

LAPORAN CASE BASED DISCUSSION (CBD)

**ASUHAN KEBIDANAN KEGAWATDARURATAN INTRAPARTUM KALA
II PADA NY. H USIA 33 TAHUN G2P1A0 USIA KEHAMILAN
39+6 MINGGU DENGAN FETAL DISTRESS DI
RSU PKU MUHAMMADIYAH BANTUL**

Dosen Pembimbing Pendidikan : Bdn. Belian Anugrah Estri, S.ST, M.MR



Disusun Oleh :

Febriyanti Syamsudin

2510106020

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN PROGRAM PROFESI

FAKULTAS ILMU KESEHATAN

UNIVERSITAS 'AISYIYAH

YOGYAKARTA

2025/2026

HALAMAN PENGESAHAN LAPORAN

CASE BASED DISCUSSION (CBD)

**ASUHAN KEBIDANAN KEGAWATDARURATAN INTRAPARTUM KALA
II PADA NY. H USIA 33 TAHUN G2P1A0 USIA KEHAMILAN
39+6 MINGGU DENGAN FETAL DISTRESS DI
RSU PKU MUHAMMADIYAH BANTUL**



Bantul,

2026

Pembimbing Pendidikan

Preceptor

Mahasiswa

**Bdn. Belian Anugrah Estri,
S.ST, M.MR**

Bdn. Sulistya Dewi, S.ST

Febriyanti Syamsudin

DAFTAR ISI

HALAMA JUDUL

HALAMAN PENGESAHAN

DAFTAR ISI	ii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	2
C. Tujuan	2
BAB II TINJAUAN TEORI	4
BAB III DOKUMENTASI SOAP DAN RENCANA TINDAK LANJUT	20
BAB IV PEMBAHASAN	36
BAB V SIMPULAN	38
DAFTAR PUSTAKA	39



UNISA
Universitas 'Aisyiyah
Yogyakarta

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Persalinan merupakan proses fisiologis yang menandai akhir masa kehamilan dan idealnya berlangsung secara normal pada usia kehamilan cukup bulan (37–42 minggu). Meskipun demikian, dalam praktik klinis, persalinan dapat disertai komplikasi yang muncul secara tiba-tiba dan berkembang menjadi kegawatdaruratan intrapartum yang membutuhkan penanganan segera guna mencegah meningkatnya angka kesakitan dan kematian ibu maupun bayi (Prawirohardjo, 2016; Cunningham et al., 2018).

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan indikator strategis yang mencerminkan derajat kesehatan masyarakat serta mutu pelayanan kesehatan maternal di suatu negara. Di Indonesia, data Sistem Maternal Perinatal Death Notification menunjukkan jumlah kematian ibu meningkat dari 4.005 kasus pada tahun 2022 menjadi 4.129 kasus pada tahun 2023, dengan penyebab utama adalah komplikasi hipertensi dalam kehamilan dan perdarahan (Kemenkes RI, 2023) .

Selain keselamatan ibu, keselamatan bayi baru lahir juga menjadi perhatian utama. Angka Kematian Neonatal (AKN) merupakan indikator penting kualitas pelayanan perinatal. Menurut laporan analisis kesehatan, angka kematian bayi di Indonesia meningkat dari sekitar 20.882 kasus pada 2022 menjadi 29.945 kasus pada 2023, di mana salah satu penyebab utamanya adalah komplikasi kelahiran termasuk asfiksia (Kemenkes RI, 2023) .

Fetal distress atau gawat janin merupakan kondisi gangguan kesejahteraan janin yang terutama terjadi selama proses persalinan akibat hipoksia atau ketidakcukupan suplai oksigen. Secara klinis, kondisi ini ditandai oleh perubahan pola denyut jantung janin yang tidak normal dan dapat berpotensi berkembang menjadi asfiksia jika tidak segera ditangani. Deteksi dini melalui pemantauan denyut jantung janin secara berkala serta pengambilan keputusan klinis yang cepat dan tepat merupakan langkah krusial dalam menurunkan risiko morbiditas dan mortalitas perinatal (Cunningham et al., 2018; WHO, 2023)

B. Rumusan Masalah

1. Bagaimana pengkajian data subjektif pada Ny. H Inpartu Kala II Dengan Fetal Distres Di Ruang Bersalin RSUD Muhammadiyah Bantul?
2. Bagaimana pengkajian data objektif melalui pemeriksaan fisik dan penunjang pada Ny. H Inpartu Kala II Dengan Fetal Distres Di Ruang Bersalin RSUD Muhammadiyah Bantul?
3. Bagaimana menegakkan analisa atau diagnosis kebidanan secara tepat pada Ny. H Inpartu Kala II Dengan Fetal Distres Di Ruang Bersalin RSUD Muhammadiyah Bantul?
4. Bagaimana penatalaksanaan persalinan yang dilakukan secara cepat, tepat, dan kolaboratif pada Ny. H Inpartu Kala II Dengan Fetal Distres Di Ruang Bersalin RSUD Muhammadiyah Bantul?

C. Tujuan

1. Tujuan umum :
Melakukan Asuhan Kebidanan kegawatdaruratan Pada Ny. H Inpartu Kala II Dengan Fetal Distres Di Ruang Bersalin RSUD Muhammadiyah Bantul?
2. Tujuan khusus :
 - a. Melakukan pengkajian data subjektif pada Asuhan Kebidanan kegawatdaruratan pada Ny. H Inpartu Kala II Dengan Fetal Distres Di Ruang Bersalin RSUD Muhammadiyah Bantul?
 - b. Melakukan pengkajian data objektif pada Asuhan Kebidanan kegawatdaruratan maternal pada Ny. H Inpartu Kala II Dengan Fetal Distres Di Ruang Bersalin RSUD Muhammadiyah Bantul?
 - c. Menegakkan analisa pada Asuhan Kebidanan kegawatdaruratan persalinan kala II pada Ny. H Inpartu Kala II Dengan Fetal Distres Di Ruang Bersalin RSUD Muhammadiyah Bantul?
 - d. Mampu melakukan penatalaksanaan pada Asuhan Kebidanan kegawatdaruratan pada Ny. H Inpartu Kala II Dengan Fetal Distres Di Ruang Bersalin RSUD Muhammadiyah Bantul?

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Persalinan

1. Pengertian

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang dapat hidup ke dunia luar dari rahim melalui jalan lahir atau jalan lain (Diana, 2019). Persalinan adalah rangkaian peristiwa keluarnya bayi yang sudah cukup berada dalam rahim ibunya, dengan disusul oleh keluarnya plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu. (Fitriana, 2021). Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu) lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Prawirohardjo, 2020)

2. Tujuan Asuhan Persalinan

Tujuan asuhan persalinan adalah mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal (Prawirohardjo, 2020).

3. Sebab-sebab yang Menimbulkan Persalinan

a. Penurunan kadar progesterone Progesterone menimbulkan relaksasi otot-otot rahim, sebaliknya estrogen meninggikan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesterone dan estrogen dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar progesterone menurun sehingga timbul his. Proses penebaran plasenta terjadi mulai umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, dan pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Produksi progesterone mengalami penurunan, sehingga otot Rahim lebih sensitive terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesterone tertentu.

b. Teori oksitocin

Oksitocin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesterone dapat mengubah sensitivitas otot Rahim, sehingga sering terjadi kontraksi Braxton Hicks. Diakhir kehamilan kadar progesterone menurun sehingga oksitocin bertambah dan meningkatkan

aktivitas otot-otot rahim yang memicu terjadinya kontraksi sehingga terdapat tanda-tanda persalinan.

c. Keregangan otot-otot

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tertentu terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai. Seperti halnya dengan Bladder dan Lambung, bila dindingnya teregang oleh isi yang bertambah maka timbul kontraksi untuk mengeluarkan isinya. Demikian pula dengan Rahim, maka dengan majunya kehamilan makin teregang otot-otot rahim makin rentan.

d. Pengaruh janin Hipofise dan kelenjar suprarenal janin juga memegang peranan karena pada anencephalus kehamilan sering lebih lama dari biasa, karena tidak terbentuk hipotalamus. Pemberian kortikosteroid dapat menyebabkan maturase janin, dan induksi (mulainya) persalinan.

e. Teori Prostaglandin Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak usia kehamilan 15 minggu yang dikeluarkan oleh desidua. Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua diduga menjadi salah satu penyebab terjadinya persalinan. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot Rahim sehingga hasil konsepsi dapat keluar. Prostaglandin dapat dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan (Seran dkk, 2023)

4. Tanda dan Gejala Persalinan

a. Tanda-tanda permulaan persalinan

1) Lightening

Beberapa minggu sebelum persalinan, calon ibu merasa bahwa keadaannya menjadi lebih enteng. Ia merasa kurang sesek, tetapi sebaliknya ia merasa bahwa berjalan sedikit lebih sukar, dan sering merasa nyeri pada anggota gerak bawah.

2) Pollakisuria

Pada akhir bulan hasil pemeriksaan didapatkan epigastrium kendor, fundus uteri lebih rendah daripada kedudukannya dan kepala janin sudah mulai masuk ke dalam pintu atas panggul. Keadaan ini menyebabkan kandung kemih tertekan sehingga merangsang ibu untuk sering kencing yang disebut pollakisuria.

- 3) False Labor Tiga atau empat minggu sebelum persalinan, ibu diganggu oleh his pendahuluan yang sebetulnya hanya peningkatan dari kontraksi Braxton hicks. His pendahuluan ini bersifat:
 - a) Nyeri yang hanya terasa di perut bagian bawah
 - b) Tidak teratur
 - c) Lamanya his pendek, tidak bertambah kuat dengan berjalannya waktu dan bila dibawa jalan his nya berkurang.
 - d) Tidak ada pengaruh pada perdarahan atau pembukaan serviks
 - 4) Energy spurt
Beberapa ibu akan mengalami peningkatan energi kira-kira 24-48 jam sebelum persalinan mulai. Peningkatan energi ibu ini tampak dari aktifitas yang dilakukannya seperti membersihkan rumah, mengepel, mencuci perabot rumah, dan pekerjaan rumah lainnya sehingga ibu akan kehabisan tenaga menjelang kelahiran bayi, sehingga persalinan menjadi panjang dan sulit.
 - 5) Gastrointestinal Upsets Beberapa ibu mungkin akan mengalami tanda-tanda seperti diare, obstipasi, mual dan muntah karena efek penurunan hormon terhadap sistem pencernaan
- b. Tanda-tanda timbulnya persalinan (inpartu)
- Pada fase ini sudah memasuki tanda-tanda inpartu:
- 1) Terjadinya his persalinan Secara umum, tanda awal bahwa ibu hamil untuk melahirkan adalah mengejangnya rahim atau dikenal dengan istilah kontraksi. Kontraksi tersebut berirama, teratur, dan involuter, umumnya kontraksi bertujuan untuk menyiapkan mulut lahir untuk membesar dan meningkatkan aliran darah di dalam plasenta. Setiap kontraksi uterus memiliki tiga fase yaitu:
 - a) Increment : Ketika intensitas terbentuk.
 - b) Acme : Puncak atau maximum.
 - c) Decement : Ketika otot relaksasiKontraksi yang sesungguhnya akan muncul dan hilang secara teratur dengan intensitas makin lama makin meningkat. Perut akan mengalami kontraksi dan relaksasi, diakhir kehamilan proses kontraksi akan lebih sering terjadi. Mulanya kontraksi terasa seperti sakit pada punggung bawa berangsur-angsur bergeser ke bagian bawah perut mirip dengan mules saat haid.

Kontraksi terjadi simetris di kedua sisi perut mulai dari bagian atas dekat saluran telur ke seluruh rahim, kontraksi rahim terus berlangsung sampai bayi lahir. Kontraksi uterus memiliki periode relaksasi yang memiliki fungsi penting untuk mengistirahatkan otot uterus, memberi kesempatan istirahat bagi wanita, dan mempertahankan kesejahteraan bayi karena kontraksi uterus menyebabkan kontraksi pembuluh darah plasenta. Ketika otot uterus berelaksasi di antara kontraksi, uterus terasa lembut dan mudah ditekan, karena uterus berkontraksi ototnya menjadi keras dan lebih keras, dan keseluruhan uterus terlihat naik ke atas pada abdomen sampai ke ketinggian yang tertinggi. Setiap kali otot berkontraksi, rongga uterus menjadi lebih kecil dan bagian presentasi atau kantong amnion didorong ke bawah ke dalam serviks. Serviks pertama-tama menipis, mendatar, dan kemudian terbuka, dan otot pada fundus menjadi lebih tebal.

2) Keluarnya lendir bercampur darah (show)

Lendir disekresi sebagai hasil proliferasi kelenjar lendir servik pada awal kehamilan. Lendir mulanya menyumbat leher rahim, sumbatan yang tebal pada mulut rahim terlepas, sehingga menyebabkan keluarnya lendir yang berwarna kemerahan bercampur darah dan terdorong keluar oleh kontraksi yang membuka mulut rahim yang menandakan bahwa mulut rahim menjadi lunak dan membuka. Lendir inilah yang dimaksud sebagai bloody slim.

3) Keluarnya Air-Air (Ketuban) Proses penting menjelang persalinan adalah pecahnya air ketuban. Selama sembilan bulan masa gestasi bayi aman melayang dalam cairan amnion. Keluarnya air-air dan jumlahnya cukup banyak, berasal dari ketuban yang pecah akibat kontraksi yang makin sering. Ketuban mulai pecah sewaktu-waktu sampai pada saat persalinan. Kebocoran cairan amniotik bervariasi dari yang mengalir deras sampai yang meneres sedikit demi sedikit, sehingga dapat ditahan dengan memakai pembalut yang bersih. Tidak ada rasa sakit yang menyertai pemecahan ketuban dan lirannya tergantung pada ukuran, dan kemungkinan kepala bayi telah memasuki rongga panggul ataupun belum.

4) Pembukaan servik

Penipisan mendahului dilatasi servik, pertama-pertama aktivitas uterus dimulai untuk mencapai penipisan, setelah penipisan kemudian aktivitas uterus menghasilkan dilatasi servik yang cepat. Membukanya leher rahim

sebagai respon terhadap kontraksi yang berkembang. Tanda ini tidak dirasakan oleh pasien tetapi dapat diketahui dengan pemeriksaan dalam. Petugas akan melakukan pemeriksaan untuk menentukan pematangan, penipisan, dan pembukaan leher rahim. Serviks menjadi matang selama periode yang berbeda-beda sebelum persalinan, kematangan serviks mengindikasikan kesiapannya untuk persalinan (Walyani, 2021)

5. Tahapan Persalinan

Menurut Prawirohardjo (2020) persalinan dibagi menjadi 4 tahap yaitu:

- a. Kala I (kala pembukaan) Kala I persalinan adalah permulaan kontraksi persalinan sejati, yang ditandai oleh perubahan serviks yang progresif yang diakhiri dengan pembukaan lengkap (10 cm) pada Primipara kala I berlangsung kira-kira 13 jam, sedangkan pada multipara para kira-kira 7 jam. Kala I terdiri dari dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif:
 - 1) Fase laten Merupakan periode waktu dari awal persalinan hingga ke titik ketika pembukaan mulai berjalan secara progresif, yang umumnya dimulai sejak kontraksi mulai muncul hingga pembukaan 3-4 cm.
 - 2) Fase aktif Merupakan periode waktu dari awal kemajuan aktif pembukaan menjadi komplit dan mencakup fase transisi, pembukaan pada umumnya dimulai dari 3-4 cm hingga 10 cm dan berlangsung selama 6 jam. Penurunan bagian persentasi janin yang progresif terjadi selama akhir fase aktif dan selama kala dua persalinan. Fase aktif dibagi menjadi tiga fase antara lain:
 - a) Fase akselerasi, yaitu dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.
 - b) Fase dilatasi maksimal, yaitu dalam waktu 2 jam pembukaanserviks berlangsung sangat cepat dari 4 cm menjadi 9 cm.
 - c) Fase deselerasi yaitu pembukaan menjadi lamban kembali dalam waktu 2 jam permukaan 9 cm menjadi lengkap (Prawirohardjo, 2020).

Pada primipara, berlangsung selama 12 jam dan pada multipara sekitar 8 jam. Kecepatan pembukaan serviks 1 cm/jam (primipara) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara). Pada kala I tugas penolong adalah mengawasi dan memberikan semangat kepada Ibu bahwa proses persalinan adalah fisiologis. Pemberian obat atau tindakan hanya dilakukan apabila perlu dan ada indikasi. Apabila ketuban belum pecah, ibu inpartu boleh duduk atau

berjalan-jalan. Jika berbaring sebaiknya tidur miring kiri. Jika ketuban sudah pecah, ibu dilarang berjalan-jalan sehingga diharuskan berbaring. Periksa dalam pervaginam dilarang, kecuali ada indikasi, karena setiap pemeriksaan akan membawa infeksi, apalagi jika dilakukan tanpa memperhatikan sterilitas. Pada kala I pembukaan dilarang mengedan karena belum waktunya dan hanya akan menghabiskan tenaga ibu. Biasanya, kala I salah satu berakhir apabila pembukaan sudah lengkap sampai 10 cm.

b. Kala II (Kala pengeluaran janin)

Beberapa tanda dan gejala persalinan kala II adalah ibu merasakan ingin mengedan bersama terjadinya kontraksi, Ibu merasakan peningkatan tekanan pada rectum atau vaginanya, perineum terlihat menonjol, vagina dan sfingter ani terlihat membuka, peningkatan pengeluaran lendir darah. Pada kala II his terkoordinir, kuat, cepat dan lama, kira-kira 2-3 menit sekali. Kepala janin telah turun masuk ke ruang panggul sehingga terjadi tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflekstoris timbul rasa mengedan, karena tekanan pada rectum Ibu seperti ingin buang air besar dengan tanda anus terbuka. Pada saat terdapat his kepala janin mulai terlihat, vulva membuka dan perineum meregang. Dengan mengedan yang terpinpin akan lahir kepala dengan diikuti seluruh badan janin, kala II primi: $\frac{1}{2}$ -2 jam pada multipara $\frac{1}{2}$ -1 jam.

Pada permulaan kala II, umumnya kepala janin telah masuk PAP ketuban yang menonjol biasanya akan pecah sendiri. Apabila belum pecah, ketuban harus dipecahkan (Amniotomi). His datang lebih sering dan lebih kuat, lalu timbullah his mengedan. Penolong harus telah siap untuk memimpin persalinan. Apabila kepala janin telah sampai di dasar panggul, vulva mulai terbuka (membuka pintu), rambut kepala kelihatan, setiap kali his, kepala lebih maju, anus terbuka, perineum meregang.

Penolong harus menahan perineum dengan tangan kanan beralaskan kain kasa atau kain duck steril supaya tidak terjadi robekan (ruptur perinei). Tangan kiri penolong menekan bagian belakang kepala janin ke arah anus, tangan kanan di perineum. Dengan pimpinan yang baik dan sabar, lahir kepala dengan ubun-ubun ubun-ubun kecil (suboksiput) dibawah simfisis sebagai hipomoklion, kemudian secara berturut-turut tampaklah bregmatika (ubun-ubun besar), dahi, muka, dan dagu. Perhatikan apakah terdapat lilitan tali pusat, kalau ada lepaskan. Kepala akan mengadakan putaran ke salah satu paha

ibu. Lahirlah bahu depan dengan menarik kepala ke arah anus (bawah), lalu bahu belakang dengan menarik pelan-pelan ke arah simfisis (atas). Melahirkan badanbokong dan kaki lebih mudah, yaitu dengan mengait kedua ketiak janin. Bayi baru lahir yang sehat dan normal akan segerammenangis menggerakkan kaki dan tangannya. Bayi diletakkan dengan kepala lebih rendah, kira-kira membuat sudut 30° dengan bidang datar. Mulutdan hidung dibersihkan, dan lendir diisap dengan penghisap lendir, tali pusat di klem pada 2 tempat yaitu 5 dan 10 cm dari umbilikus, laludigunting diantaranya. Ujung tali pusat pada bayi diikat dengan pitaatau benang atau klem plastik sehingga tidak ada perdarahan.

Lakukan pemeriksaan ulang pada ibu meliputi kontraksi atau palpasi rahim, kandung kemih penuh atau tidak. Apabila penuh kandung kemihdikosongkan sebab dapat menghalangi kontraksi rahim dan menyulitkan kelahiran uri.

- c. Kala III (pengeluaran plasenta) Persalinan kala III dimulai segera setelah bayi lahir dan berakhir dengan lahirnya plasenta serta selaput ketuban yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Biasanya plasenta lepas dalam 6 sampai 15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan dari fundusuteri.
- d. Kala IV (empat) Persalinan Kala IV persalinan dimulai setelah lahirnya plasenta sampai 2 jam post partum.

6. Tanda Bahaya Persalinan

- a. Bayi tidak lahir dalam 12 jam sejak terasa mulas.
- b. Keluar darah dari jalan lahir sebelum melahirkan.
- c. Tali pusat atau tangan/kaki bayi terlihat pada jalan lahir.
- d. Tidak kuat mengejan .
- e. Mengalami kejang-kejang.
- f. Air ketuban keluar dari jalan lahir sebelum terasa mulas.
- g. Air ketuban keruh dan berbau.
- h. Setelah bayi lahir, ari-ari tidak keluar.
- i. Gelisah atau mengalami kesakitan yang hebat.
- j. Keluar darah banyak setelah bayi lahir.
- k. Bila ada tanda bahaya, ibu harus segera dibawa ke bidan/dokter

B. Konsep Fetal Distres

1. Pengertian Fetal Distress

Fetal distress atau yang saat ini lebih dikenal dengan istilah gawat janin adalah kondisi ketika janin mengalami gangguan kesejahteraan akibat ketidakcukupan oksigen (hipoksia) sebelum atau selama proses persalinan. Dalam terminologi modern, istilah yang lebih dianjurkan adalah *non-reassuring fetal status* karena dinilai lebih spesifik dan berbasis pada interpretasi pemantauan denyut jantung janin. Menurut pedoman dari World Health Organization (WHO), gangguan kesejahteraan janin umumnya diidentifikasi melalui perubahan pola denyut jantung janin, penurunan variabilitas, adanya deselerasi berulang, atau adanya mekonium dalam cairan ketuban. Kondisi ini merupakan salah satu indikasi utama tindakan obstetri emergensi karena dapat meningkatkan risiko asfiksia neonatorum, kerusakan neurologis, bahkan kematian perinatal.

2. Etiologi Fetal Distress

Fetal distress terjadi akibat gangguan suplai oksigen dari ibu ke janin. Penyebabnya dapat berasal dari faktor maternal, plasenta, maupun janin.

a. Faktor Maternal

- 1) Hipotensi (misalnya akibat anestesi regional)
- 2) Hipertensi dalam kehamilan (preeklampsia)
- 3) Anemia berat
- 4) Gangguan pernapasan ibu
- 5) Diabetes mellitus

b. Faktor Uteroplasenta

- 1) Solusio plasenta
- 2) Plasenta previa dengan perdarahan
- 3) Insufisiensi plasenta
- 4) Hiperstimulasi uterus akibat oksitosin

c. Faktor Janin

- 1) Kompresi tali pusat
- 2) Lilitan tali pusat
- 3) Prolaps tali pusat
- 4) Kehamilan lewat waktu
- 5) Infeksi intrauterin

3. Patofisiologi Fetal Distress

Secara fisiologis, janin bergantung pada pertukaran oksigen dan nutrisi melalui sirkulasi uteroplasenta. Bila terjadi gangguan aliran darah uteroplasenta, maka terjadi hipoksia janin. Hipoksia yang berlangsung lama akan menyebabkan:

- a. Perubahan metabolisme aerob menjadi anaerob
- b. Peningkatan produksi asam laktat
- c. Terjadinya asidosis metabolik
- d. Gangguan fungsi organ vital janin

Sebagai mekanisme kompensasi, janin akan mengalami perubahan denyut jantung berupa takikardia awal, kemudian dapat diikuti bradikardia bila hipoksia semakin berat.

4. Tanda dan Gejala Fetal Distress

Manifestasi klinis fetal distress umumnya dideteksi melalui pemantauan kesejahteraan janin, yaitu:

- a. Perubahan Denyut Jantung Janin (DJJ)
 - 1) Takikardia (>160 x/menit)
 - 2) Bradikardia (<110 x/menit)
 - 3) Variabilitas menurun
 - 4) Deselerasi lambat berulang

- b. Mekonium dalam Cairan Ketuban

Mekonium yang keluar sebelum persalinan dapat menjadi tanda stres hipoksia janin, terutama bila kental dan disertai pola DJJ abnormal.

- c. Penurunan Gerakan Janin

Ibu dapat mengeluhkan gerakan janin berkurang secara signifikan.

5. Diagnosis Fetal Distress

Diagnosis ditegakkan berdasarkan hasil pemantauan kesejahteraan janin, meliputi:

- a. Auskultasi DJJ secara intermiten
- b. Cardiotocography (CTG)

CTG merupakan metode utama untuk menilai pola denyut jantung janin dan kontraksi uterus.
- c. Pemeriksaan pH darah janin (bila tersedia)
- d. Biophysical Profile (BPP)

Interpretasi CTG menjadi standar dalam menentukan status kesejahteraan janin selama intrapartum.

6. Penatalaksanaan Fetal Distress

Penatalaksanaan bertujuan untuk memperbaiki oksigenasi janin dan mencegah komplikasi lebih lanjut.

Tindakan awal (resusitasi intrauterin):

- a. Memposisikan ibu miring kiri
- b. Menghentikan infus oksitosin
- c. Pemberian oksigen pada ibu
- d. Pemberian cairan intravena
- e. Evaluasi kontraksi uterus

Jika kondisi tidak membaik, maka diperlukan terminasi persalinan segera, baik dengan ekstraksi vakum, forseps, maupun seksio sesarea sesuai indikasi.

7. Komplikasi Fetal Distress

Jika tidak segera ditangani, fetal distress dapat menyebabkan:

- a. Asfiksia neonatorum
- b. Ensefalopati hipoksik-iskemik
- c. Cerebral palsy
- d. Kematian perinatal

8. Peran Bidan dalam Deteksi Dini Fetal Distress

Bidan memiliki peran penting dalam:

- a. Melakukan pemantauan DJJ secara teratur
- b. Menginterpretasi hasil CTG secara tepat
- c. Mengidentifikasi faktor risiko sejak antenatal
- d. Melakukan tindakan resusitasi intrauterin awal
- e. Melakukan rujukan tepat waktu sesuai sistem rujukan maternal neonatal

C. Konsep Vacum Ekstraksi

1. Pengertian Vakum Ekstraksi

Vakum ekstraksi adalah tindakan obstetri operatif pervaginam yang dilakukan dengan menggunakan alat berbentuk cawan (cup) yang dipasang pada kepala janin dan dihubungkan dengan alat penghisap untuk menghasilkan tekanan negatif, sehingga membantu penarikan kepala janin saat proses persalinan. Tindakan ini bertujuan mempercepat kelahiran bayi pada kondisi tertentu tanpa harus melakukan operasi seksio sesarea. Menurut literatur obstetri modern, vakum ekstraksi merupakan salah satu metode persalinan berbantu yang lebih banyak dipilih dibanding forceps karena risiko trauma maternal relatif lebih rendah dan tekniknya lebih sederhana apabila dilakukan oleh tenaga terlatih.

2. Tujuan Vakum Ekstraksi

Tujuan tindakan vakum ekstraksi adalah:

- a. Mempercepat kala II persalinan.
- b. Mengakhiri persalinan pada kondisi gawat janin (*fetal distress*).
- c. Mengurangi risiko komplikasi pada ibu akibat mengejan terlalu lama.
- d. Membantu persalinan pada ibu dengan kontraindikasi mengejan (misalnya penyakit jantung tertentu).

3. Indikasi Vakum Ekstraksi

Indikasi tindakan vakum ekstraksi meliputi:

a. Indikasi Maternal

- 1) Ibu kelelahan dan tidak mampu mengejan efektif.
- 2) Kala II memanjang.
- 3) Penyakit ibu yang tidak memungkinkan mengejan lama (misalnya penyakit jantung, hipertensi berat).

b. Indikasi Janin

- 1) Gawat janin (*fetal distress*).
- 2) Denyut jantung janin tidak normal pada kala II persalinan.

4. Kontraindikasi Vakum Ekstraksi

Beberapa kondisi yang menjadi kontraindikasi antara lain:

- a. Presentasi bukan kepala (misalnya sungsang).

- b. Letak kepala masih tinggi (belum masuk Hodge III).
- c. Disproporsi sefalopelvik.
- d. Kehamilan prematur (<34 minggu).
- e. Dugaan kelainan perdarahan pada janin.

5. Syarat Tindakan Vakum Ekstraksi

Sebelum dilakukan tindakan, harus dipastikan:

- a. Pembukaan serviks lengkap.
- b. Ketuban sudah pecah.
- c. Presentasi kepala.
- d. Kepala sudah masuk panggul.
- e. Tidak ada disproporsi sefalopelvik.
- f. Kandung kemih kosong.
- g. Ibu mendapat informed consent.

6. Jenis Alat Vakum

Terdapat dua jenis cup vakum yang umum digunakan:

- 1) Cup logam: daya cengkeram kuat, sering digunakan pada posisi oksiput posterior.
- 2) Cup silikon/plastik: lebih fleksibel, risiko trauma kepala lebih rendah.

7. Komplikasi Vakum Ekstraksi

a. Komplikasi pada Ibu

- 1) Laserasi jalan lahir
- 2) Perdarahan postpartum
- 3) Hematoma perineum

b. Komplikasi pada Bayi

- 1) Caput succedaneum
- 2) Cephalhematoma
- 3) Perdarahan subgaleal (jarang tetapi serius)
- 4) Luka lecet pada kulit kepala

8. Peran Bidan dalam Tindakan Vakum Ekstraksi

Dalam praktik kebidanan, bidan berperan dalam:

- a. Melakukan deteksi dini indikasi tindakan.
- b. Memberikan dukungan emosional pada ibu.
- c. Menyiapkan alat dan lingkungan tindakan aseptik.
- d. Memantau kondisi ibu dan bayi sebelum, selama, dan setelah tindakan.
- e. Melakukan dokumentasi asuhan secara lengkap dalam format SOAP.



unisa
Universitas 'Aisyiyah
Yogyakarta

BAB III

DOKUMENTASI SOAP DAN RENCANA TINDAK LANJUT

ASUHAN KEBIDANAN KEGAWATDARURATAN INTRAPARTUM KALA II

PADA NY. H USIA 33 TAHUN G2P1A0 USIA KEHAMILAN

39+6 MINGGU DENGAN FETAL DISTRESS DI

RSU PKU MUHAMMADIYAH BANTUL

No. Register : 10500980
Tgl Masuk RS : 01/01/2026
Jam Masuk RS : 00.45 WIB
Jam Pengkajian : 10.00 WIB
Ruang : VK

	Istri	Suami
Nama	: Ny. H	Tn. A
Umur	: 33 tahun	34 tahun
Agama	: Islam	Islam
Suku/bangsa	: Jawa/Indonesia	Jawa/Indonesia
Alamat	: Kadisobo Rt 4 Girilmul,	Bantul

A. SUBYEKTIF

1. Alasan datang

Ibu mengatakan hamil anak kedua dan datang karena merasakan tanda-tanda persalinan.

2. Keluhan

Ibu mengatakan mengeluarkan lendir darah sejak jam 15.00 WIB, merasakan kontraksi sejak jam 15.00 WIB (31-12-2025). Ibu mengatakan kontraksi semakin kuat dan sering, ada rasa ingin BAB

3. Riwayat kehamilan ini

Kehamilan kedua

HPHT : 24-03-2025

HPL : 31-12-2025

Umur Kehamilan : 39 minggu 6 hari

Frekuensi ANC : 1 kali di Trimester I , 2 kali di Trimester II, dan 4 kali di Trimester III

Keluhan selama hamil : Mual pada TM I

Riwayat konsumsi obat : Tablet tambah darah, B6

4. Riwayat Menstruasi

Menarche Usia : 13 tahun
Siklus : 28 hari (teratur)
Banyak : 3-4 kali ganti pembalut
Lama : 7 hari
Warna : merah segar
Disminorhea : tidak ada

5. Riwayat Pernikahan

Menikah : 1 kali
Usia pertama menikah : 25 tahun
Usia pernikahan : 8 tahun
Status pernikahan : Sah

6. Riwayat Obstetri

G2P1A0
G (Gravida) : 2 Kehamilan kedua
P (Para) : 1 Melahirkan 1 kali
A (Abortus) : 0 Tidak ada riwayat keguguran/abortus

7. Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu

No.	Tahun Persalinan	Jenis Persalinan	Usia kehamilan	Penyulit Kehamilan	Anak			
					JK	BB (gr)	PB	Keadaan
1.	2014	SC	Aterm	DKP	L	2800	48	Sehat
3.	2026	Hamil ini						

8. Riwayat kontrasepsi yang digunakan

Ibu mengatakan pernah menggunakan KB Suntik 3 bulan Pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari

a. Pola nutrisi

	Makan	Minum
Frekuensi	: 3x/hari	8x/hari
Jenis	: Nasi sayur lauk	Air putih, susu

Banyaknya	: 1 porsi cukup	1400 ml
Keluhan	: Tidak ada	Tidak ada
Terakhir	: 07.00 WIB	09.30 WIB

b. Pola Istirahat

Tidur 7-8 jam/hari

c. Pola aktivitas

Kegiatan sehari-hari ibu melakukan pekerjaan domestik seperti membersihkan rumah (menyapu, mencuci, memasak) dibantu oleh suami, berjalan kaki di pagi hari dan melakukan ibadah

d. Pola eliminasi

	BAB	BAK
Frekuensi	1x/hari	6-7x/hari
Warna	Kuning kecoklatan	Kuning jernih
Konsistensi	Lunak	Cair
Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
Terakhir	06.30	07.30 WIB

e. Personal hygiene

Ibu mandi 2x sehari, menjaga kebersihan genitalia dengan mengganti celana dalam bila lembab/berkeringat. Kuku tangan pendek, rambut bersih, pakaian longgar dan nyaman

f. Pola seksualitas

1 kali seminggu, tidak ada keluhan. Terakhir 5 hari yang lalu

g. Pola menyusui

Riwayat menyusui sampai anak berusia 2 tahun tidak ada masalah menyusui rencana menyusui sampai berusia 2 tahun

h. Pola kebiasaan sehari-hari

Merokok : ibu mengatakan tidak pernah merokok

Minum jamu : ibu mengatakan tidak minum jamu

Minuman beralkohol : Ibu mengatakan tidak minum alkohol

9. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat penyakit yang pernah/sedang diderita:

Ibu mengatakan tidak pernah/sedang menderita penyakit seperti hipertensi, asma, diabetes melitus, jantung, kanker

b. Riwayat penyakit yang pernah/sedang diderita keluarga:

Ibu mengatakan keluarga tidak pernah/sedang menderita penyakit seperti hipertensi, asma, diabetes melitus, jantung, kanker

c. Riwayat kembar : Tidak memiliki riwayat keturunan kembar

d. Riwayat alergi : Tidak ada alergi obat

e. Riwayat operasi : Pernah operasi SC pada tahun 2018 dan tahun 2021

10. Riwayat Psikososial Spiritual

a. Psikososial:

Ibu mengatakan tinggal bersama suami dengan hubungan keluarga yang harmonis serta memperoleh dukungan penuh dari suami dan keluarga selama masa kehamilan. Pengambilan keputusan terkait kesehatan dilakukan melalui musyawarah antara ibu dan suami. Tidak ditemukan adanya gangguan psikologis. Ibu mengungkapkan perasaan cemas yang wajar namun disertai rasa bahagia dalam menantikan kelahiran anak pertamanya. Tidak terdapat kebiasaan adat atau budaya yang berpotensi membahayakan ibu maupun janin.

b. Spiritual:

Ibu mengatakan beragama Islam dan menjalankan ibadah shalat lima waktu secara rutin, serta membiasakan diri berdoa dan berdzikir sebagai upaya memohon kelancaran persalinan

c. Keadaan ekonomi:

Kondisi ekonomi keluarga tergolong baik, ibu terdaftar sebagai peserta BPJS yang aktif, memiliki penghasilan tetap, serta telah menyiapkan dana tabungan untuk kebutuhan persalinan.

11. Keadaan Lingkungan

Ibu mengatakan rumahnya memiliki ventilasi cukup, sumber air bersih, jamban sehat, lingkungan rumah bersih, jauh dari tempat pembuangan akhir, tidak memelihara hewan di rumah dan tidak padat penduduk

B. OBYEKTIF

1. Keadaan Umum : Sedang
2. Kesadaran : Composmentis
3. Tanda Vital
 - Tekanan Darah : 116/75 mm/Hg
 - Nadi : 80 x/m
 - Pernapasan : 24 x/m
 - Suhu : 36,6⁰C
 - SpO₂ : 99 %
 - a. BB sebelum hamil : 64 kg
 - b. BB saat ini : 82 kg
 - c. TB : 159 cm
 - d. LiLA : 24 cm
 - e. IMT : 26 kg/m²
4. Pemeriksaan fisik
 - a. Kepala
 - Inspeksi : rambut bersih, tidak ada kelainan kulit kepala
 - Palpasi : tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan
 - b. Leher
 - Inspeksi : tidak ada pembesaran kelenjar, vena jugularis tidak distensi
 - Palpasi : kelenjar tiroid tidak membesar, tidak ada benjolan
 - c. Wajah : Tampak sangat pucat, ekspresi wajah menahan nyeri (grimace), tampak lemas, kulit teraba dingin dan lembap
 - d. Mata : Konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik, mata kanan kiri tidak minus, sklera simetris tidak strabismus
 - e. Telinga
 - Inspeksi : simetris, tidak ada sekret, tidak ada tanda infeksi
 - Palpasi : tidak ada nyeri tekan
 - f. Hidung
 - Inspeksi : tidak ada sekret, tidak ada polip, tidak ada sumbatan atau gangguan indra penciuman
 - Palpasi : tidak ada nyeri tekan
 - g. Bibir dan mulut
 - Inspeksi : mukosa bibir tampak pucat dan kering, tidak sianosis, mukosa

- mulut bersih, gigi terawat
- Palpasi : tidak ada luka/ulkus
- h. Payudara
- Inspeksi : simetris, aerola kehitaman, puting menonjol
- Palpasi : teraba tegang, tidak ada nyeri tekan, tidak ada pengeluaran cairan
- i. Abdomen
- Inspeksi : perut belum tampak membesar, terlihat ada bekas luka operasi, tidak tampak striae gravidarum, linea nigra belum terlihat
- Palpasi : ada nyeri tekan pada perut bagian bawah,
- Pemeriksaan Leopold:
- Leopold I : Fundus uteri teraba bagian bokong
- Leopold II : Teraba punggung janin di sisi kiri dan ekstremitas di sisi kanan
- Leopold III : Bagian terbawah janin teraba kepala (presentasi kepala)
- Leopold IV : Bagian terbawah janin telah masuk pintu atas panggul
- Tinggi fundus uteri (TFU): 35 cm
- Denyut jantung janin (DJJ): 147 kali/menit
- His : 3x10/ 25-30”
- j. Ekstremitas atas: simetris, tidak ada edema, bantalan kuku (nail bed) tampak pucat, akril teraba dingin.
- k. Ekstremitas bawah
- Inspeksi : tidak ada varises, tidak ada luka, tidak ada varises
- Palpasi : tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan betis, akril teraba dingin
- l. Genitalia : vulva dan vagina tampak bersih, tidak terdapat edema, varises, atau lesi. Tidak tampak perdarahan pervaginam maupun pengeluaran cairan abnormal.
- m. Anus : anus tampak bersih, tidak terdapat hemoroid, fissura ani, perdarahan, maupun tanda iritasi. Tonus sfingter tampak baik.
- n. Genitalia Luar : Tampak tali pusat menjuntai di depan vulva, adanya perdarahan (\pm 250cc).
- o. Pemeriksaan dalam:
- Pemeriksaan VT : Vagina tenang, dinding vagina dalam batas normal, portio tidak teraba, Pembukaan 10 cm, kepala H-2, selket: -, Air ketuban : Kuning

5. Pemeriksaan penunjang

Laboratorium: Hb 10,8 gr/dl, Gol darah O.

6. Skala nyeri : 9

C. ANALISA

Ny. H usia 33 tahun G2P1A0 UK 38 Minggu 5 Hari Inpartu Kala II dengan Fetal Distress

D. PENATALAKSANAAN

KALA I :

Menjelaskan Hasil Pemeriksaan Kepada Pasien

Hasil: Obs DJJ: 146 x/m , Pemeriksaan VT : Vagina tenang, dinding vagina dalam batas normal, portio tidak teraba, Pembukaan 10 cm, kepala H-2, selket: -, Air ketuban : Kuning

KALA II :

Pukul 10.00 WIB

a. Melakukan Pimpin Persalinan

Hasil: Pimpin Persalinan selama 30 menit bayi belum lahir

Pukul 10.35 WIB

b. PDV: VU LD (+), dinding vagina dalam batas normal, Serviks tidak teraba, kepala H-dua, selket: -, Air ketuban : Kuning, Observasi DJJ: 42 x/m, 24x/m, 76 x/m

c. Melakukan Kolaborasi Dengan Dokter DPJP (dr. Alwi, Sp.Og)

Hasil: KIE Pasien dan keluarga perlu percepatan Persalinan Vacum Ekstraksi

d. Melakukan KIE Pasien dan keluarga perlu percepatan Persalinan Vacum Ekstraksi

Hasil: Keluarga Setuju untuk melakukan tindakan VE

e. Membantu dokter DPJP melakukan tindakan Vacum Ekstraksi (VE) yaitu dengan 1 kali pasang cup No. 6 dengan 1 kali tarikan sedang

Hasil:

Pukul: 10.46 WIB bayi lahir, Jenis Kelamin: Perempuan, BBL: 3.100 gram, PBL: 49 cm, A/S: 6/9

Injeksi Oksytocin 10 iu/ IM

KALA III

Pukul 10.50 WIB: Plasenta lahir spontan, lengkap, eksplorasi bersih

Injeksi Metylergometrin 0,2 mg/iv

Perineum Episiotomy

KALA IV

Melakukan Observasi selama 2 jam

Hasil:

11.05 WIB: TD: 110/70 mmHg, Nadi: 84 x/m, Suhu: 36,5°C, TFU: 1 jari bawah pusat, Kontraksi: Keras, Kandung Kemih: Kosong, Perdarahan: ±30 cc.

11.20 WIB: TD: 110/70 mmHg, Nadi: 82 x/m, TFU: 1 jari bawah pusat, Kontraksi: Keras, Kandung Kemih: Kosong, Perdarahan: ±20 cc

11.35 WIB: TD: 115/75 mmHg, Nadi: 82 x/m, TFU: 1 jari bawah pusat, Kontraksi: Keras, Kandung Kemih: Kosong, Perdarahan: ±10 cc.

11.50 WIB: TD: 110/70 mmHg, Nadi: 80 x/m, TFU: 2 jari bawah pusat, Kontraksi: Keras, Kandung Kemih: Kosong, Perdarahan: ±10 cc.

12.20 WIB: TD: 110/78 mmHg, Nadi: 82 x/m, TFU: 2 jari bawah pusat, Kontraksi: Keras, Kandung Kemih: Kosong, Perdarahan: -

13.15 WIB: TD: 110/74 mmHg, Nadi: 84 x/m, TFU: 2 jari bawah pusat, Kontraksi: Keras, Kandung Kemih: Kosong, Perdarahan: -

f. Melaksanakan instruksi dokter untuk memberikan therapy setelah melahirkan

-Cefadroxile 500 mg, jumlah X, 1 tab/ 12 jam/ oral

-Asam Mefenamat 500 mg, jumlah X, 1 tab/8 jam/ oral

-Caloma jumlah XX, 1 tab/ 24 jam/oral

Lactamor, XX, 1 tab/8 jam/oral

Drip 10 IU Oxytocin/ 500 ml RI 20 tmp, bila stabil boleh lepas infus malam ini

Hasil: Therapy telah diberikan kepada pasien

f. Melakukan pembersihan ibu dan dekontaminasi lingkungan

Hasil: Ibu telah dibersihkan (waslap), mengenakan pembalut dan pakaian bersih. Alat-alat bekas tindakan vakum dan hecing telah didekontaminasi dalam larutan klorin 0,5% serta sampah medis telah dibuang pada tempatnya.

g. Memberikan edukasi tentang perawatan luka perineum

Hasil: Mengajarkan ibu cara mencebok yang benar (dari depan ke belakang) dan menganjurkan ibu untuk tidak takut menyentuh area jahitan saat membersihkan diri agar tetap higienis.

h. Menganjurkan mobilisasi dini secara bertahap

Hasil: Ibu sudah mampu miring kanan dan miring kiri. Ibu dianjurkan untuk mencoba duduk perlahan sebelum nantinya berjalan ke kamar mandi dengan bantuan keluarga.

i. Memberikan edukasi nutrisi pasca melahirkan

Hasil: Menganjurkan ibu mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein (seperti telur dan ikan) untuk mempercepat penyembuhan luka jalan lahir, serta memperbanyak minum air putih.

j. Menjelaskan pentingnya pemberian ASI Eksklusif

Hasil: Mengingat bayi lahir dengan asfiksia sedang dan sedang dalam observasi, ibu diajarkan cara pemerahan ASI (E-pumping/pijat oksitosin) jika bayi belum bisa menyusu langsung agar kolostrum tetap dapat diberikan kepada bayi di ruang perinatologi.

k. Memberitahu ibu tanda bahaya masa nifas

Hasil: Ibu mengerti untuk segera melapor jika mengalami perdarahan yang sangat banyak (ganti pembalut <1 jam), pusing hebat, atau pandangan kabur.

l. Melakukan serah terima pasien ke ruang nifas (Bangsal)

Hasil: Melakukan operan kepada petugas bangsal mengenai riwayat persalinan dengan ekstraksi vakum, kondisi bayi yang sedang diobservasi, dan instruksi terapi dari dr. Alwi, Sp. OG.

BAB IV

PEMBAHASAN

Kasus Ny. H usia 33 tahun G2P1A0 UK 39+6 minggu yang ditangani di RS PKU Muhammadiyah Bantul merupakan kasus kegawatdaruratan obstetri pada kala II persalinan dengan diagnosis fetal distress (gawat janin) yang memerlukan tindakan segera berupa vakum ekstraksi.

Secara teori, fetal distress adalah kondisi dimana janin mengalami gangguan oksigenasi intrauterin yang ditandai dengan perubahan denyut jantung janin (DJJ) di bawah 110 x/menit atau di atas 160 x/menit, disertai tanda lain seperti air ketuban bercampur mekonium. Pada kasus ini ditemukan air ketuban berwarna kuning serta DJJ yang menurun drastis menjadi 42 x/menit, 24 x/menit, dan 76 x/menit. Kondisi tersebut menunjukkan adanya hipoksia akut yang berisiko menyebabkan asfiksia berat bahkan kematian janin apabila tidak segera ditangani.

Pada kala II persalinan, pembukaan sudah lengkap (10 cm), kepala pada H-II, ketuban telah pecah, dan presentasi kepala. Kondisi ini memenuhi syarat dilakukan tindakan operatif pervaginam. Berdasarkan teori dan standar praktik kebidanan, dalam keadaan fetal distress dengan pembukaan lengkap, percepatan persalinan dapat dilakukan dengan vakum ekstraksi atau forceps. Pada kasus ini dipilih vakum ekstraksi karena kondisi ibu stabil, tidak terdapat disproporsi sefalopelvik, dan kepala sudah cukup rendah sehingga tindakan dapat dilakukan dengan aman dan efektif.

Tindakan vakum dilakukan dengan satu kali pemasangan cup No. 6 dan satu kali tarikan sedang. Bayi lahir pukul 10.46 WIB dengan berat badan 3.100 gram dan panjang badan 49 cm. Nilai Apgar Score 6/9 menunjukkan asfiksia sedang, yang sesuai dengan kondisi fetal distress sebelumnya. Keberhasilan tindakan ini menunjukkan bahwa deteksi dini dan intervensi cepat sangat berperan dalam menyelamatkan kondisi janin.

Penatalaksanaan kala III dilakukan secara aktif dengan pemberian oksitosin 10 IU intramuskular dan metilergometrin 0,2 mg intravena untuk mencegah perdarahan postpartum. Plasenta lahir spontan dan lengkap, kontraksi uterus baik, serta perdarahan dalam batas normal (± 70 cc). Observasi kala IV selama dua jam menunjukkan tanda vital stabil, kontraksi uterus keras, TFU turun bertahap, dan tidak ada tanda komplikasi. Hal ini menandakan manajemen aktif kala III dan pemantauan kala IV telah dilakukan sesuai standar.

Peran bidan dalam kasus ini meliputi deteksi dini gawat janin melalui pemantauan DJJ, kolaborasi cepat dengan dokter spesialis obstetri, pemberian komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) kepada keluarga, asistensi dalam tindakan vakum ekstraksi, observasi ketat postpartum, serta edukasi perawatan nifas dan pemberian ASI eksklusif. Kolaborasi yang efektif dan tindakan yang tepat waktu menjadi faktor penting dalam mencegah morbiditas dan mortalitas ibu maupun bayi.

Ny. H usia 33 tahun G2P1A0 UK 39+6 minggu mengalami kegawatdaruratan obstetri berupa fetal distress pada kala II persalinan. Diagnosis ditegakkan berdasarkan DJJ abnormal dan air ketuban bercampur mekonium. Tindakan vakum ekstraksi dilakukan secara cepat dan tepat setelah kolaborasi dengan dokter spesialis, sehingga bayi dapat dilahirkan dengan segera dalam kondisi asfiksia sedang (Apgar Score 6/9) dan ibu tetap stabil tanpa komplikasi perdarahan postpartum. Penanganan sesuai standar dan kolaboratif terbukti efektif dalam menyelamatkan ibu dan bayi.



UNISA
Universitas 'Aisyiyah
Yogyakarta

BAB V

SIMPULAN

Berdasarkan hasil asuhan kebidanan kegawatdaruratan persalinan yang telah dilakukan pada Ny. H usia 33 tahun G2P1A0 UK 39+6 minggu di RS PKU Muhammadiyah Bantul, dapat disimpulkan bahwa ibu mengalami kegawatdaruratan obstetri berupa fetal distress pada kala II persalinan. Kondisi ini ditandai dengan denyut jantung janin yang tidak normal dan air ketuban bercampur mekonium, yang menunjukkan adanya gangguan oksigenasi janin dan memerlukan tindakan segera.

Penatalaksanaan dilakukan secara cepat, tepat, dan kolaboratif melalui tindakan vakum ekstraksi setelah syarat persalinan operatif pervaginam terpenuhi. Tindakan tersebut berhasil mempercepat proses persalinan sehingga bayi dapat dilahirkan dengan selamat, meskipun mengalami asfiksia sedang dengan nilai Apgar Score 6/9. Penatalaksanaan aktif kala III dan pemantauan kala IV berjalan sesuai standar, sehingga kondisi ibu tetap stabil tanpa komplikasi perdarahan postpartum.

Dengan demikian, deteksi dini fetal distress, pengambilan keputusan yang tepat, serta kerja sama yang baik antara bidan dan dokter spesialis merupakan faktor kunci dalam keberhasilan penanganan kegawatdaruratan persalinan, serta berperan penting dalam menurunkan risiko morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi.

SARAN

Ibu dan keluarga diharapkan dapat meningkatkan kepatuhan terhadap kunjungan antenatal care (ANC), memahami tanda bahaya persalinan dan masa nifas, serta segera mencari pertolongan medis apabila muncul keluhan yang tidak normal.

DAFTAR PUSTAKA

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Profil Kesehatan Indonesia 2023*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). *Profil kesehatan Indonesia 2019*. Kemenkes RI.
- Lestari widiya,.dkk,2023,. Asuhan Kebidanan Kehamilan : Panduan Lengkap Asuhan Selama Kehamilan Bagi Praktisi Kebidanan. (2023). (n.p.): PT. Sonpedia Publishing Indonesia.
- Manuaba, I. B. (2021). Pendarahan sebagai penyebab kematian ibu. *Indonesia Journal of Midwifery*, 1(2), 45–52.
- Nurdiati, R. D. S. (2024). *Pergeseran pola penyebab kematian ibu di Indonesia dan tantangan masa depan*. [Pidato Pengukuhan Guru Besar]. Universitas Gadjah Mada.
- Oka Irmayanti. (2025). *Asuhan kebidanan pada kegawatdaruratan maternal dan neonatal Prinsip, Tatalaksana, Dan Tantangan Global*. (N.P.): Penerbit Widina.
- Perlman, J., & Carusi, D. (2019). *Obstetric complications: Retained placenta*. New York: Springer.
- Puspitaningrum Elisa, 2022,. Penatalaksanaan Kegawatdaruratan Pada Maternal. (N.D.). (N.P.): Penerbit Cv. Sarnu Untung.
- Sari nurul,.dkk,.2025 Asuhan Kebidanan Kehamilan dan Persalinan. (2025). (n.p.): CV Eureka Media Aksara.
- Sari, I. P., Sucirahayu, C. A., Hafilda, S. A., Sari, S. N., Safithri, V., Fitria, Febriana, J., & Hasyim, H. (2023). Faktor penyebab angka kematian ibu dan angka kematian bayi serta strategi penurunan kasus: Systematic review. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 7(3).
- Siantar R, dkk., (2022). *Buku ajar asuhan kebidanan kegawatdaruratan maternal dan neonatal*. (n.p.): Rena Cipta Mandiri.
- World Health Organization (WHO). (2021). *Maternal mortality: Key facts*. Geneva: WHO.