidup.</li> </ol> |
| Kala III   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan injeksi oksitoksin 1 amp via IM 5 pada 1/3 paha atas bagian depan, tidak ada reaksi alergi</li> <li>2. Memotong tali pusat, tali pusat di potong dan diikat</li> </ol>  |

|         |  |
|---------|--|
|         | <p>dengan benang steril</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Mengeringkan bayi dan melakukan IMD</li> <li>4. Melahirkan plasenta sesuai langkah manajemen aktif kala III. Melakukan peregang tali pusat terkendali /PTT, plasenta lahir spontan jam 10.15 WIB</li> <li>5. Melakukan massase uterus, uterus teraba keras</li> <li>6. Perdarahan <math>\pm 200</math> cc</li> <li>7. Memeriksa kelengkapan plasenta, plasenta lengkap dan tidak ada pengapuran.</li> </ol>  |
| Kala IV | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan heating jelujur pada ruptur perineum tanpa anastesi</li> <li>2. Memfasilitasi <i>personal hygiene</i>, ibu sudah bersalin dan merasa nyaman</li> <li>3. Mengajarkan cara massase fundus uteri dan menjelaskan tujuannya, ibu dapat melakukannya</li> <li>4. Memfasilitasi <i>rooming in</i>, ibu dan bayi</li> <li>5. Memberikan terapi amox (3x1) As. mefenamat (3x1), Vit. A (1x1) Fe (2x1), menjelaskan cara mengkomsumsinya, ibu dapat mengulangi penjelasan yang diberikan</li> <li>6. Memberikan HE dan memfasilitasi tentang : mobilisasi bertahap dan cara menyusui dengan benar, ibu dapat melakukannya.</li> <li>7. Melakukan observasi kala IV hasil terlampir di partograf.</li> </ol> |

(Sumber: (Data Primer, 2020); (Data Sekunder, 2020))

Berdasarkan fakta pada penatalaksanaan di lapangan dengan penatalaksanaan SOP sudah memenuhi kriteria dan sesuai dengan langkah.

**Tabel 5. SOP Distosia Bahu**

| <b>SOP DISTOSIA BAHU</b> |   |
|--------------------------|---|
| 1. Pengertian            | Distosia bahu adalah suatu keadaan diperlukan tambahan manuever obsterik oleh karena dengan tarikan biasa ke arah belakang pada kepala bayi tidak berhasil melahirkan bayi.   |
| 2. Tujuan                | <p>Sebagai acuan penerapan langkah-langkah penataan distosia bahu sehingga mampu mengenali secara dini, menentukan diagnosis dan menyelesaikan hambatan kemajuan persalinan yang diakibatkan oleh kelainan letak, malpresentasi, CPD, dll.</p> <p>Sebagai acuan penerapan langkah-langkah penataan distosia bahu sehingga Mampu mengenali secara dini, menentukan diagnosis dan menyelesaikan hambatan kemajuan persalinan yang diakibatkan oleh kelainan letak, malpresentasi, CPD, dll.</p> <p>Sebagai acuan penerapan langkah-langkah penataan distosia bahu sehingga Mampu mengenali secara dini, menentukan diagnosis dan menyelesaikan hambatan kemajuan persalinan</p> |

|                                |  |
|--------------------------------|--|
|                                | yang diakibatkan oleh kelainan letak, malpresentasi, CPD, dll.<br>Sebagai acuan dalam penerapan langkah-langkah dalam melakukan penatalaksanaan distosia bahu.   |
| 3. Kebijakan                   | BPM  |
| 4. Referensi                   | Sarwono Prawiroharjo 2012  |
| 5. Prosedur                    | Alat : Sarung tangan DTT atau steril   |
| 6. Langkah                     | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gunakan sarung tangan DTT atau steril</li> <li>2. Lakukan Manuver McRobert's <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Dengan posisi ibu berbaring pada punggungnya, minta ibu menarik kedua lututnya sejauh mungkin ke arah dadanya. Minta suami atau anggota keluarganya untuk membantu ibu.</li> <li>b. Tekan kepala bayi secara mantap dan terus menerus ke arah bawah (ke arah anus ibu) untuk menggerakkan bahu anterior di bawah simfisis pubis.</li> </ol> </li> <li>3. Jika bahu masih tetap tidak lahir setelah melakukan manuver di atas, minta ibu untuk berganti ke posisi merangkak. Coba bantu kelahiran bayi tersebut dalam posisi ini dengan cara melakukan tarikan perlahan pada bahu anterior ke arah atas dengan hati-hati, segera setelah bahu anterior lahir, lahirkan bahu posterior dengan tarikan perlahan ke arah bawah dengan hati-hati.</li> </ol> |
| 7. Hal yang perlu diperhatikan | Catatan : Jangan lakukan dorongan pada fundus, karena akan mempengaruhi bahu jauh lebih jauh dan bisa menyebabkan ruptur uteri.  |

(Sumber: (Data Primer, 2020); (Data Sekunder, 2020))

Pada Ny. S dilakukan episiotomi untuk melahirkan bahu agar bisa lahir. Membuat episiotomi yang cukup luas untuk mengurangi obstruksi jaringan lunak dan memberi ruangan yang cukup untuk tindakan. Lakukan episiotomi setelah membersihkan mulut dan hidung anak, lakukan usaha untuk membebaskan bahu anterior dari simfisis pubis dengan berbagai manuver. Manuver McRobert dimulai dengan memosisikan ibu dalam posisi McRobert, yaitu ibu telentang, memfleksikan kedua paha sehingga lutut menjadi sedekat mungkin ke dada, dan rotasikan kedua kaki ke arah luar (abduksi). Lakukan episiotomi yang cukup lebar. Gabungan episiotomi dan posisi McRobert akan mempermudah bahu posterior melewati promontorium dan masuk ke dalam panggul. Mintalah asisten menekan suprasimfisis ke arah posterior menggunakan pangkal tangannya untuk menekan bahu anterior agar mau masuk di bawah simfisis. Sementara itu lakukan tarikan pada kepala janin ke arah posterokaudal dengan mantap. Langkah tersebut akan melahirkan bahu anterior. Hindari tarikan yang berlebihan karena akan mencederai

pleksus brakialis. Setelah bahu anterior dilahirkan, langkah selanjutnya sama dengan pertolongan persalinan persentasi kepala. Manuver ini cukup sederhana, aman, dan dapat mengatasi sebagian besar distosia bahu derajat ringan sampai sedang (Prawirohardjo, 2009). Penyebab distosia bahu yaitu dinding perut yang kendur pada multipara, kesempitan panggul, plasenta previa, prematuritas, kelainan bentuk rahim seperti mioma uteri, kehamilan ganda, bayi besar (Fauziah Yulia, 2012).

Pada Ny. S melakukan IMD tidak memenuhi kriteria, karena tidak dapat tanda-tanda keberhasilan bayi untuk mencari puting susu dan dalam jangka waktu yang singkat. Inisiasi Menyusu Dini (IMD) merupakan awal mula seorang ibu memberikan ASI kepada bayinya pada jam pertama kelahiran. Hal ini juga salah satunya untuk memastikan bahwa bayi menerima kolostrum yang kaya akan zat kekebalan atau daya tahan tubuh. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan IMD dalam waktu 60-90 menit, menyusu pertama biasanya berlangsung pada menit ke-45-60 dan berlangsung selama 10-20 menit dan bayi cukup menyusu dari satu payudara. Jika bayi belum menemukan puting ibu dalam waktu 1 jam, posisikan bayi lebih dekat dengan puting ibu dan biarkan kontak kulit dengan kulit selama 30-60 menit berikutnya (Kementerian Kesehatan RI, 2013). Perdarahan postpartum didefinisikan sebagai kehilangan 500 ml atau lebih darah setelah persalinan pervaginam atau 1000 ml atau lebih setelah seksio sesaria (WHO, 2012).

Penjahitan perineum dilakukan jika ditemukan laserasi perineum dan vagina bertujuan menyatukan kembali jaringan tubuh dan mencegah kehilangan darah abnormal. Kewenangan bidan pada laserasi derajat 1 dan derajat 2. Penjahitan laserasi menggunakan anestesi lokal bertujuan memberikan asuhan sayang ibu agar ibu merasa nyaman, lebih cepat dalam proses penjahitan (Harry, 2010).

Berdasarkan pengkajian di atas terdapat kesenjangan antara teori dan praktik yaitu perawatan tali pusat pada Ny. S dilakukan dengan membersihkan, mengeringkan, kemudian membungkus tali pusat dengan kassa steril, sedangkan menurut teori perawatan tali pusat cukup dibersihkan, dikeringkan dengan kassa steril dan tidak dibungkus dengan apapun (APN, 2010). Menurut teori tali pusat tidak boleh dibungkus dengan apapun, karena membuatnya menjadi lembab dan juga dapat menimbulkan resiko infeksi (APN, 2010). Hal ini mendapatkan

kesenjangan pada IMD karena tidak ada terdapat tanda-tanda keberhasilan melakukan IMD dan dilihat dari kurun waktu yang diberikan yaitu kurang lebih 30 menit.

## **PENUTUP**

Berdasarkan asuhan kebidanan yang telah dilakukan dari pembahasan “Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. S dan Bayi Ny. S” dengan menggunakan 7 langkah varney mulai dari pengumpulan data sampai dengan evaluasi, maka penulis mengambil keputusan. Asuhan Kebidanan pada Ny. S dan Bayi Ny. S telah dilakukan sesuai dengan 7 langkah varney dan dituangkan ke dalam bentuk SOAP. Pengkajian pengumpulan data subjektif dan objektif telah dilaksanakan dengan pengumpulan semua data menurut lembar format yang tersedia melalui teknik observasi sistematis pada asuhan kebidanan. Analisis telah ditegakkan berdasarkan data dasar yang didapat pada langkah pertama asuhan persalinan dengan distosia bahu. Tidak terdapat perbedaan pada konsep dasar asuhan persalinan dengan distosia bahu.

Pelaksanaan asuhan kebidanan pada Ny. S dan Bayi Ny. S, terdapat kesenjangan antara teori dan penatalaksanaan yaitu pada perawatan tali pusat dan IMD dimana perawatan tali pusat dilakukan dengan membersihkan dan mengeringkan kemudian dibungkus menggunakan kasa steril, sedangkan diteori merawat tali pusat cukup dibersihkan, dikeringkan dengan kasa steril dan tidak dibungkus dengan apapun (APN, 2010). Pada IMD karena tidak ada terdapat tanda-tanda keberhasilan melakukan IMD dan dilihat dari kurun waktu yang diberikan yaitu kurang lebih 30 menit. Pada teori sebagian besar bayi akan berhasil melakukan IMD dalam waktu 60-90 menit, menyusui pertama biasanya berlangsung pada menit ke 45-60 dan berlangsung selama 10-20 menit dan bayi cukup menyusui dari satu payudara. Jika bayi belum menemukan puting ibu dalam waktu 1 jam, posisikan bayi lebih dekat dengan puting ibu dan biarkan kontak kulit dengan kulit selama 30-60 menit berikutnya (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

## **REFERENSI**

1. APN. (2011). *Asuhan Persalinan Normal Dan Inisiasi Menyusui Dini*. Penerbit JNPK-KR, Jakarta.

2. Arikunto. S. (2010). *Metodologi Penelitian*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.
3. Kementerian Kesehatan, (2010). *Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu*. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat.
4. Kementerian Kesehatan. (2013). *Profil Dinas Kesehatan Indonesia*. Jakarta. Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
5. Manuaba Ida Bagus, (2010). *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan KB*. Jakarta: EGC.
6. Marmi. (2012). *Intranatal Care Asuhan Kebidanan Pada Persalinan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
7. Marmi. (2015). *Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas "Puerperium Care"*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
8. Mochtar, Rustam, 2011. *Sinopsis Obstetri*. Jakarta: EGC.
9. Notoatmodjo. S. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
10. Nugroho. T, dkk. 2014. *Buku Ajar Askeb I Kehamilan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
11. Prawirohradjo, Sarwono. 2012. *Ilmu kebidanan*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka.
12. Sulistyawati, Ari. 2012. *Asuhan Kebidanan Masa Kehamilan*. Cetakan keempat. Jakarta: Salemba Medika.
13. World Health Organization (WHO). 2012. WHO, UNICEF, UNFPA, The WorldBank. *Trend in maternal mortality: 1990 to 2013*.