



unisa

Universitas 'Aisyiyah
Yogyakarta

Buku Ajar

ASUHAN PERSALINAN & MANAGEMENT NYERI PERSALINAN

Disusun Oleh :

Enny Fitriahadi, S.Si.T., M.Kes
Istri Utami, S.ST., M.Keb



Buku Ajar

ASUHAN PERSALINAN & MANAGEMENT NYERI PERSALINAN

Enny Fitriahadi, S.Si.T., M.Kes
Istri Utami, S.ST., M.Keb



BUKU AJAR
ASUHAN PERSALINAN & MANAGEMEN
NYERI PERSALINAN



Disusun Oleh :

Istri Utami, S.ST., M.Keb
Eddy Fitriahadi, S.Si.T., M.Kes

PERSEMBAHAN

“Kreativitas itu berbahaya. Kita tidak bisa membuka diri pada pandangan-pandangan baru tanpa membahayakan keamanan dari asumsi-asumsi kita sebelumnya. Kita tidak bisa mengajukan ide-ide baru tanpa menerima resiko ditolak atau disetujui.”

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSEMBAHAN	ii
HALAMAN DAFTAR ISI	iii
HALAMAN DAFTAR GAMBAR	vi
KATA PENGANTAR	vii
PRAKATA	viii
UCAPAN TERIMA KASIH	iv
BAB I KONSEP DASAR ASUHAN PERSALINAN	2
A. Pengertian Persalinan	2
B. Sebab-sebab Mulainya Persalinan	3
C. Tahapan Persalinan	5
D. Tanda-tanda Persalinan	7
Rangkuman	8
Referensi	8
Evaluasi	9
BAB 2 LIMA BENANG MERAH DALAM PERSALINAN	11
A. Lima Benang Merah dalam Persalinan	11
Rangkuman	17
Referensi	17
Evaluasi	17
BAB 3 FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERSALINAN	19
A. Passage	19
B. Passenger	22
C. Power	24

D. Posisi Ibu.....	25
E. Psikologis	25
Rangkuman	25
Referensi	25
Evaluasi.....	25
BAB 4 KEBUTUHAN DASAR SELAMA PERSALINAN	27
A. Kebutuhan Dasar Menurut Maslow	27
B. Kebutuhan Dasar Ibu selama Persalinan.....	28
Rangkuman	29
Referensi	29
Evaluasi.....	31
BAB 5 ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN	32
A. Asuhan Persalinan Pada Ibu Bersalin Kala I	32
B. Asuhan Persalinan Pada Ibu Bersalin Kala II	45
C. Asuhan Persalinan Pada Ibu Bersalin Kala III	56
Rangkuman	59
Referensi	60
Evaluasi.....	60
BAB 6 DETEKSI KOMPLIKASI DAN PENYULIT PADA IBU DAN JANIN	62
A. Temuan Keadaan Normal dan Abnormal dari Partograf Kala II.....	62
B. Distorsia Bahu atau Bahu Macet.....	63
C. Presentasi Bokong.....	66
Rangkuman	76
Referensi	76
Evaluasi.....	76

BAB 7 MANAJEMEN NYERI PADA PERSALINAN.....	78
A. Definisi	78
B. Manajemen Nyeri Persalinaan	80
Rangkuman	82
Referensi	82
Evaluasi.....	83
BAB 8 DOKUMENTASI ASUHAN PERSALINAN.....	85
A. SOAP	85
Rangkuman	90
Referensi	90
Evaluasi.....	90
DAFTAR PUSTAKA.....	92
LAMPIRAN	
DAFTAR TILIK	
KOLOFON	

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1 Skala Nyeri	79
Gambar 2 Lokasi pemijatan pada nyeri persalinan kala I.....	81

KATA PENGANTAR

Segala Puji Bagi Allah SWT, Tuhan seluruh alam. Atas rahmat dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan Buku Ajar dengan judul “Buku Ajar Asuhan Persalinan dan Managemen Nyeri Persalinan”. Buku Ajar ini ditulis untuk memenuhi kebutuhan bagaimana asuhan pelayanan persalinan dan tuntutan berbagai kalangan dalam melakukan asuhan Persalinan. Buku Ajar ini ditulis berdasarkan Kurikulum Nasional Mata Kuliah Asuhan Persalinan. Buku Ajar Asuhan Persalinan ini ditujukan kepada mahasiswa kebidanan, praktisi bidan serta pengajar kebidanan agar lebih mudah dalam memahami dan menerapkan asuhan kebidanan dalam nifas. Melalui penulisan Buku Ajar ini, Penulis mengharapkan kepada semua pembaca atau pengguna agar setelah mempelajari dan memahami Buku Ajar ini memiliki kemampuan khusus sebagaimana tertera dalam tujuan instruksional setiap bab buku ini.

Penulis menyadari Buku Ajar ini masih sangat jauh dari sempurna. Penulis selalu membuka diri untuk menerima berbagai masukan dan kritikan yang membangun, demi penyempurnaan Buku Ajar ini. Semoga Buku Ajar ini bermanfaat bagi mahasiswa, praktisi bidan, pengajar dan segenap pembaca.

Yogyakarta, Oktober 2019

Penulis

PRAKATA

Buku ajar asuhan persalinan adalah judul buku yang sederhana sebagai panduan bagi mahasiswa kebidanan dalam memenuhi mata kuliah asuhan kebidanan persalinan. Penulisan ini berangkat dari wawancara dan diskusi dari mahasiswa kebidanan yang kesulitan dalam mencari buku referensi tentang asuhan persalinan. Sementara ini banyak dosen yang kurang memberikan bimbingan secara komprehensif, sehingga banyak mahasiswa yang mencari referensi sendiri. Jika keadaan ini dibiarkan terus menerus, maka mahasiswa akan stress dan tidak bergairah dalam belajar, lama kelamaan mahasiswa mengalami kebosanan dalam belajar asuhan persalinan. Untuk mengatasi masalah tersebut dibuatlah buku ajar ini sebagai solusi dalam memenuhi kebutuhan mahasiswa untuk mengembangkan ilmunya di bidang asuhan persalinan. Buku ajar yang Saudara pegang ini sebagai model dari pedoman buku bacaan yang hampir digunakan di seluruh akademi kebidanan di Indonesia dan ilmu-ilmu kesehatan lainnya.

Buku ini dilengkapi teknik dalam mengatasi manajemen nyeri persalinan. Dengan demikian buku ajar ini digunakan sebagai standar acuan asuhan Persalinan.

Yogyakarta, Oktober 2019

Penulis

UCAPAN TERIMAKASIH

Atas tersusunnya Buku Ajar Asuhan Persalinan dan Manajemen Nyeri Persalinan, kami sebagai Penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada :

1. Warsiti, S.Kp., M.Kep., Sp.Mat selaku Rektor Universitas ‘Aisyiyah Yogyakarta.
2. Moh. Ali Imron, S.Sos., M.Fis selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas ‘Aisyiyah Yogyakarta.
3. Fitria Siswi Utami, S.SiT.,MNS selaku ketua prodi kebidanan program sarjana terapan Universitas ‘Aisyiyah Yogyakarta.
4. Dosen Prodi Kebidanan Program Sarjana Terapan Universitas ‘Aisyiyah Yogyakarta yang telah membantu melancarkan penyusunan buku ajar.
5. Suami dan anak-anak tercinta.
6. Pihak-pihak lain yang belum dapat penulis sebutkan satu persatu, yang telah membantu dalam penyusunan buku ajar ini.
7. Segenap keluarga yang selalu memotivasi dan memberi inspirasi untuk terus berkarya
8. Semua pembaca atas saran, masukan dan kritikan yang membangun untuk selalu mengevaluasi diri demi sempurnanya buku ini
9. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang terlibat dalam proses pembuatan dan penyempurnaan buku ajar ini.

Yogyakarta, Oktober 2019

Penulis



BAB I

KONSEP DASAR PERSALINAN

A. Standar Kompetensi

Mata kuliah ini memberikan asuhan intranatal yang bermutu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan selama masa persalinan yang meliputi konsep dasar asuhan persalinan.

Mata kuliah ini merupakan pengantar untuk dapat melakukan asuhan kebidanan pada Asuhan Kebidanan II (Bersalin) yang membahas tentang Konsep dasar asuhan persalinan. Mata kuliah ini merupakan pedoman untuk dapat melakukan pengelolaan pada Asuhan Persalinan yang sehat maupun yang bermasalah melalui pembahasan tentang kasus-kasus pada masa bersalin. Mata Kuliah ini membekali mahasiswa untuk mampu memberikan Askeb pada ibu dalam persalinan dengan pendekatan manajemen kebidanan didasari konsep-konsep, sikap dan keterampilan serta hasil *evidence based*.

B. Standar Kompetensi Dasar

Pada akhir perkuliahan diharapkan mahasiswa mampu menjelaskan lima benang merah dalam asuhan persalinan.

C. Indikator

1. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang pengertian persalinan
2. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang sebab - sebab mulainya persalinan
3. Mahasiswa mampu menjelaskan tahapan persalinan
4. Mahasiswa mampu menjelaskan tanda - tanda persalinan
5. Mahasiswa mampu menjelaskan faktor yang mempengaruhi persalinan

D. Materi

1. Pengertian Persalinan

Persalinan dan kelahiran merupakan kejadian fisiologi yang normal dalam kehidupan. Berikut beberapa istilah yang berkaitan dengan persalinan:

- a. Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks, dan janin turun ke jalan lahir
- b. Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir. Dengan demikian bisa dikatakan bahwa persalinan (*labor*) adalah rangkaian peristiwa mulai dari kenceng-kenceng teratur sampai dikeluarkannya produk konsepsi (janin, plasenta, ketuban, dan cairan ketuban) dari uterus ke dunia luar melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau dengan kekuatan sendiri.
- c. Paritas adalah jumlah janin dengan berat badan lebih dari 500 gram yang pernah dilahirkan, hidup maupun mati, bila berat badan tidak diketahui, maka dipakai umur kehamilan lebih dari 24 minggu.
- d. *Delivery* (kelahiran) adalah peristiwa keluarnya janin termasuk plasenta
- e. *Gravida* (kehamilan) adalah jumlah kehamilan termasuk abortus, molahidatidosa dan kehamilan ektopik yang pernah dialami oleh seorang ibu.
- f. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), berlangsung dalam waktu 18-24 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin.
- g. Spontan adalah persalinan terjadi karena dorongan kontraksi uterus dan kekuatan mengejan ibu.

2. Sebab -sebab Mulainya persalinan

Hormon-hormon yang dominan pada saat kehamilan yaitu:

- a. Estrogen

Berfungsi untuk meningkatkan sensitivitas otot rahim dan memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, rangsangan prostaglandin, rangsangan mekanis.

b. Progesteron

Berfungsi untuk menurunkan sensitivitas otot rahim, menyulitkan penerimaan rangsangan dari luar seperti oksitosin, rangsangan prostaglandin, rangsangan mekanik, dan menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi.

Pada kehamilan, kedua hormon tersebut berada dalam keadaan yang seimbang sehingga kehamilan dapat dipertahankan. Perubahan keseimbangan kedua hormon tersebut menyebabkan oksitosin yang dikeluarkan oleh *hipose parst posterior* dapat menimbulkan kontraksi dalam bentuk *Braxton Hicks*. Dengan demikian dapat dikemukakan beberapa teori yang memungkinkan terjadinya proses persalinan:

a. Teori keregangan

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas waktu tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai. Keadaan uterus yang terus membesar dan menjadi tegang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus. Hal ini mungkin merupakan faktor yang dapat mengganggu sirkulasi *uteroplasenter* sehingga plasenta mengalami degenerasi.

b. Teori penurunan progesteron

Proses penebaran plasenta terjadi mulai umur 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. *Villi koriales* mengalami perubahan-perubahan dan produksi progesteron mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu.

c. Teori oksitosin internal

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar *hipose parst posterior*. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi *braxton hicks*. Menurunnya konsentrasi progesteron akibat tuanya kehamilan maka oksitosin dapat meningkatkan aktivitas, sehingga persalinan dimulai.

d. Teori prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua. Pemberian prostaglandin pada saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga terjadi persalinan. Prostaglandin dianggap dapat merupakan pemicu terjadinya persalinan.

e. Teori hipotalamus pituitari dan glandula suprarenalis

Teori ini menunjukkan pada kehamilan dengan *anensefalus* sering terjadi keterlambatan persalinan karena tidak terbentuk hipotalamus. Teori ini dikemukakan oleh Linggin (1973). Malpar tahun 1933 mengangkat otak kelinci percobaan, hasilnya kehamilan kelinci menjadi lebih lama. Pemberian kortikosteroid yang dapat menyebabkan maturitas janin, induksi persalinan. Dari beberapa percobaan tersebut disimpulkan ada hubungan antara hipotalamus pituitari dengan mulainya persalinan. Glandula suprarenal merupakan pemicu terjadinya persalinan.

f. Teori berkurangnya nutrisi

Berkurangnya nutrisi pada janin dikemukakan oleh Hippokrates untuk pertama kalinya. Bila nutrisi pada janin berkurang, maka konsepsi akan segera dikeluarkan.

g. Faktor lain

Tekanan pada ganglion servikale dari *pleksus frankenhauser* yang terletak di belakang serviks. Bila ganglion ini tertekan, maka kontraksi uterus dapat dibangkitkan.

3. Tahapan Persalinan

Persalinan dibagi menjadi 4 tahap. Pada kala I serviks membuka dari 0 sampai 10 sm. Kala I dinamakan juga kala pembukaan. Kala II disebut juga kala pengeluaran, oleh karena kekuatan his dan kekuatan mendedan, janin didorong keluar sampai lahir. Dalam kala III atau disebut juga kala urie, plasenta terlepas dari dinding uterus dan dilahirkan. Kala IV mulai dari lahirnya plasenta sampai 2 jam kemudian. Dalam kala tersebut diobservasi apakah terjadi perdarahan post partum.

a. Kala I

Persalinan Kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap. Pada permulaan his kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga ibu masih dapat berjalan-jalan. Klinis dinyatakan mulai terjadi partus jika timbul his dan ibu mengeluarkan lendir yang bersemu darah (*bloody show*). Proses ini berlangsung kurang lebih 18-24 jam, yang terbagi menjadi 2 fase, yaitu fase laten (8 jam) dari pembukaan 0 cm sampai pembukaan 3 cm, dan fase aktif (7 jam) dari pembukaan serviks 3 cm sampai pembukaan 10 cm. Dalam fase aktif masih dibagi menjadi 3 fase lagi, yaitu: *fase akselerasi*, dimana dalam waktu 2 jam pembukaan 3 menjadi 4 cm; *fase dilatasi maksimal*, yakni dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari pembukaan 4 cm menjadi 9 cm; dan *fase deselerasi*, dimana pembukaan menjadi lambat kembali. Dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi 10 cm.

b. Kala II (Pengeluaran)

Dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Proses ini berlangsung jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida. Pada kala ini his menjadi lebih kuat dan cepat kurang lebih 2-3 menit sekali.

c. Kala III (Pelepasan Uri)

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

d. Kala IV (Observasi)

Dimulai dari lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum. Observasi yang harus dilakukan pada Kala IV adalah:

- 1) Tingkat kesadaran ibu
- 2) Pemeriksaan tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi, dan pernapasan
- 3) Kontraksi uterus
- 4) Terjadinya perdarahan

Perdarahan dianggap masih normal jika jumlahnya tidak melebihi 500 cc

4. Tanda – Tanda Persalinan

Agar dapat mendiagnose persalinan, bidan harus memastikan perubahan serviks dan kontraksi yang cukup.

- a. Perubahan serviks, kepastian persalinan dapat ditentukan hanya jika serviks secara progresif menipis dan membuka
- b. Kontraksi yang cukup/adekuat, kontraksi yang dianggap adekuat jika:
 - 1) Kontraksi terjadi teratur, minimal 3 kali dalam 10 menit, setiap kontraksi berlangsung sedikitnya 40 detik.
 - 2) Uterus mengeras selama kontraksi, sehingga tidak bisa menekan uterus dengan menggunakan jari tangan.

Indikator persalinan sesungguhnya ditandai dengan kemajuan penipisan dan pembukaan serviks.

Tanda-tanda persalinan sudah dekat:

- a. Menjelang minggu ke-36, pada primigravida terjadi penurunan fundus uteri karena kepala janin sudah masuk pintu atas panggul yang

disebabkan oleh kontraksi *Braxton Hicks*. Sedangkan pada multigravida kepala janin baru masuk pintu atas panggul saat menjelang persalinan.

- b. Terjadinya his permulaan. Kontraksi ini terjadi karena perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dan memberikan rangsangan oksitosin. Semakin tua kehamilan, maka pengeluaran estrogen dan progesteron makin berkurang, sehingga oksitosin dapat menimbulkan kontraksi yang lebih sering sebagai his palsu.

Karakteristik persalinan sesungguhnya dan persalinan semu

PERSALINAN SESUNGGUHNYA	PERSALINAN SEMU
Serviks menipis dan membuka	Tidak ada perubahan pada serviks
Rasa nyeri dan interval teratur	Rasa nyeri tidak teratur
Interval antara rasa nyeri yang secara perlahan semakin pendek	Tidak ada perubahan interval antara rasa nyeri yang satu dengan yang lainnya
Waktu dan kekuatan kontraksi semakin bertambah	Tidak ada perubahan pada waktu dan kekuatan kontraksi
Rasa nyeri terasa di bagian belakang dan menyebar ke depan	Kebanyakan rasa nyeri di bagian depan
Dengan berjalan bertambah intensitas	Tidak ada perubahan rasa nyeri dengan berjalan
Ada hubungan antara tingkat kekuatan kontraksi dengan intensitas nyeri	Tidak ada hubungan antara tingkat kekuatan kontraksi dengan intensitas nyeri
Lendir darah sering tampak	Tidak ada lendir darah
Ada penurunan bagian kepala janin	Tidak ada kemajuan penurunan bagian terendah janin
Kepala janin sudah terfiksasi di PAP diantara kontraksi	Kepala belum masuk PAP walaupun ada kontraksi
Pemberian obat penenang tidak menghentikan proses persalinan sesungguhnya	Pemberian obat penenang yang efisien menghentikan rasa nyeri pada persalinan semu

E. Rangkuman

Konsep dasar asuhan persalinan yang komprehensif adalah mengacu pada asuhan yang komprehensif meliputi asuhan bio, psiko, sosial dan

spiritual. Sehingga bidan dapat memmberikan asuhan secara maksimal dengan lebih memahami konsep dasar persalinan.


F. Referensi

Cunningham, Williams. 2006. Obstetri Williams. Jakarta: EGC

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2001. Standar Pelayanan Kebidanan. Jakarta: Dep.Kes RI

G. Evaluasi

1. Apa yang dimaksud dengan masa persalinan?
2. Jelaskan sebab-sebab mulainya persalinan?
3. Apa saja tugas bidan dalam asuhan persalinan?



**LIMA BENANG
MERAH DALAM
PERSALINAN**

BAB II

LIMA BENANG MERAH DALAM PERSALINAN

A. Standar Kompetensi

Mata kuliah ini memberikan asuhan intranatal yang bermutu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan selama masa persalinan yang meliputi konsep dasar asuhan persalinan.

Mata kuliah ini merupakan pengantar untuk dapat melakukan asuhan kebidanan pada Asuhan Kebidanan II (Bersalin) yang membahas tentang lima benang merah dalam asuhan persalinan.

B. Standar Kompetensi Dasar

Pada akhir perkuliahan diharapkan mahasiswa mampu menjelaskan lima benang merah dalam asuhan persalinan.

C. Indikator

1. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang membuat keputusan klinik dalam asuhan persalinan
2. Mahasiswa mampu menjelaskan asuhan sayang ibu dan sayang bayi
3. Mahasiswa mampu menjelaskan pencegahan infeksi dalam asuhan persalinan
4. Mahasiswa mampu menjelaskan pencatatan (rekam medis) asuhan persalinan
5. Mahasiswa mampu menjelaskan rujukan

D. Materi

Lima Benang Merah dalam Persalinan

1. Membuat Keputusan Klinik

Membuat keputusan merupakan proses yang menentukan untuk menyelesaikan masalah dan menentukan asuhan yang diperlukan oleh pasien. Keputusan ini harus akurat, komprehensif dan aman baik pasien dan keluarganya maupun petusa yang memberi pertolongan.

Membuat keputusan klinik merupakan serangkaian proses dan metode yang sistematis menggunakan informasi dan hasil dari olah kognitif dan intuitif serta di padukan dengan kajian teoritis dan intervensi berdasarkan bukti (*evidence based*), ketrampilan yang di kembangkan melalui berbagai tahapan yang logis dan diperlukan dalam upaya untuk menyelesaikan masalah yang berfokus pada pasien (Varney, 2002).

Semua upaya di atas akan bermuara pada bagaimana kinerja dan perilaku yang di harapkan dari seorang yang memberikan asuhan dalam menjalankan tugas dan pengalaman ilmunya kepada pasien. Pengetahuan dan ketrampilan saja ternyata tidak dapat menjamin asuhan atau pertolongan yang di berikan dapat memberikan hasil maksimal atau memenuhi standar kualitas pelayanan dan harapan pasien apabila tidak di sertai dengan perilaku terpuji.

Tujuh langkah dalam membuat keputusan klinik :

a. Pengumpulan data utama dan relevan untuk membuat keputusan

Semua pihak yang terlibat mempunyai peranan penting dalam setiap langkah pembuatan keputusan klinik. Dari data subyektif yang di peroleh dari anamnesa. Data obyektif dari hasil pemeriksaan fisik di peroleh melalui serangkaian upaya sistematis dan terfokus. Validitas dan akurasi data akan sangat membantu pemberi layanan untuk melakukan analisis dan pada akhirnya, membuat keputusan klinik yang tepat.

Data subyektif adalah informasi yang di ceritakan ibu tentang apa yang di rasakannya apa yang sedang di alami dan telah di alaminya. Data subyektif juga meliputi informasi tambahan yang di ceritakan oleh para anggota keluarga tentang status ibu, terutama jika hal tersebut dapat di telusuri untuk mengetahui penyebab masalah atau kondisi kegawatan.

Data Obyektif adalah informasi yang di kumpulkan berdasarkan hasil pemeriksaan atau pengamatan terhadap ibu.

b. Menginterpretasikan data dan mengidentifikasi masalah

Setelah data di kumpulkan penolong persalinan melakukan analisis untuk membuat alur algoritma suatu diagnosa. Peralihan dari analisis data hingga diagnosa yang linear berlangsung secara terus menerus, serta di kaji ulang berdasarkan waktu, pengamatan, dan pengumpulan data secara terus menerus.

Diagnosis di buat sesuai dengan istilah atau nomenklatur spesifik kebidanan yang mengacu pada data utama, analisis data subyektif dan obyektif yang di peroleh. Diagnosa menunjukkan variasi kondisi yang berkisar di antara normal dan patologis.

c. Menetapkan diagnosa kerja atau merumuskan masalah

Proses membuat pilihan definitif setelah pertimbangan berbagai pilihan lain dengan kondisi yang hampir sama. Membuat satu diagnosis kerja diantara berbagai diagnosis banding. Rumusan masalah mungkin saja terkait langsung maupun tidak langsung terhadap diagnosis kerja tapi dapat juga masalah utama yang saling terkait dengan berbagai masalah penyerta atau berbagai faktor lain yang kontribusi dalam terjadinya masalah utama.

d. Menilai adanya kebutuhan dan kesiapan intervensi untuk mengatasi masalah

Bidan tidak hanya terampil membuat diagnosa bagi pasien yang di layani tetapi juga harus mampu mendeteksi setiap situasi yang dapat mengancam keselamatan jiwa ibu dan bayinya.

Untuk mengenali situasi tersebut, para bidan harus pandai membaca situasi klinik dan budaya masyarakat setempat sehingga mereka tanggap dalam mengenali kebutuhan terhadap tindakan segera sebagai langkah penyelamatan bagi ibu dan bayinya jika suatu gawat darurat terjadi selama atau setelah menolong persalinan.

e. Menyusun rencana pemberian asuhan atau intervensi untuk solusi masalah

Upaya ini di kenal sebagai kesiapan menghadapi persalinan dan tanggap terhadap komplikasi yang mungkin terjadi (*birth preparations and complacation readines*), sehingga bidan mampu melakukan deteksi dini jika ada gangguan atau penyulit dalam persalinan.

f. Melaksanakan asuhan / intervensi terpilih

Rencana asuhan atau intervensi bagi ibu bersalin di buat kajian data obyektif dan subyektif, identifikasi kebutuhan dan kesiapan asuhan atau intervensi efektif dan mengukur sumber daya atau kemampuan yang di miliki. Semua di lakukan agar ibu bersalin dapat di tangani secara baik, terlindungi dari masalah atau penyulit yang dapat menganggu upaya untuk menolong pasien, hasil pelayanan, kenyamanan dan keselamatan ibu dan bayi nya.

g. Memantau dan mengevaluasi efektivitas asuhan atau intervensi

Rencana kerja yang telah di kerjakan, akan di evaluasi untuk menilai tingkat efektivitasnya. Proses pengumpulan data, membuat diagnosis, memilih intervensi, menilai kemampuan diri, melaksanakan asuhan dan evaluasi. Asuhan yang efektif apabila masalah yang di hadapi dapat diselesaikan atau membawa dampak yang menguntungkan terhadap diagnosis yang telah di tegakan. Asuhan atau intervensi di anggap membawa dampak menguntungkan terhadap diagnosis yang telah di tegakan. Bila asuhan atau intervensi tidak membawa hasil atau dampak seperti yang di harapkan maka sebaiknya di lakukan kajian ulang dan penyusunan kembali rencana asuhan sehingga pada akhirnya dapat memberi dampak seperti yang di harapkan.

2. Asuhan sayang Ibu

Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan, keinginan ibu. Prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses persalinan

dan kelahiran bayi. Banyak hasil penelitian menunjukkan bahwa jika para ibu di berikan dukungan saat proses persalinan dan mengetahui dengan baik bagaimana proses persalinan serta asuhan yang akan di berikan, maka mereka meraskan rasa nyaman (Enkin, Et al, 2000).

Asuhan sayang ibu dalam proses persalinan :

- a. Panggil ibu sesuai dengan namanya, hargai dan perlakukan ibu sesuai dengan martabatnya
 - b. Jelaskan asuhan mulai proses dan asuhan yang akan di berikan
 - c. Jelaskan Proses persalinan kepada ibu dan keluarganya
 - d. Anjurkan ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut atau kuwatirnya
 - e. Dengarkan dan tanggapi rasa takut dan kekawatiran ibu
 - f. Berikan dukungan dan besarkan hatinya dan tetramkan hati ibu beserta keluarganya
 - g. Anjurkan ibu di temani suami atau kelurganya
 - h. Ajarkan kepada suami atau keluarga mengenai cara - cara bagaimana mereka dapat mengurangi rasa nyeri dan memberikan dukungan saat menjelang persalinanya
 - i. Secara konsisten lakukan praktek - praktek yang dapat mencegah infeksi
 - j. Hargai privaci Ibu
 - k. Anjurkan ibu untuk melakukan berbagai macam posisi saat persalinan
 - l. Anjurkan ibu untuk makan minum selama dalam proses persalinan
 - m. Hargai dan perbolehkan praktik tradisional yang tidak merugikan pasien
 - n. Anjurkan ibu untuk memeluk bayinya segera mungkin.
 - o. Membantu memulai pemberian ASI dalam satu jam pertama setelah persalinan
 - p. Siapkan rencana rujukan (jika perlu)
 - q. Mempersiapkan persalinan dan kelahiran bayi dengan baik dan bahan
3. Praktek Pencegahan infeksi

Tindakan pencegahan infeski tidak terpisahkan dari komponen komponen lain dalam asuhan selama persalinan dan kelahiran bayi,

tindakan ini harus di siapkan di semua aspek asuhan untuk melindungi ibu dan bayi, keluarga dan petugas. Sehingga dalam tatalaksana asuhan persalinan salah satunya mengacu pada tata laksana pencegahan infeksi yang baik.

Definisi prosedur yang digunakan dalam pencegahan infeksi :

a. Asepsis atau tindakan aseptik

Semua usaha yang dilakukan dalam mencegah masuknya mikroorganisme kedalam tubuh dan berpotensi untuk menimbulkan infeksi. Teknik aseptik membuat prosedur lebih aman untuk ibu, bayi baru lahir dan petugas dengan cara menurunkan jumlah atau menghilangkan seluruh mikroorganisme pada kulit, jaringan hingga tingkat aman.

b. Antisepsis

Mengacu pada pencegahan infeksi dengan cara membunuh atau menghambat pertumbuhan mikroorganisme pada kulit atau jaringan tubuh lainnya.

c. Dekontaminasi

Tindakan yang di lakukan untuk memastikan petugas kesehatan dapat secara aman menangani berbagai benda yang terkontaminasi darah/ cairan tubuh. Peralatan medis, jaringan dan instrumen harus segera di dekontaminasi setelah terpapar darah atau cairan tubuh.

d. Mencuci dan membilas

Tindakan yang di lakukan untuk menghilangkan semua noda darah, cairan tubuh atau benda asing.

e. Desinfeksi

Tindakan yang di lakukan untuk menghilangkan hampir semua mikroorganisme penyebab yang mencermari benda mati atau instrument.

f. Desinfeksi Tingkat Tinggi

Tindakan yang di lakukan untuk menghilangkan hampir semua dan atau instrumen.

g. Sterilisasi

Tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua mikroorganisme termasuk endospora bakteri dari benda mati.

4. Manfaat dan cara pencatatan medik asuhan persalinan

Pencatatan adalah bagian penting dari proses membuat keputusan klinik karena memungkinkan penolong persalinan untuk terus menerus memperhatikan asuhan yang di berikan selama proses persalinan. Mengkaji ulang catatan memungkinkan untuk menganalisa data yang telah di kumpulkan dan dapat lebih efektif dalam merumuskan suatu diagnosis dan membuat rencana asuhan.

5. Melakukan rujukan

Rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu ke fasilitas rujukan atau fasilitas yang memiliki sarana lebih lengkap diharapkan dapat memberikan asuhan yang lebih tepat.

E. Rangkuman


Dalam asuhan persalinan normal harus memberikan asuhan yang komprehensif meliputi bio, psiko, sosial dan spiritual di mana bidan memberikan asuhan secara lengkap dengan memperhatikan lima benang merah.

F. Referensi

- JNPK. 2017. Asuhan Persalinan Normal Asuhan Esensial Bagi Ibu Bersalin Dan Bayi Baru lahir Serta Penatalaksanaan Komplikasi Segera Pascapersalinan Dan Nifas
- Cunningham, F.Gary, dkk. 2006. Obstetri Williams. Edisi 21. Vol. 1. Jakarta:EGC.
- Ashari, Ani. 2010. Asuhan Kebidanan Pathologi. Yogyakarta : Pustaka Rohima
- Ralph C. Benson dan Martin L.Pernoll. 2008. Buku Saku Obstetri dan Ginekologi. Jakarta : EGC

G. Evaluasi

1. Sebutkan lima benang merah dalam asuhan persalinan?
2. Jelaskan pokok-pokok dalam asuhan persalinan?



**FAKTOR YANG
MEMPENGARUHI
PERSALINAN**

BAB III

FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERSALINAN

A. Standar Kompetensi

Mata kuliah ini memberikan asuhan intranatal yang bermutu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan selama masa persalinan yang meliputi konsep dasar asuhan persalinan.

Mata kuliah ini merupakan pengantar untuk dapat melakukan asuhan kebidanan pada Asuhan Kebidanan II (Bersalin) yang membahas tentang Konsep dasar asuhan persalinan. Mata kuliah ini merupakan pedoman untuk dapat melakukan pengelolaan pada Asuhan Persalinan yang sehat maupun yang bermasalah melalui pembahasan tentang kasus-kasus pada masa bersalin. Mata Kuliah ini membekali mahasiswa untuk mampu memberikan Askeb pada ibu dalam persalinan dengan pendekatan manajemen kebidanan didasari konsep-konsep, sikap dan keterampilan serta hasil *evidence based*.

B. Standar Kompetensi Dasar

Pada akhir perkuliahan diharapkan mahasiswa mampu menjelaskan faktor - faktor yang mempengaruhi persalinan.

C. Indikator

1. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang *passage* (jalan lahir)
2. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang *passager* (janin dan plasenta)
3. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang power (kekuatan ibu)
4. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang posisi ibu bersalin
5. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang psikologi ibu

D. Materi

Faktor - faktor yang mempengaruhi persalinan :

1. Passage (Jalan Lahir)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yakni bagian tulang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus (lubang luar vagina)

Bidang-bidang hodge :

Bidang hodge adalah bidang semu sebagai pedoman untuk menentukan kemajuan persalinan yaitu seberapa jauh penurunan kepala melalui pemeriksaan dalam/vagina toucher (VT), Adapun bidang hodge sebagai berikut:

- a. Hodge I : Bidang yang setinggi dengan Pintu Atas Panggul (PAP) yang dibentuk oleh promontorium, artikulasio-iliaca, sayap sacrum, linea inominata, ramus superior os pubis, tepi atas symfisis pubis
- b. Hodge II : Bidang setinggi pinggir bawah symfisis pubis berhimpit dengan PAP (Hodge I)
- c. Hodge III : Bidang setinggi spina ischiadika berhimpit dengan PAP (Hodge I)
- d. Hodge IV : Bidang setinggi ujung os soccygis berhimpit dengan PAP (Hodge I)

Ukuran-Ukuran Panggul :

- a. Panggul luar
 - 1) Distansia Spinarum yaitu diameter antara kedua Spina Iliaka anterior superior kanan dan kiri ; 24-26 cm
 - 2) Distansia kristarum yaitu diameter terbesar antara kedua crista iliaka kanan dan kiri : 28-30 cm
 - 3) Distansia boudeloque atau konjugata eksterna yaitu diameter antara lumbal ke-5 dengan tepi atas sympisis pubis : 18-20 cm
 - 4) Lingkar panggul yaitu jarak antara tepi atas sympisis pubis ke pertengahan antara trokhanter dan spina iliaka anterior superior kemudian ke lumbal ke-5 kembali ke sisi sebaliknya sampai kembali ke tepi atas sympisis pubis. Diukur dengan metlin.
Normal: 80-90 cm
- b. Panggul dalam
 - 1) Pintu atas panggul

- a) Konjugata Vera atau diameter antero posterior yaitu diameter antara promontorium dan tepi atas symfisis: 11 cm. Konjugata obstetrika adalah jarak antara promontorium dengan pertengahan symfisis pubis.
 - b) Diameter transversa (melintang), yaitu jarak terlebar antara kedua linea inominata: 13 cm
 - c) Diameter oblik (miring) yaitu jarak antara artikulasio sakro iliaka dengan tuberkulum pubicum sisi yang bersebelah : 12 cm
- 2) Bidang tengah panggul
- a) Bidang luas panggul terbentuk dari titik tengah symfisis, pertengahan acetabulum dan ruas sacrum ke-2 dan ke-3. Merupakan bidang yang mempunyai ukuran paling besar, sehingga tidak menimbulkan masalah dalam mekanisme penurunan kepala. Diameter anteroposterior 12,75 cm, diameter tranversa 12,5 cm.
 - b) Bidang sempit panggul. Merupakan bidang yang berukuran kecil, terbentang dari tepi bawah symfisis, spina ischiadika kanan dan kiri, dan 1-2 cm dari ujung bawah sacrum. Diameter antero-posterior : 11,5 cm ; diameter tranversa : 10 cm
- 3) Pintu bawah panggul
- a) Terbentuk dari dua segitiga dengan alas yang sama, yaitu diameter tuber ischiadikum. Ujung segitiga belakang pada ujung os sacrum, sedangkan ujung segitiga depan arkus pubis.
 - b) Diameter antero posterior yaitu ukuran dari tepi bawah symfisis ke ujung sacrum : 11,5 cm
 - c) Diameter tranversa: jarak antara tuber ischiadikum kanan dan kiri : 10,5 cm
 - d) Diameter sagitalis posterior yaitu ukuran dari ujung sacrum ke pertengahan ukuran tranversa : 7,5 cm

Inklinatio pelvis

Adalah kemiringan panggul, sudut yang terbentuk antara bidang semu pintu atas panggul dengan garis lurus tanah sebesar 55-60 derajat.

Empat jenis panggul dasar dikelompokkan sebagai berikut:

- a. Ginekoid (tipe wanita klasik)
- b. Android (mirip panggul pria)
- c. Antropoid (mirip panggul kera anthropoid)
- d. Platipeloid (panggul pipih)

2. Passenger (Janin dan Plasenta)

Passenger atau janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yakni ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin. Karena plasenta juga harus melewati jalan lahir, maka ia dianggap juga sebagai bagian dari *passenger* yang menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan pada kehamilan normal.

Ukuran Kepala Janin :

- a. Diameter
 - 1) Diameter Sub Occipito Bregmatika 9,5 cm
 - 2) Diameter occipitofrontalis. Jarak antara tulang oksiput dan frontal, ± 12 cm
 - 3) Diameter vertikomento / supraoksipitomental / mento occipitalis $\pm 13,5$ cm, merupakan diameter terbesar terjadi pada presentasi dahi
 - 4) Diameter submentobregmatika $\pm 9,5$ cm/Diameter anteroposterior pada presentasi muka

Diameter melintang pada tengkorak janin adalah:

- 1) Diameter Biparietalis 9,5 cm
 - 2) Diameter Bitemporalis ± 8 cm
- b. Ukuran Circumferensia (Keliling)
 - 1) Circumferensial fronto occipitalis ± 34 cm

- 2) Circumferensia mento occipitalis ± 35 cm
- 3) Circumferensia sub occipito bregmatika ± 32 cm

Ukuran badan lain :

- a. Bahu
 - 1) Jaraknya ± 12 cm (jarak antara kedua akromion)
 - 2) Lingkaran bahu ± 34 cm
- b. Bokong
 - 1) Lebar bokong (diameter intertrokanterika) ± 12 cm
 - 2) Lingkaran bokong ± 27 cm

Presentasi Janin

Presentasi adalah bagian janin yang pertama kali memasuki pintu atas panggul dan terus melalui jalan lahir saat persalinan mencapai aterm. Bagian presentasi adalah bagian tubuh janin yang pertama kali teraba oleh jari pemeriksa saat melakukan pemeriksaan dalam. Faktor-faktor yang menentukan bagian presentasi adalah letak janin, sikap janin, dan ekstensi atau fleksi kepala janin.

Letak Janin

Letak adalah hubungan antarasumbu panjang (punggung) janin terhadap sumbu panjang (punggung ibu). Ada dua macam letak (1) memanjang atau vertikal, dimana sumbu panjang janin paralel dengan sumbu panjang ibu; (2) melintang atau horizontal, dimana sumbu panjang janin membentuk sudut terhadap sumbu panjang ibu. Letak memanjang dapat berupa presentasi kepala atau presentasi sacrum (sungsang). Presentasi ini tergantung pada struktur janin yang pertama memasuki panggul ibu.

Sikap Janin

Sikap adalah hubungan bagian tubuh janin yang satu dengan bagian tubuh yang lain. Janin mempunyai postur yang khas (sikap) saat berada dalam rahim. Hal ini sebagian merupakan akibat pola pertumbuhan janin dan sebagian akibat penyesuaian janin terhadap bentuk rongga

rahim. Pada kondisi normal, punggung janin sangat fleksi kepala fleksi ke arah dada, dan paha fleksi ke arah sendi lutut. Sikap ini disebut fleksi umum. Tangan disilangkan di depan toraks dan tali pusat terletak diantara lengan dan tungkai. Penyimpangan sikap normal dapat menimbulkan kesulitan saat anak dilahirkan. Misalkan pada presentasi kepala, kepala janin dapat berada dalam sikap ekstensi atau fleksi yang menyebabkan diameter kepala berada dalam posisi yang tidak menguntungkan terhadap batas-batas panggul ibu. Diameter biparietal adalah diameter lintang terbesar kepala janin. Dari semua diameter anteroposterior, terlihat bahwa sikap ekstensi atau fleksi memungkinkan bagian presentasi dengan ukuran diameter memasuki panggul ibu. Kepala yang berada dalam sikap fleksi sempurna memungkinkan diameter suboksipitobregmatika (diameter terkecil) memasuki panggul dengan mudah.

Posisi Janin

Posisi adalah hubungan antara bagian presentasi (oksiput, sacrum, mentum/dagu, sinsiput/puncak kepala yang defleksi/menengadah) terhadap empat kuadran panggul ibu. Yaitu posisi oksipito Anterior Kanan (OAKa), Oksipito tranversa kanan (OTKa), oksipito posterior kanan (OPKa), oksipito posterior kiri (OPKi), oksipito tranversa kiri (OTKi), oksipito anterior kiri (OAKi).

Engagement menunjukkan bahwa diameter tranversa terbesar bagian presentasi telah memasuki pintu atas panggul. Pada presentasi kepala yang fleksi dengan benar, diameter biparietal merupakan diameter terbesar.

3. Power (Kekuatan)

Kekuatan terdiri dari kemampuan ibu melakukan kontraksi involunter dan volunter secara bersamaan untuk mengeluarkan janin dan plasenta dari uterus. Kontraksi involunter disebut juga kekuatan primer, menandai dimulainya persalinan. Apabila serviks berdilatasi, usaha

volunter dimulai untuk mendorong, yang disebut kekuatan sekunder, dimana kekuatan ini memperbesar kekuatan kontraksi involunter.

4. Posisi Ibu

Posisi ibu mempengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Posisi tegak memberikan sejumlah keuntungan yaitu mengubah posisi membuat rasa letih hilang, memberi rasa nyaman, dan memperbaiki sirkulasi. Posisi tegak meliputi posisi berdiri, berjalan, duduk, jongkok. Posisi tegak memungkinkan gaya gravitasi membantu penurunan janin.

5. Psikologis

Wanita bersalin biasanya akan mengutarakan kekhawatirannya jika ditanya. Perilaku dan penampilan wanita serta pasangannya merupakan petunjuk berharga tentang jenis dukungan yang akan diperlukannya.

E. Rangkuman

Dengan lebih memahami faktor-faktor dalam persalinan dapat meningkatkan asuhan persalinan dengan maksimal.

F. Referensi

Depkes RI. 2008. Asuhan Persalinan Normal : Asuhan Esensial, Pencegahan dan Penanggulangan Segera Komplikasi Persalinan dan Bayi Baru Lahir. Jakarta : JNPK-KR.

Pusdiknakes, WHO, JHPIEGO. 2001. Buku Asuhan Antenatal. Jakarta: Pusdiknakes.

G. Evaluasi

1. Jelaskan faktor - faktor yang mempengaruhi persalinan?
2. Sebutkan faktor yang dapat menghambat persalinan?



BAB IV

KEBUTUHAN DASAR SELAMA PERSALINAN

A. Standar Kompetensi

Mata kuliah ini memberikan asuhan intranatal yang bermutu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan selama masa persalinan yang meliputi konsep dasar asuhan persalinan.

Mata kuliah ini merupakan pengantar untuk dapat melakukan asuhan kebidanan pada Asuhan Kebidanan II (Bersalin) yang membahas tentang Konsep dasar asuhan persalinan. Mata kuliah ini merupakan pedoman untuk dapat melakukan pengelolaan pada Asuhan Persalinan yang sehat maupun yang bermasalah melalui pembahasan tentang kasus-kasus pada masa bersalin. Mata Kuliah ini membekali mahasiswa untuk mampu memberikan Askeb pada ibu dalam persalinan dengan pendekatan manajemen kebidanan didasari konsep-konsep, sikap dan keterampilan serta hasil *evidence based*.

B. Standar Kompetensi Dasar

Pada akhir perkuliahan diharapkan mahasiswa mampu menjelaskan tentang kebutuhan dasar selama persalinan.

C. Indikator

1. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang kebutuhan dasar ibu bersalin
2. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang kebutuhan fisiologi ibu bersalin
3. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang kebutuhan rasa aman
4. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang rasa ingin di cintai dan mencintai
5. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang harga diri ibu bersalin
6. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang aktualisasi ibu bersalin

D. Materi

1. Kebutuhan Dasar Manusia menurut Maslow

- a. Kebutuhan fisiologi

Kebutuhan dasar atau kebutuhan pokok/utama yang bila tidak terpenuhi akan terjadi ketidakseimbangan. Misal kebutuhan O₂, makan, minum, seks.

b. Kebutuhan rasa aman

Kebutuhan rasa aman misalnya kebutuhan perlindungan hukum, perlindungan terhindar dari penyakit.

c. Kebutuhan dicintai dan mencintai

Kebutuhan dicintai dan mencintai misalnya mendambakan kasih sayang dari orang dekat, ingin dicintai dan diterima oleh keluarga atau orang lain disekitarnya.

d. Kebutuhan harga diri

Kebutuhan harga diri misalnya ingin dihargai dan menghargai adanya respon dari orang lain, toleransi dalam hidup berdampingan.

e. Kebutuhan aktualisasi

Kebutuhan aktualisasi misal ingin diakui atau dipuja, ingin berhasil, ingin menonjol, atau ingin lebih dari orang lain.

2. Kebutuhan Dasar Ibu selama Persalinan

a. Kebutuhan fisiologis

- 1) Oksigen
- 2) Makan dan minum
- 3) Istirahat selama tidak ada his
- 4) Kebersihan badan terutama genetalia
- 5) Buang air kecil dan buang air besar
- 6) Pertolongan persalinan yang terstandar
- 7) Penjahitan perineum bila perlu

b. Kebutuhan rasa aman

- 1) Memilih tempat dan penolong persalinan
- 2) Informasi tentang proses persalinan atau tindakan yang akan dilakukan
- 3) Posisi tidur yang dikehendaki ibu

- 4) Pendampingan oleh keluarga
 - 5) Pantauan selama persalinan
 - 6) Intervensi yang diperlukan
- c. Kebutuhan dicintai dan mencintai
- 1) Pendampingan oleh suami/keluarga
 - 2) Kontak fisik (memberi sentuhan ringan)
 - 3) Masase untuk mengurangi rasa sakit
 - 4) Berbicara dengan suara yang lemah, lembut dan sopan
- d. Kebutuhan harga diri
- 1) Merawat bayi sendiri dan mentekinya
 - 2) Asuhan kebidanan dengan memperhatikan privacy ibu
 - 3) Pelayanan yang bersifat empati dan simpati
 - 4) Informasi bila akan melakukan tindakan
 - 5) Memberikan pujian pada ibu terhadap tindakan positif yang ibu lakukan
- e. Kebutuhan aktualisasi diri
- 1) Memilih tempat dan penolong sesuai keinginan
 - 2) Memilih pendamping selama persalinan
 - 3) *Bouding and attachment*
 - 4) Ucapan selamat atas kelahirannya

E. Rangkuman

Kebutuhan dasar manusia sangat diperlukan melalui pendekatan manajemen kebidanan didasari konsep-konsep, sikap dan keterampilan serta hasil *evidence based*.

F. Referensi

- Ashari, Ani. 2010. Asuhan Kebidanan Pathologi. Yogyakarta : Pustaka Rohima
- Ralph C. Benson dan Martin L.Pernoll. 2008. Buku Saku Obstetri dan Ginekologi. Jakarta : EGC

Saifudin, Abdul Bari. 2002. Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Jakarta: YBPSP-JNPKKR-POGI-JHPIEGO

G. Evaluasi

1. Jelaskan apa saja kebutuhan dasar pada ibu bersalin, dan berikan contohnya!



**ASUHAN
KEBIDANAN
PADA IBU
BERSALIN**

BAB V

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN

A. Standar Kompetensi

Mata kuliah ini memberikan asuhan intranatal yang bermutu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan selama masa persalinan yang meliputi konsep dasar asuhan persalinan.

Mata kuliah ini merupakan pengantar untuk dapat melakukan asuhan kebidanan pada Asuhan Kebidanan II (Bersalin) yang membahas tentang Konsep dasar asuhan persalinan. Mata kuliah ini merupakan pedoman untuk dapat melakukan pengelolaan pada Asuhan Persalinan yang sehat maupun yang bermasalah melalui pembahasan tentang kasus-kasus pada masa bersalin. Mata kuliah ini membekali mahasiswa untuk mampu memberikan Askeb pada ibu dalam persalinan dengan pendekatan manajemen kebidanan didasari konsep-konsep, sikap dan keterampilan serta hasil *evidence based*.

B. Standar Kompetensi Dasar

Pada akhir perkuliahan diharapkan mahasiswa mampu menjelaskan Asuhan Kala I-IV.

C. Indikator

1. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang Asuhan Persalinan Kala 1
2. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang Asuhan Persalinan Kala II
3. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang Asuhan Persalinan Kala III
4. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang Asuhan Persalinan Kala IV

D. Materi

ASUHAN PERSALINAN PADA IBU BERSALIN KALA I

1. Perubahan Fisiologis dan Psikologis pada Persalinan

Perubahan fisiologis pada persalinan

a. Perubahan Tekanan Darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi uterus dengan kenaikan sistolik rata-rata sebesar 10-20 mmHg dan kenaikan distolik rata-rata 5-10 mmHg. Tekanan darah akan turun seperti sebelum masuk persalinan dan akan naik lagi bila terjadi kontraksi.

b. Perubahan metabolisme

Selama persalinan baik metabolisme karbohidrat aerobik maupun anaerobik akan naik secara perlahan. Kenaikan ini sebagian besar disebabkan oleh kecemasan serta kegiatan otot kerangka tubuh. Kegiatan metabolisme yang meningkat tercermin dengan kenaikan suhu badan, denyut nadi, pernafasan, kardiak output dan kehilangan cairan.

c. Perubahan suhu badan

Kenaikan ini dianggap normal asal tidak melebihi $0,5-1^{\circ}\text{C}$. Suhu badan yang naik sedikit merupakan keadaan yang wajar, namun bila keadaan ini berlangsung lama, kenaikan suhu ini mengindikasikan adanya dehidrasi. Parameter lainnya harus dilakukan antara lain selaput ketuban sudah pecah atau belum, karena hal ini bisa merupakan tanda infeksi.

d. Denyut jantung

Denyut jantung yang sedikit naik merupakan keadaan yang normal, meskipun normal perlu dikontrol secara periode untuk mengidentifikasi adanya infeksi.

e. Pernafasan

Kenaikan pernafasan ini disebabkan karena adanya rasa nyeri, kekhawatiran serta penggunaan teknik pernafasan yang tidak benar.

f. Perubahan renal

Polyuri sering terjadi selama persalinan, hal ini disebabkan oleh kardiak output yang meningkat, serta disebabkan karena filtrasi glomerulus serta aliran plasma ke renal. Kandung kemih harus selalu dikontrol (setiap 2 jam) yang bertujuan agar tidak menghambat

penurunan bagian terendah janin dan trauma pada kandung kemih serta menghindari retensi uri selama melahirkan.

g. Perubahan gastrointestinal

Lambung yang penuh akan menimbulkan ketidaknyamanan, oleh sebab itu ibu tidak dianjurkan untuk makan atau minum terlalu berlebihan, tetapi makan dan minum yang cukup untuk mempertahankan energi dan menghindari dehidrasi.

h. Perubahan hematologis

Haemoglobin akan meningkat 1,2 gr/100 ml selama persalinan dan kembali ke tingkat pra persalinan pada hari pertama setelah persalinan apabila tidak terjadi kehilangan terlalu banyak darah selama persalinan.

i. Kontraksi uterus

Kontraksi uterus terjadi karena adanya rangsangan pada otot polos uterus dan penurunan hormon progesteron yang menyebabkan keluarnya hormon oksitosin.

j. Pembentukan segmen atas rahim dan segmen bawah rahim

Segmen Atas Rahim (SAR) terbentuk pada uterus bagian atas dengan sifat otot yang lebih tebal dan kontraktif. Pada bagian ini terdapat banyak otot serong dan memanjang. SAR terbentuk dari fundus sampai ishmus uteri.

Segmen Bawah Rahim (SBR) terbentang di uterus bagian bawah antara ishmus dengan serviks, dengan sifat otot yang tipis dan elastis, pada bagian ini terdapat otot yang melingkar dan memanjang.

k. Perkembangan retraksi ring

Retraksi ring adalah batas pinggiran antara SAR dan SBR, dalam keadaan persalinan normal tidak nampak dan akan kelihatan pada persalinan abnormal, karena kontraksi uterus yang berlebihan, retraksi ring akan tampak sebagai garis atau batas yang menonjol diatas simpisis yang merupakan tanda dan ancaman ruptur uterus.

l. Penarikan serviks

Pada akhir kehamilan otot yang mengelilingi Ostium Uteri Internum (OUI) ditarik oleh SAR yang menyebabkan serviks menjadi pendek dan menjadi bagian dari SBR. Bentuk serviks menghilang karena canalis servikalis membesar dan atas dan membentuk Ostium Uteri Eksterna (OUE) sebagai ujung dan bentuknya menjadi sempit.

m. Pembukaan ostium uteri interna dan ostium uteri eksterna

Pembukaan serviks disebabkan oleh karena membesarnya OUE karena otot yang melingkar di ostium meregang untuk dapat dilewati kepala. Pembukaan uteri tidak saja karena penarikan SAR akan tetapi juga karena tekanan isi uterus yaitu kepala dan kantong amnion. Pada primigravida dimulai dari ostium uteri internum terbuka lebih dahulu baru ostium eksterna membuka pada saat persalinan terjadi. Sedangkan pada multigravida ostium uteri internum dan eksternum membuka secara bersama-sama pada saat persalinan terjadi.

n. Show

Show adalah pengeluaran dari vagina yang terjadi dan sedikit lendir yang bercampur darah, lendir ini berasal dari eksturksi lendir yang menyumbat canalis servikalis sepanjang kehamilan, sedangkan darah berasal dari desidua vera yang lepas.

o. Tonjolan kantong ketuban

Tonjolan kantong ketuban ini disebabkan oleh adanya regangan SAR yang menyebabkan terlepasnya selaput korion yang menempel pada uterus, dengan adanya tekanan maka akan terlihat kantong yang berisi cairan yang menonjol ke ostium uteri internum yang terbuka. Cairan ini terbagi menjadi dua yaitu *fore water* dan *hind water* yang berfungsi untuk melindungi selaput amnion agar tidak terlepas seluruhnya. Tekanan yang diarahkan ke cairan sama dengan tekanan ke uterus sehingga akan timbul generasi *fluid presur*. Bila selaput ketuban pecah maka cairan tersebut akan keluar, sehingga plasenta akan tertekan

dan menyebabkan fungsi plasenta terganggu. Hal ini akan menyebabkan uterus kekurangan oksigen.

p. Pemecahan kantong ketuban

Pada akhir kala satu bila pembukaan sudah lengkap dan tidak ada tahanan lagi, ditambah dengan kontraksi yang kuat serta desakan janin yang menyebabkan kantong ketuban pecah, diikuti dengan proses kelahiran bayi.

Perubahan Psikologi

Pada ibu hamil banyak terjadi perubahan, baik fisik maupun psikologis. Begitu juga pada ibu bersalin, perubahan psikologis pada ibu bersalin wajar terjadi pada setiap orang, namun ia memerlukan bimbingan dari keluarga dan penolong persalinan agar ia dapat menerima keadaan yang terjadi selama persalinan dan dapat memahaminya sehingga ia dapat beradaptasi terhadap perubahan yang terjadi pada dirinya. Perubahan psikologis selama persalinan perlu diketahui oleh penolong persalinan dalam melaksanakan tugasnya sebagai pendamping atau penolong persalinan.

Perubahan psikologis pada kala satu

Beberapa keadaan dapat terjadi pada ibu dalam persalinan, terutama bagi ibu yang pertama kali melahirkan, perubahan-perubahan yang dimaksud adalah :

- a. Perasaan tidak enak.
- b. Takut dan ragu-ragu akan persalinan yang akan dihadapi.
- c. Ibu dalam menghadapi persalinan sering memikirkan antara lain apakah persalinan akan berjalan normal.
- d. Menganggap persalinan sebagai cobaan.
- e. Apakah penolong persalinan dapat sabar dan bijaksana dalam menolongnya.
- f. Apakah bayinya normal atau tidak.
- g. Apakah ia sanggup merawat bayinya.

h. Ibu merasa cemas.

b. Manajemen Kala Satu

a. Mengidentifikasi masalah

Bidan melakukan identifikasi terhadap permasalahan yang ditemukan.

b. Mengkaji riwayat kesehatan

Riwayat kesehatan meliputi: riwayat kesehatan sekarang dan mulai his, ketuban, perdarahan pervaginam bila ada. Riwayat kesehatan saat kehamilan ini, meliputi riwayat ANC, keluhan selama hamil, penyakit selama hamil. Riwayat kesehatan masa lalu bila ada.

c. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik ibu meliputi, keadaan umum, pemeriksaan *head to toe, vaginal toucher*.

d. Pemeriksaan janin.

Kesejahteraan janin diperiksa DJJ (denyut jantung janin) meliputi frekuensi, irama, dan intesitas.

e. Menilai data dan membuat diagnosa.

Diagnosa dirumuskan berdasar data yang ditemukan.

f. Menilai kemajuan persalinan.

Kemajuan persalinan dinilai dan pemeriksaan fisik dan *vaginal toucher*.

g. Membuat rencana asuhan kebidanan kala I.

a. Penggunaan partograf

Partograf adalah alat untuk mencatat hasil observasi dan pemeriksaan fisik ibu dalam proses persalinan serta merupakan alat utama dalam mengambil keputusan klinik khususnya pada persalinan kala satu.

1) Kegunaan Partograf

- a) Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan memeriksa pembukaan serviks berdasarkan pemeriksaan dalam.
 - b) Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal, dengan demikian dapat mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama. Hal ini merupakan bagian terpenting dari proses pengambilan keputusan klinik persalinan kala I.
- 2) Bagian-bagian partograf

a) Kemajuan persalinan.

- Pembukaan serviks.
- Turunnya bagian terendah dan kepala janin.
- Kontraksi uterus.

b) Kondisi Janin.

- Denyut jantung janin.
- Warna dan volume air ketuban.
- Moulase kepala janin.

c) Kondisi ibu.

- Tekanan darah, nadi dan suhu badan.
- Volume urine.
- Obat dan cairan.

3) Cara mencatat temuan pada partograf

Observasi dimulai sejak ibu datang, apabila ibu datang masih dalam fase laten, maka hasil observasi ditulis di lembar observasi bukan pada partograf. Karena partograf dipakai setelah ibu masuk fase aktif yang meliputi :

a) Identifikasi ibu

Lengkapi bagian awal atau bagian atas lembar partograf secara teliti pada saat mulai asuhan persalinan yang meliputi Nama, Umur, Gravida, Para, Abortus, Nomor Rekam

Medis/Nomor Klinik, Tanggal dan waktu mulai dirawat, Waktu pecahnya ketuban.

b) Kondisi janin

Kolom lajur dan skala angka pada partograf bagian atas adalah untuk pencatatan.

- Denyut jantung janin
DJJ dinilai setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin). Kisaran normal DJJ terpapar pada partograf diantara garis tebal angka 180 dan 100, nilai normal sekitar 120 s/d 160, apabila ditemukan DJJ dibawah 120 dan diatas 160, maka penolong harus waspada.
- Warna dan adanya air ketuban
Nilai air ketuban setiap kali melakukan pemeriksaan dalam dengan menggunakan lambang sebagai berikut:
U : Jika ketuban **Utuh** belum pecah.
J : Jika ketuban sudah pecah dan air ketuban **Jernih**.
M : Jika ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur dengan **Mekoneum**.
D : Jika ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur dengan **Darah**.
K : Jika ketuban sudah pecah dan air ketuban **Kering**.
- **Penyusupan/ moulase kepala janin**
Setiap kali melakukan periksa dalam, nilai penyusupan kepala janin dengan menggunakan lambang sebagai berikut:
0 : Tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat diraba.

- 1 : Tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan.
- 2 : Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih, tetapi masih dapat dipisahkan.
- 3 : Tulang-tulang kepala janin tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan.

c) Kemajuan persalinan

- Dilatasi serviks

Pada kolom dan lajur kedua dari partograf adalah untuk pencatatan kemajuan persalinan. Angka 0-10 yang tertera pada tepi kolom kiri adalah besarnya dilatasi serviks. Kotak di atasnya menunjukkan penambahan dilatasi sebesar 1 cm. Pada pertama kali menulis pembesaran dilatasi serviks harus ditulis tepat pada garis waspada. Cara pencatatannya dengan memberi tanda silang (X) pada garis waspada sesuai hasil pemeriksaan dalam/ VT. Hasil pemeriksaan dalam/ VT selanjutnya dituliskan sesuai dengan waktu pemeriksaan dan dihubungkan dengan garis lurus dengan hasil sebelumnya.

Apabila dilatasi serviks melewati garis waspada, perlu diperhatikan apa penyebabnya dan penolong harus menyiapkan ibu untuk dirujuk.

- Penurunan bagian terendah janin

Skala 0 s/d 5 pada garis tepi sebelah kiri keatas, juga menunjukkan seberapa jauh penurunan kepala janin kedalam panggul. Dibawah lajur kotak dilatasi serviks dan penurunan kepala menunjukkan waktu/ jam dimulainya fase aktif, tertera kotak-kotak untuk mencatat waktu aktual saat pemeriksaan fase aktif dimulai, setiap kotak menunjukkan 30 menit.

Pendokumentasian kontraksi uterus lurus segaris pembukaan serviks mulai dicatat dalam partograf.

- Obat-obatan dan cairan yang diberikan

Dibawah lajur kotak observasi kontraksi uterus tersedia lajur kotak untuk mencatat obat-obatan dan cairan yang diberikan.

- Kondisi ibu

Bagian akhir pada lembar partograf berkaitan dengan kondisi ibu yang meliputi: Nadi, tekanan darah, temperatur tubuh, urine (volume, acetone, dan protein).

Catatan:

Sebelum masuk fase aktif, hasil pemeriksaan ditulis dilembar observasi, karena partograf diisi setelah ibu masuk fase aktif. Asuhan, pengawasan dan keputusan klinik setelah bayi lahir ditulis dalam kolom yang tersedia atau dalam catatan kemajuan persalinan disebaliknya lembar partograf.

b. Dukungan persalinan

Dukungan selama persalinan meliputi:

1) Lingkungan

Suasana yang rileks dan bernuansa rumah membantu ibu dan pasangan merasa nyaman sikap para staff sangatlah penting dibandingkan visit ruangan.

2) Teman yang mendukung

Bidan harus menjadi teman yang mendukung bersama dengan keluarga, bidan diharapkan terampil dan peka serta berfungsi untuk mengembangkan hubungan dengan wanita asuhannya dan keluarga.

3) Mobilitas

Dusahakan ibu didorong untuk tetap tegar dan bergerak, persalinan akan berjalan lebih cepat dan ibu merasa dapat menguasai keadaan, ibu didorong untuk berusaha berjalan bila

memungkinkan dan merubah posisi tidur miring kiri, jongkong, atau merangkak.

4) Memberi informasi

Ibu dan keluarga diberikan informasi tentang selengkapnya kemajuan persalinan dan semua perkembangan selama persalinan. Setiap intervensi harus dijelaskan. Ibu harus dilibatkan dalam pengambilan keputusan klinis.

5) Teknik Relaksasi

Diharapkan saat ANC ibu sudah mendapatkan informasi tentang teknik relaksasi apabila belum pernah maka harus diajarkan saat inpartu, terutama saat teknik bernafas.

6) Percakapan

Pada masa inpartu ibu membutuhkan sikap akrab dan simpatik. Saat kontraksi ibu akan memerlukan konsentrasi penuh semua emosi dan fisik dikerahkan dan akan menutup semua pembicaraan. Saat kontraksi sentuhan ekspresi wajah dari orang-orang sekitar sangatlah dibutuhkan.

7) Dorongan semangat

Sebagai bidan harus memberikan dorongan semangat selama proses persalinan dengan ucapan beberapa pujian dan semangat.

c. Pengurangan Rasa Sakit

Faktor-faktor yang mempengaruhi rasa sakit:

- Rasa takut dan cemas

Rasa takut dan cemas akan meningkatkan respon seseorang terhadap rasa sakit.

- Kepribadian

Secara alamiah wanita yang tegang dan cemas akan lebih lemah menghadapi stress dibanding wanita yang rileks dan percaya diri.

- Kelelahan

Wanita yang lelah akan kurang mampu dalam mentolerir rasa sakitnya.

- Budaya dan Sosial

Beberapa budaya mengharapkan stoitisme (sabar dan membiarkannya) sedangkan budaya yang lainnya mendorong keterbukaan untuk menyatakan perasaan.

- Pengharapan

d. Persiapan persalinan

1) Persiapan persalinan

Saat ANC diberikan informasi tentang persalinan sehingga dapat mempersiapkan diri untuk menghadapi persalinan.

2) Informasi

Sebaiknya wanita hamil berinteraksi atau melakukan hubungan dengan seorang bidan atau penolong persalinan tertentu untuk mendapatkan informasi.

3) Mengurangi kecemasan

Disarankan wanita hamil untuk mencari informasi yang jelas agar tidak menerima informasi yang salah.

4) Keikutsertaan dalam perencanaan

Setiap pasangan harus ikut berpartisipasi dalam perencanaan asuhan yang dikehendaki agar lebih tenang dalam menghadapi persalinan.

5) Berkenalan dengan staff

Pendekatan antara ibu dan bidan akan memberikan rasa aman.

e. Pemenuhan Kebutuhan Fisik Ibu dan Psikologi selama persalinan

1) Kebutuhan fisik ibu

a) Kebersihan dan kenyamanan Ibu

Dalam inpartu akan merasa sangat panas dan berkeringat sehingga bagi ibu yang masih memungkinkan untuk berjalan

diberikan kesempatan untuk mandi. Tetapi bagi ibu yang sudah tidak memungkinkan, bidan dan keluarga membantu ibu menyeka dengan waslap yang dibasah dengan air dingin. Demikian dengan baju yang basah karena keringat bisa diganti dengan yang baru.

b) Posisi

Dalam kehamilan beberapa ibu hamil sudah dilatih untuk menghadapi persalinan, misalnya senam, jalan-jalan, jongkong, dan berdiri. Sehingga saat persalinan ibu hamil memiliki keinginan untuk merubah posisi pada saat persalinan, tidak hanya tidur telentang. Ibu berusaha untuk menggunakan posisi senyaman mungkin.

c) Kontak fisik

Selama proses persalinan ibu tidak suka dengan bercakap-cakap. Ibu merasa lebih nyaman untuk kontak fisik. Keluarga dianjurkan untuk melakukan kontak fisik seperti berpegangan tangan, menggosok-gosok punggung, menyeka wajah dengan air dingin, mendekap, mengelus-elus perut, atau memijat kaki. Bila memungkinkan dapat dilakukan rangsangan pada puting susu, klitoris, untuk mendorong pelepasan oksitosin sehingga akan merangsang kontraksi menjadi semakin kuat. Keluarga membantu merubah posisi tidur ibu.

d) Pijatan

Ibu yang mengeluh sakit pinggang atau nyeri selama persalinan membutuhkan pijatan untuk meringankan keluhan, dapat dilakukan dengan pijatan melingkar daerah lumbusakralis, menekan daerah lutut dengan posisi ibu duduk atau mengelus-elus perut.

e) Perawatan kandung kemih

Keinginan berkemih pada ibu inpartu sering terganggu dengan adanya kontraksi untuk itu perlu diperhatikan karena

dapat menghambat turun nya bagian terendah janin dan kontraksi uterus setiap 4 jam kandung kemih harus dikontrol, dan diupayakan ibu kencing sendiri.

2) Kebutuhan psikologis ibu

Ibu bersalin sering merasakan cemas memikirkan hal-hal yang terjadi seperti, perasaan sakit, takut menghadapi persalinan, penolong sabar atau tidak, apakah anaknya cacat. Perasaan tersebut akan menambah rasa sakit oleh karena itu ibu bersalin memerlukan pendamping selama persalinan karena dapat menimbulkan efek positif terhadap persalinan mengurangi rasa sakit, persalinan lebih singkat dan menurunya persalinan dengan tindakan.

f. Tanda bahaya persalinan kala I

Tanda bahaya pada kala I antara lain:

- 1) tekanan darah $>140/90$ mmhg rujuk ibu dengan membaringkan ibu miring ke kiri sambil diinfus dengan larutan D5%.
- 2) Temperature $>38^{\circ}\text{C}$, beri minum banyak beri antibiotik dan rujuk
- 3) DJJ <100 atau >160 x/m posisi ibu miring kiri beri oksigen, rehidrasi, bila membaik diteruskan dengan pantauan partograf, bila tidak membaik rujuk.
- 4) Kontraksi $<2.10'$ berlangsung $<40''$, atur ambulance, perubahan posisi tidur, kosongkan kandung kemih, stimulasi puting susu, memberi nutrisi, jika partograf melebihi garis waspada rujuk.
- 5) Serviks, melewati garis waspada beri hidrasi, rujuk
- 6) Cairan amnion bercampur mekonium/darah/berbau, beri hidrasi antibiotik posisi tidur miring kiri, rujuk.
- 7) Urine, volume sedikit dan kental beri minum banyak.

ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN KALA II

1 Perubahan Fisiologis Kala II

- a. Kontraksi, dorongan otot-otot dinding

Kontraksi menimbulkan nyeri, merupakan satu-satunya kontraksi normal muskulus. Kontraksi ini dikendalikan oleh syaraf intrinsik, tidak disadari, tidak dapat diatur oleh ibu bersalin, baik frekuensi maupun lama kontraksi.

Sifat khas :

- 1) Rasa sakit dari fundus merata ke seluruh uterus sampai berlanjut ke punggung bawah.
- 2) Penyebab rasa nyeri belum diketahui secara pasti. Beberapa dugaan penyebab antara lain:
 - a) Pada saat kontraksi terjadi kekurangan O₂ pada miometrium.
 - b) Penekanan ganglion saraf diserviks dan uterus bagian bawah.
 - c) Peregangan serviks akibat dari pelebaran serviks.
 - d) Peregangan peritoneum sebagai organ yang meliputi uterus.

Pada waktu selang kontraksi/periode relaksasi diantara kontraksi memberikan dampak berfungsinya sistem-sistem dalam tubuh, yaitu:

- 1) Memberikan kesempatan pada jaringan otot-otot uteri untuk beristirahat agar tidak menurunkan fungsinya oleh karena kontraksi yang kuat secara terus menerus.
- 2) Memberikan kesempatan pada ibu untuk istirahat, karena rasa sakit selama kontraksi.
- 3) Menjaga kesehatan janin karena pada saat kontraksi uterus mengakibatkan kontraksi pembuluh darah plasenta, sehingga bila secara terus menerus berkontraksi, maka akan mengakibatkan hypoksia, anoksia, dan kematian janin.

b. Uterus

Terjadi perbedaan pada bagian uterus:

- 1) Segmen atas: bagian yang berkontraksi, bila dilakukan palpasi akan teraba keras saat kontraksi .

- 2) Segmen bawah: terdiri atas uterus dan serviks, merupakan daerah yang teregang, bersifat pasif. Hal ini mengakibatkan pemendekan segmen bagian bawah uterus.
- 3) Batas antara segmen atas dan segmen bawah uterus membentuk lingkaran cincin retraksi fisiologis. Ada keadaan kontraksi uterus inkoordinasi akan membentuk cincin retraksi patologis yang dinamakan bandl.

c. Perubahan ligamentum rotundum

Pada saat kontraksi uterus ligamentum rotundum yang mengandung otot-otot polos ikut berkontraksi sehingga ligamentum rotundum menjadi pendek.

Faal ligamentum rotundum dalam persalinan:

- 1) Fundus uteri pada saat kehamilan bersandar pada tulang belakang, ketika persalinan berlangsung berpindah kedepan mendesak dinding perut bagian depan ke depan pada saat kontraksi. Perubahan ini menjadikan sumbu rahim searah dengan sumbu jalan lahir.
- 2) Fundus uteri tertambat karena adanya kontraksi ligamentum rotundum pada saat kontraksi uterus, hal ini menyebabkan fundus tidak dapat naik keatas. Bila pada waktu kontraksi fundus naik ke atas maka kontraksi itu tidak dapat mendorong anak ke bawah.

d. Effasment dan dilatasi serviks

Pengaruh tidak langsung dari kontraksi uterus adalah terjadinya effasment dan dilatasi serviks. Effasment merupakan pemendekan atau pendataran ukuran dari panjang kanalis servikalis. Dilatasi adalah pembesaran ukuran ostium uteri interna (OIU) yang kemudian disusul dengan pembesaran ukuran ostium uteri eksterna (OUE) proses dilatasi ini dibantu atau dipermudah oleh tekanan hidrostatis cairan amnion akibat dari kontraksi uterus.

2. Mekanisme Persalinan Normal

Mekanisme persalinan merupakan gerakan janin dalam menyesuaikan dengan ukuran dirinya dengan ukuran panggul saat kepala melewati panggul. Mekanisme ini sangat diperlukan mengingat diameter janin yang lebih besar harus berada pada satu garis lurus dengan diameter paling besar dari panggul.

a. Engagment

Engagment pada primigravida terjadi pada bulan terakhir kehamilan, sedangkan pada multigravida dapat terjadi pada awal persalinan. Engagment adalah peristiwa ketika diameter biparietal meliputi pintu atas panggul dengan sutura sagitalis melintang/oblik didalam jalan lahir dan sedikit fleksi. Masuknya kepala akan mengalami kesulitan bila masuk kedalam panggul dengan sutura sagitalis dalam antero posterior. Jika kepala masuk kedalam PAP dengan sutura sagitalis melintang di jalan lahir, tulang parietal kanan dan kiri sama tinggi, maka keadaan ini disebut sinklitismus.

Kepala pada saat melewati PAP daat juga dalam keadaan dimana sutura sagitalis lebih dekat dengan promotorium atau ke symphysis maka hal ini disebut Asinklitismus. Ada dua macam asinklistismus :

- 1) Asinklistismus posterior yaitu keadaan bila sutura sagitalis mendekati simpisis dan tulang parietal belakang lebih rendah daripada tulang parietal depan. Terjadi karena tulang parietal depan tertahan oleh sympisis pubis sedangkan tulang parietal belakang dapat turun dengan mudah karena adanya lengkung sakrum yang luas.
- 2) Asinklistismur anterior yaitu keadaan bila sutura sagitalis mendekati promotorium dan tulang parietal depan lebih rendah daripada tulang parietal belakang.

b. Penurunan Kepala

Dimulai sebelum onset persalinan/inpartu. Penurunan kepala terjadi bersamaan dengan mekanisme lainnya. Kekuatan yang mendukung menurut Cuningham dalam buku Obstetri William yang diterbitkan tahun 1995 dan ilmu kebidanan Varney 2002 :

- 1) Tekanan cairan amnion.
- 2) Tekanan langsung fundus pada bokong.
- 3) Kontraksi otot-otot abdomen.
- 4) Ekstensi dan pelurusan badan janin atau tulang belakang janin.

c. Fleksi

- 1) Gerakan fleksi disebabkan karena janin terus didorong maju tetapi kepala janin terhambat oleh serviks, dinding panggul atau dasar panggul.
- 2) Pada kepala janin, dengan adanya fleksi maka diameter oksipito frontalis 12cm berubah menjadi suboksipito bregmatika 9 cm.
- 3) Posisi dagu bergeser ke arah dada janin. Pada pemeriksaan dalam UUK lebih jelas teraba daripada UUB.
- 4) Pada pemeriksaan dalam ubun-ubun kecil lebih jelas teraba daripada ubun-ubun besar.

d. Rotasi Dalam

- 1) Rotasi dalam atau putar paksi dalam adalah pemutaran bagian terendah janin dari posisi sebelumnya ke arah depan sampai dibawah simpisis bila presentasi belakang kepala dimana bagian terendah janin adalah ubun-ubun kecil maka ubun-ubun kecil memutar ke depan sampai berada di bawah simpisis. Gerakan ini adalah upaya kepala janin untuk menyesuaikan dengan bentuk jalan lahir.
- 2) Sebab-sebab adanya putar paksi dalam yaitu:
 - a) Bagian terendah kepala adalah bagian belakang kepala pada letak fleksi

- b) Bagian belakang kepala mencari tahanan yang paling sedikit yang disebelah depan atas yaitu hiatus genitalis antara musculus levator ani kiri dan kanan
- e. Ekstensi

Gerakan ekstensi merupakan gerakan dimana oksiput berhimpit langsung pada margo inferior simpisis pubis, penyebabnya adalah sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan dan atas.
- f. Rotasi Luar

Merupakan gerakan memutar ubun-ubun kecil ke arah punggung janin, bagian kepala berhadapan dengan tuber ischiadikum kanan atau kiri, sedangkan muka janin menghadap salah satu paha ibu, dan sutura sagitalis kembali melintang.
- g. Ekspulsi

Setelah terjadinya rotasi luar, bahu depan berfungsi sebagai hypomoclon untuk kelahiran bahu. Kemudian setelah kedua bahu lahir disusul lahirlah trochanter depan dan belakang samai lahir janin seutuhnya.

Tanda Gejala Kala II:

- a. Adanya dorongan mengejan
- b. Penonjolan pada perineum
- c. Vulva membuka
- d. Anus membuka

3. Asuhan Sayang Ibu dan Posisi Meneran

Adapun beberapa hal yang merupakan asuhan sayang ibu antara lain: pendampingan keluarga, libatkan keluarga, KIE proses persalinan, dukungan psikologi, membantu ibu memilih posisi nyaman, KIE cara meneran, dan pemberian nutrisi.

Posisi Meneran:

- a. Duduk atau setengah duduk

Dengan posisi ini penolong persalinan lebih leluasa dalam membantu kelahiran kepala janin serta lebih leluasa untuk dapat memperhatikan perineum.

b. Merangkak

Posisi merangkak sangat cocok untuk persalinan dengan rasa sakit pada punggung, mempermudah janin dalam melakukan rotasi serta peregangan pada perineum berkurang.

c. Jongkok atau berdiri

Posisi jongkok atau berdiri memudahkan penurunan kepala janin, memperluas panggul sebesar dua puluh delapan persen lebih besar pada pintu bawah panggul. Namun posisi ini beresiko terjadinya laserasi (robekan).

d. Hindari posisi terlentang

Pada posisi terlentang dapat menyebabkan:

- 1) Hipotensi dapat beresiko terjadinya syok dan berkurangnya suplai oksigen dalam sirkulasi uteroplasenta sehingga dapat menyebabkan hipoksia pada janin.
- 2) Rasa nyeri yang bertambah
- 3) Kemajuan persalinan bertambah lama
- 4) Ibu mengalami gangguan untuk bernafas
- 5) Buang air kecil terganggu
- 6) Mobilisasi ibu kurang bebas
- 7) Ibu kurang bersemangat
- 8) Resiko laserasi jalan lahir bertambah
- 9) Dapat mengakibatkan kerusakan pada syaraf kaki punggung

4. Manufer Tangan dan langkah-Langkah dalam Melahirkan Janin

a. Tujuan manufer tangan adalah untuk

- 1) Mengusahakan proses kelahiran janin yang aman mengurangi resiko trauma persalinan seperti kejadian hematom

- 2) Mengupayakan seminimal mungkin ibu mengalami trauma persalinan
 - 3) Memberikan rasa aman dan kepercayaan penolong dalam menolong ibu dan janin
- b. Manufer tangan dan langkah-langkah melahirkan janin menurut APN adalah sebagai berikut:

Melahirkan Kepala

- 1) Tidak memanipulasi atau tidak melakukan tindakan apapun pada perineum sampai kepala tampak di vulva
- 2) Menahan perineum untuk menghindari laserasi perineum pada saat diameter kepala janin sudah tampak 5-6 cm di vulva
- 3) Menahan belakang kepala dengan memberikan tekanan terukur pada belakang kepala dengan cara tiga jari tangan kiri diletakkan pada belakang kepala untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran dan bernafas cepat dan dangkal
- 4) Setelah kepala lahir menunggu beberapa saat untuk memberi kesempatan kepada janin agar dapat terjadi putar paksi luar
- 5) Mengkaji adanya lilitan tali pusat

Melahirkan bahu janin

- 1) Setelah kepala mengadakan putar paksi luar, kedua tangan penolong diletakkan pada kedua parietal anterior dan posterior
- 2) Lakukan gerakan tekanan ke arah bawah / tarikan ke bawah untuk melahirkan bahu depan dan gerakan tekanan ke atas/tarikan untuk melahirkan bahu belakang

Melahirkan seluruh tubuh janin

- 1) Saat bahu posterior lahir, geser tangan bawah ke arah perineum, sanggah kepala janin dengan meletakkan tangan penolong pada bahu. Bila janin punggung kiri, maka ibu jari penolong di dada janin dan keempat jari lainnya di punggung janin. Bila janin

punggung kanan, maka ibu jari penolong pada punggung janin, sedangkan keempat jari lain pada dada janin.

- 2) Tangan di bawah menopang samping lateral janin, di dekat simpisis pubis
- 3) Secara simultan, tangan atas menelusuri dan memegang bahu, siku, dan tangan
- 4) Telusuri sampai kaki, selipkan jari telunjuk tangan atas di ke-2 kaki
- 5) Pegang janin dengan kedua tangan penolong menghadap ke penolong, nilai janin: manangis kuat dan atau bernafas kesulitan, bayi bergerak aktif
- 6) Letakkan bayi di atas handuk di atas perut ibu dengan posisi kepala sedikit rendah
- 7) Keringkan, rangsang taktil/bayi tertutup handuk

Menolong tali pusat

- 1) Pasang klem tali pusat pertama dengan jarak 3 cm dari dinding perut bayi. Tekan tali pusat dengan 2 jari, urut ke arah ibu, pasang klem tali pusat kedua dengan jarak 2 cm dari klem pertama. Pegang ke-2 klem dengan tangan kiri penolong sebagai alas untuk melindungi perut janin
- 2) Pakai gunting tali pusat DTT, potong tali pusat diantara kedua klem
- 3) Ganti kain kering, selimuti bayi seluruh tubuh hingga kepala
- 4) Lakukan inisiasi menyusui dini atau bila terjadi asfiksia lakukan penanganan asfiksia dengan resusitasi

5. Pemantauan Kala II

- a. Pemeriksaan nadi ibu setiap 30 menit, meliputi frekuensi irama, intensitas
- b. Frekuensi dan lama kontraksi setiap 30 menit

- c. Warna ketuban. Merupakan hal yang perlu diwaspadai bila ketuban bercampur mekonium pada presentasi kepala berarti terjadi gawat janin, atau ketuban bercampur darah
- d. DJJ setiap selesai meneran/mengejan, antara 5-10 menit
- e. Penurunan kepala tiap 30 menit. VT tiap 4 jam/atas indikasi
- f. Adanya presentasi majemuk
- g. Apakah terjadi putaran paksi luar
- h. Adakah kembar tidak terdeteksi

6. Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin Kala II

Asuhan yang diperlukan selama kala II antara lain:

- a. Meningkatkan perasaan aman dengan memberikan dukungan dan memupuk rasa kepercayaan dan keyakinan pada diri ibu bahwa ia mampu untuk melahirkan
- b. Membimbing pernafasan adekuat
- c. Membantu posisi meneran sesuai pilihan ibu
- d. Meningkatkan peran serta keluarga, menghargai anggota keluarga atau teman yang mendampingi
- e. Melakukan tindakan-tindakan yang membuat nyaman seperti mengusap dahi dan memijat pinggang, libatkan keluarga
- f. Memperlihatkan pemasukan nutrisi dan cairan ibu dengan memberi makan dan minum
- g. Menjalankan prinsip pencegahan infeksi
- h. Mengusahakan kandung kencing kosong dengan cara membantu dan memacu ibu mengosongkan kandung kencing secara teratur

Pemantauan terhadap kesejateraan ibu

- a. Mengevaluasi his, berapa kali terjadi dalam 10 menit, lamanya his, dan kekuatan his
- b. Mengkaji keadaan kandung kencing ibu
- c. Mengevaluasi upaya meneran ibu efektif atau tidak

- d. Pengeluaran pervaginam serta penilaian serviks meliputi effasment (pendataran serviks) dan dilatasi serviks (pembukaan)

Observasi terhadap kesejahteraan janin

- a. Penurunan kepala, presentasi dan sikap
- b. Mengkaji kepala janin adakah caput atau moulase
- c. DJJ meliputi frekuensi, ritme dan kekuatannya
- d. Air ketuban meliputi warna, bau, dan volume

7. Kebutuhan Ibu Bersalin Selama Kala II

Lasser dan Keane dalam buku Midwifery oleh Varney, 2002 menyatakan bahwa kebutuhan ibu selama persalinan antara lain:

- a. Perawatan tubuh
- b. Pendampingan oleh keluarga
- c. Bebas dari nyeri persalinan
- d. Penghormatan akan budaya
- e. Informasi tentang diri dan janin
- f. Asuhan tubuh misal mengusap muka dengan washlap lembab, memperhatikan kebersihan tubuh, memperhatikan kebersihan vulva
- g. Pemberian nutrisi

8. Amniotomi

Selama selaput ketuban masih utuh, janin akan terhindar dari infeksi dan asfiksia. Cairan amniotik berfungsi sebagai perisai yang melindungi janin dari tekanan penuh dikarenakan kontraksi. Oleh karena itu perlu dihindarkan amniotomi dini pada kala I. Biasanya selaput ketuban akan pecah secara spontan.

Keuntungan tindakan amniotomi

- a. Untuk melakukan pengamatan ada tidaknya mekonium
- b. Menentukan punctum maksimum DJJ akan lebih jelas
- c. Mempermudah perekaman pada saat memantau janin
- d. Mempercepat proses persalinan karena mempercepat proses pembukaan serviks

Kerugian tindakan amniotomi

- a. Dapat menimbulkan trauma pada kepala janin yang mengakibatkan kecacatan pada tulang kepala akibat dari tekanan diferensial meningkat
- b. Dapat menambah kompresi tali pusat akibat jumlah cairan amniotik berkurang

Indikasi Amniotomi:

- a. Pembukaan lengkap
- b. Pada kasus *solusio placenta*

9. Episiotomi

Indikasi Episiotomi :

- a. Gawat janin. Untuk menolong keselamatan janin, maka persalinan harus segera diakhiri
- b. Persalinan pervaginam dengan penyulit, misalnya presbo, distorsia bahu, akan dilakukan ekstraksi forcep, ekstraksi vacum
- c. Jaringan parut pada perineum ataupun pada vagina
- d. Perineum kaku dan pendek
- e. Adanya ruptur yang membuat pada perineum
- f. Prematur untuk mengurangi tekanan pada kepala janin.

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN KALA III

1. Fisiologi kala III

Dimulai sejak bayi lahir sampai lahirnya plasenta/uri, dengan durasi 15-30 menit. Tempat plasenta sering pada dinding depan dan belakang korpus uteri atau dinding lateral, sangat jarang terdapat pada fundus uteri. Bila terletak disegmen bawah rahim disebut placenta previa.

Fase-fase kala III

- a. Pelepasan plasenta

Ukuran plasenta tidak berubah, sehingga menyebabkan plasenta terlipat, menebal dan akhirnya terlepas dari dinding uterus, plasenta terlepas sedikit demi sedikit terjadi pengumpulan perdarahan diantara ruang plasenta disebut retroplacenter hematoma.

Macam pelepasan plasenta

1. Mekanisme Schultz: pelepasan placenta yang dimulai dari sentral/bagian tengah sehingga terjadi bekuan retroplacenta. Cara pelepasan ini paling sering terjadi. Tanda pelepasan dari tengah ini mengakibatkan perdarahan tidak terjadi sebelum plasenta lahir. Perdarahan banyak terjadi segera setelah plasenta lahir.
2. Mekanisme Duncan: terjadi pelepasan plasenta dari pinggir atau bersamaan dari pinggir dan tengah plasenta. Hal ini mengakibatkan terjadi semburan darah sebelum plasenta lahir.

Tanda-tanda pelepasan plasenta :

1. Perubahan bentuk uterus. Bentuk uterus yang semula discoid menjadi globuler akibat dari kontraksi uterus.
2. Semburan darah tiba-tiba
3. Tali pusat memanjang.
4. Perubahan posisi uterus. Setelah plasenta lepas dan menempati segmen bawah rahim, maka uterus muncul pada rongga abdomen.

Pengeluaran placenta :

Placenta yang sudah lepas dan menempati segmen bawah rahim, kemudian melalui serviks, vagina dan dikeluarkan ke intruitas vagina.

Pemeriksaan pelepasan plasenta

1. Kustner : Tali pusat diregangkan dengan kanan, tangan kiri menekan atas simpisis. Penilaian :
 - a. Tali pusat masuk berarti belum lepas.
 - b. Tali pusat bertambah panjang atau tidak masuk berarti lepas.

Pengawasan perdarahan :

1. Selama hamil aliran darah ke uterus 500-800 ml/mnt.

2. Uterus tidak berkontraksi dapat menyebabkan kehilangan darah sebanyak 350-500 ml.
3. Kontraksi uterus akan menekan pembuluh darah uterus diantara anyaman miometrium.

2. Manajemen Aktif Kala III

Syarat janin tunggal /memastikan tidak ada lagi janin di uterus.

Tujuan: membuat kontraksi uterus efektif.

Keuntungan :

1. Lama kala III lebih singkat.
2. Jumlah perdarahan berkurang sehingga dapat mencegah perdarahan post partum.
3. Menurunkan kejadian retention plasenta.

Manajemen aktif kala III terdiri dari :

1. Pemberian oksitosin
2. Penegangan tali pusat terkendali.
3. Masase fundus uteri.

Tindakan yang keliru dalam pelaksanaan manajemen aktif kala III:

1. Melakukan masase fundus uteri pada saat plasenta belum lahir.
2. Mengeluarkan plasenta, padahal plasenta belum semuanya lepas.
3. Kurang kompeten dalam mengevaluasi pelepasan plasenta.
4. Rutinitas kateterisasi.
5. Tidak sabar menunggu saat terlepasnya plasenta.

Kesalahan tindakan manajemen aktif kala III :

1. Terjadi inversion uteri. Pada saat melakukan penegangan tali pusat terkendali terlalu kuat sehingga uterus tertarik keluar dan berbalik.
2. Tali pusat terputus. Terlalu kuat dalam penarikan tali pusat sedangkan plasenta belum lepas.
3. Syok.

3. Pemeriksaan plasenta meliputi :

1. Selaput ketuban utuh atau tidak.
2. Plasenta: ukuran plasenta
 - a. Bagian maternal : jumlah kotiledon, keutuhan pinggir kotiledon.
 - b. Bagian fetal : utuh atau tidak.
3. Tali pusat : jumlah arteri dan vena, adakan arteri atau vena yang terputus untuk mendeteksi plasenta suksenturia. Insersi tali pusat, apakah sental, marginal serta panjang tali pusat.

4. Pemantauan kala III

- a. Perdarahan. Jumlah darah diukur, deisertai dengan bekuan darah atau tidak.
- b. Kontraksi uterus: bentuk uterus, intensitas.
- c. Robekan jalan lahir/laserasi, rupture perineum.
- d. Tanda vital :
 - 1) Tekanan darah bertambah tinggi dari sebelum persalinan.
 - 2) Nadi bertambah cepat.
 - 3) Temperature bertambah tinggi.
 - 4) Respirasi: berangsur normal.
 - 5) Gastrointestinal: normal, pada wal persalinan mungkin muntah.
- e. Personal *hygiene*.

5. Pendokumentasian Kala III

- a. Lama kala III
- b. Pemberian oksitosin berapa kali
- c. Bagaimana pelaksanaan penanganan tali pusat terkendali ?
- d. Perdarahan
- e. Kontraksi uterus
- f. Adakah laserasi jalan lahir
- g. Vital sign ibu
- h. Keadaan bayi baru lahir

E. Rangkuman


Asuhan persalinan meliputi asuhan kala I sampai dengan kala IV, dimana asuhan dapat diberikan oleh bidan sesuai dengan kebutuhan kebutuhan pada ibu bersalin.

F. Referensi

- Ashari, Ani. 2010. Asuhan Kebidanan Pathologi. Yogyakarta : Pustaka Rohima
- Ralph C. Benson dan Martin L.Pernoll. 2008. Buku Saku Obstetri dan Ginekologi. Jakarta : EGC
- Depkes R. I. 2008. Asuhan persalinan normal: Asuhan esensial, pencegahan dan penanggulangan segera komplikasi persalinan dan bayi baru lahir. Jakarta: JNPK-KR.
- Pusdiknakes, WHO, JHPIEGO. 2001. Buku Asuhan Antenatal. Jakarta: Pusdiknakes.

G. Evaluasi

1. Jelaskan asuhan pada ibu bersalin kala I !
2. Jelaskan asuhan pada ibu bersalin kala II !
3. Jelaskan asuhan pada ibu bersalin kala III !
4. Jelaskan asuhan pada ibu bersalin kala IV !

A graphic of a scroll with a title. The scroll is white with a black outline and has a grey shadow on the left side. The text is centered on the scroll.

**DETEKSI
KOMPLIKASI
DAN PENYULIT
KALA II**

BAB VI

DETEKSI KOMPLIKASI DAN PENYULIT DAN CARA MENGATASI

A. Standar Kompetensi

Mata kuliah ini memberikan asuhan intranatal yang bermutu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan selama masa persalinan yang meliputi konsep dasar asuhan persalinan.

Mata kuliah ini merupakan pengantar untuk dapat melakukan asuhan kebidanan pada Asuhan Kebidanan II (Bersalin) yang membahas tentang Konsep dasar asuhan persalinan. Mata kuliah ini merupakan pedoman untuk dapat melakukan pengelolaan pada Asuhan Persalinan yang sehat maupun yang bermasalah melalui pembahasan tentang kasus-kasus pada masa bersalin. Mata Kuliah ini membekali mahasiswa untuk mampu memberikan Askeb pada ibu dalam persalinan dengan pendekatan manajemen kebidanan didasari konsep-konsep, sikap dan keterampilan serta hasil *evidence based*.

B. Standar Kompetensi Dasar

Pada akhir perkuliahan diharapkan mahasiswa mampu menjelaskan deteksi komplikasi dan penyulit kala II dan cara mengatasinya.

C. Indikator

Mahasiswa mampu menjelaskan tentang deteksi komplikasi dan penyulit kala II dan cara mengatasinya.

D. Materi

1. Temuan Keadaan Normal dan Abnormal dari Partograf Kala II

a. Perineum

Pada kala II bila perineum sangat tegang dan kulit perineum terlihat putih, terlihat jaringan parut pada perineum/ vagina, kaku dan pendek, adanya rupture membatat pada perineum, maka perlu dilakukan tindakan episiotomi.

b. Pendamping saat persalinan

Suami, keluarga, teman, dukun memberikan dukungan secara intensif.

c. Gawat janin

DJJ <100 atau >160 x/menit, lemah, tidak teratur maka persalinan kala II segera diakhiri dengan episiotomi dan tindakan (vakum ekstraksi, forcep/ SC).

d. His

Bila his lemah, atau dalam 10 menit tidak terjadi 3 kali maka dipertimbangkan untuk melakukan tindakan seperti koreksi cairan dan elektrolit, pemberian stimulasi uterotonika.

e. Kesulitan kelahiran bahu/distosia bahu.

Bila presentasi kepala, bahu anterior terjepit diatas simpisis pubis sehingga bahu tidak dapat masuk ke bidang sempit panggul. Bahu posterior tertahan diatas promotorium bagian atas maka dilakukan penanganan distosia bahu.

2. Distosia Bahu atau Bahu Macet

Distosia bahu adalah kesulitan melahirkan bahu. Waktu untuk menolong bahu kurang lenih 5-10 menit.

Prediposisi distosia bahu

- a. Ibu mengalami DM
- b. Riwayat janin gemuk persalinan lalu
- c. Riwayat kesehatan keluarga ibu kandung DM
- d. Ibu obesitas
- e. Riwayat janin tumbuh dan bertambah besar setelah kelahiran
- f. Hasil USG bayi makrosomia
- g. Kesulitan pada persalinan terdahulu
- h. CPD
- i. Fase aktif memanjang
- j. Penurunan kepala lambat
- k. Mekanisme persalinan tidak terjadi putar paksi dalam

Komplikasi distosia bahu pada janin :

- a. Kesakitan dan kematian intrapartum (anoksia dan kerusakan otak)
- b. Kerusakan syaraf (Erb's) fraktur klavikula)

Komplikasi distosia bahu pada ibu :

- a. Laserasi perineum dan vagina luas
- b. Gangguan psikologi
- c. Depresi (janin cacat/ meninggal)

Penatalaksanaan distosia bahu (APN Tahun 2007)

- a. Menggunakan sarung tangan steril
- b. Lakukan anestesi dan episiotomi
- c. Mengatur posisi ibu Manuver Mc Robert
 - 1) Ibu berbaring terlentang, menarik lutut sejauh mungkin kearah dada ibu dan diupayakan lurus dengan meminta bantuan keluarga atau suami.
 - 2) Lakukan penekanan ke bawah dengan mantap diatas simpisis pubis untuk menggerakkan bahu anterior diatas simpisis pubis. Tidak diperbolehkan mendorong fundus uteri, beresiko terjadi rupture uteri
 - 3) Ganti posisi ibu merangkak dan kepala berada diatas
 - a) Tekan keatas untuk melahirkan bahu depan
 - b) Tekan kepala janin mantap kebawah untuk melahirkan bahu belakang.

Penatalaksanaan distosia bahu menurut Varney (2007)

- a. Bersikap relaks. Hal ini akan mengkondisikan penolong untuk berkonsentrasi dalam menangani situasi darurat secara efektif.
- b. Memanggil dokter. Bila bindan masih terus menolong sampai bayi lahir sebelum dokter datang, maka dokter akan menangani perdarahan yang mungkin terjadi atau untuk tindakan resusitasi.
- c. Siapkan peralatan tindakan resusitasi.
- d. Menyiapkan peralatan dan obat-obatan untuk penanganan perdarahan.

- e. Beritahu ibu prosedur yang akan dilakukan.
- f. Atur posisi Mc Robert
- g. Cek posisi bahu. Ibu diminta tidak mengejan. Putar bahu menjadi diameter oblik dari pelvis atau antero posterior bila melintang. Kelima jari satu tangan diletakkan pada dada janin, sedangkan kelima jari tangan satunya pada punggung janin sebelah kiri. Perlu tindakan secara hati-hati karena tindakan ini dapat menyebabkan kerusakan pleksus syaraf brankialis.
- h. Meminta pendamping persalinan untuk menekan daerah supra pubik untuk menekan kepala kearah bawah dan luar. Hati-hati dalam melaksanakan tarikan ke bawah karena dapat menimbulkan kerusakan pleksus syaraf brankialis. Cara menekan daerah supra pubik dengan cara kedua tangan saling menumpuk diletakkan diatas simpisis. Selanjutnya ditekan kearah luar bawah perut.
- i. Bila persalinan belum menunjukkan kemajuan, kosongkan kandung kemih karena dapat mengganggu turunnya bahu, melakukan episiotomi, melakukan pemeriksaan dalam untuk mencari kemungkinan adanya penyebab lain distosia bahu.
- j. Mencoba kembali melahirkan bahu.
- k. Bila belum lahir lakukan prasat seperti menggunakan alat untuk membuka botol (*crockscrew*) dengan cara seperti menggunakan prinsip skrup wood. Lakukan pemutaran dari bahu belakang menjadi bahu depan searah jarum jam, kemudian diputar kembali dengan posisi bahu belakang menjadi bahu depan berlawanan arah dengan jarum jam 1800, Lakukan geraka pemutaran paling sedikit 4 kali, kemudian melahirkan bahu dengan menekan kepala kearah luar belakang disertai dengan penekanan supra pubik.
- l. Bila belum berhasil, ulangi melakukan pemutaran bahu janin seperti langkah 11.

- m. Bila tetap belum berhasil, maka langkah selanjutnya mematahkan clavicula anterior kemudia melahirkan bahu anterior, bahu posterior, badan janin.
- n. Melakukan maneuver Zavanelli yaitu semua tindakan untuk memasukkan kepala kembali kedalam jalan lahir dengan cara menekan dinding posterior vagina, selanjutnya kepala janin ditahan dan dimasukkan, kemudian dilakukan SC.

3. Presentasi Bokong

Bagian terendah janin adalah bokong, janin dalam posisi memanjang, kepala berada di fundus. Macam- macam presentasi bokong :

- a. Bokong murni (*Franch Breech*)
- b. Bokong sempurna (*Komplete Breech*)
- c. Bokong tidak sempurna (*Inkomplete Breech*)

Etiologi

- a. Abnormalitas uterus
- b. IUFD yang lama terjadi
- c. Gemeli
- d. Aktif bergerak (multipara, premature, hidramnion)
- e. Kepala tidak dapat masuk ke PAP
- f. Tidak diketahui penyebabnya

Diagnosis

- a. Pemeriksaan palpasi leopold
- b. Pemeriksaan auskultasi
- c. Pemeriksaan rontgen
- d. Pemeriksaan dalam

Mekanisme persalinan

- a. Mekanisme persalinan pada presentasi bokong memerlukan waktu yang lebih lama dibandingkan dengan persalinan pada presentasi kepala karena struktur lebih lunak disbanding tulang kepala sehingga

penekanan pada bagian bawah uterus menjadi tidak adekuat untuk menimbulkan rangsangan kontraksi.

- b. Bokong masuk kedalam PAP (*engagement*) dengan posisi melintang atau miring pada garis pangkal paha (distansia intertrokhanterika).
- c. Persalinan bertambah maju dengan adanya pangkal paha/ trochanter depan turun terlebih dahulu sampai dasar panggul. Pada saat paha/trochanter depan sampai dasar panggul, kemudian mengalami interna rotasi/putar paksi dalam sebesar 45° sehingga paha depan berputar ke dalam sampai di bawah arkus pubis sebagai hipomokhion atau pusat perputaran lainnya bokong bayi di bawah simfisis. Kejadian ini mengakibatkan distansia intertrokanter terletak satu garis dengan diameter antero posterior panggul. Jika paha posterior yang turun terlebih dahulu maka interna rotasi sebesar 135° , atau sebesar 225° bila berputar kearah berlawanan.
- d. Selanjutnya bokong semakin turun dan menekan perineum sampai di depan vulva, dan dengan gerakan latero-fleksi tubuh janin (punggung), maka pangkal paha belakang didorong melewati margo antero perineum dan melakukan retraksi melewati bagian gluteus janin sehingga janin menjadi lurus ketika pangkal paha dapat dilahirkan. Kemudian diikuti kelahiran tungkai dan kaki secara spontan meskipun bantuan penolong diperlukan.
- e. Setelah itu bokong mengadakan eksternal rotasi (putar paksi luar) sehingga bagian punggung berputar kearah depan dan bahu berhubungan dengan salah satu diameter oblik rongga panggul. Bahu selanjutnya turun dan mengalami internal rotasi sehingga distansia biakromialis berhimpit dengan diameter anteroposterior PBP. Kemudian setelah kedua belah bahu lahir bagian kepala memasuki rongga panggul yang pada umumnya dalam keadaan fleksi yang tajam pada torak dengan salah satu diameter oblik.

- f. Setelah itu kepala melakukan rotasi intenal sehingga bagian posterior leher berada dibawah simpisis. Kemudian kepala dilahirkan dengan keadaan fleksi, maka berlarut-larut lahirlah dagu, mulut, hidung, dahi, UUB , dan UUK melewati perineum.
- g. Pada umumnya bokong mengalami *engagement* dalam diameter transversal rongga panggul dan sacrum mengarah kedepan atau kebelakang. Perbedaan mekanisme persalinan yaitu dalam hal pada saat rotasi internal terjadi 90⁰. Rotasi pada punggung janin terkadang tidak mengarah ke perut ibu, tetapi mengarah ke vetebrata maka hal ini perlu dihindarkan. Walaupun kepala janin tetap bisa lahir dengan membiarkan dagu dan muka melewati tepi bawah simpisis, tetapi dapat menimbulkan ekstensi kepala dengan tarikan yang ringan sekalipun. Jadi tetap harus dicegah dan diperbaiki karena ekstensi kepala ini dapat meningkatkan diameter kepala pada saat melewati panggul.

Prognosis

- a. Prognosis bagi janin

Prognosis bagi janin dapat menimbulkan asfiksia karena adanya gangguan peredaran darah plasenta setelah bokong dan perut lahir dimana tali pusat terjepit antara kepala dan panggul.

- b. Prognosis bagi ibu

Risiko terkena infeksi karena robekan perineum yang lebih besar dan karena tindakan yang dilakukan, ketuban pecah lebih cepat, dan partus lama.

Hal-hal yang perlu diperhatikan sebelum pertolongan persalinan adalah :

- a. Pembukaan serviks sudah lengkap
- b. Singkirkan adanya ketidaksesuaian kepala dan panggul
- c. Kosongkan kandung kemih

- d. Lakukan episiotomi, terlebih adanya tafsiran berat badan janin dan kondisi perineum yang signifikan
- e. Kepastian kemampuan meneran ibu
- f. Persiapan penanganan resusitasi
- g. Posisi ibu litotomi atau di pinggir tempat tidur untuk memperluas bagian lateral panggul dan searah dengan sumbu panggul
- h. Kolaborasi dokter

Persalinan presentasi bokong pervaginam

Ada tiga cara persalinan sungsang lewat vagina :

- a. Spontan yaitu persalinan yang terjadi sepenuhnya merupakan hal yang terjadi secara spontan dengan tenaga ibu dan kontraksi uterus tanpa dilakukan tarikan atau manipulasi sedikitpun selain memegang janin yang dilahirkan. Jenis persalinan ini disebut persalinan dengan bracht.
- b. Ekstraksi parsial yaitu persalinan yang terjadi secara spontan sampai umbilicus, tetapi selanjutnya dilakukan ekstraksi. Jadi janin lahir dengan kekuatan ibu, his dan tenaga penolong (klasik, muller, moureceau).
- c. Ekstraksi total yaitu persalinan yang terjadi dengan cara seluruh tubuh janin di ekstraksi oleh tenaga penolong persalinan/ dokter kebidanan (ekstraksi bokong dan kaki). Pada persalinan presentase bokong terdapat 3 fase yaitu :

1) Fase Lambat

Dilakukan sebelum bokong lahir dengan tetap melakukan pemantauan dan dilarang melakukan kristeler.

2) Fase Bertindak Cepat

Setelah bayi lahir sampai pusat, janin harus dilahirkan dalam waktu maksimal 8 menit karena tali pusat terhimpit antara badan dan panggul. Bila tidak terjadi secara spontan, maka harus dilakukan manual aid dengan persalinan ekstraksi parsial seperti dengan cara klasik, muller, lovset, mouritceau.

3) Fase Lambat

Pada saat mulut lahir, seluruh kepala kemudian dilahirkan dengan pelan-pelan untuk menghindari resiko perdarahan intracranial akibat perbedaan tekanan di dalam uterus dan di dunia luar dimana tekanan luar lebih rendah.

Pertolongan persalinan pervaginam dilakukan pada ibu multigravida dan lelah disingkirkan kemungkinan kesempitan pinggul maupun adanya tumor di jalan lahir. Episiotomi dilakukan pada saat bokong membuka vulva dan perineum sudah teregang.

Bracht

Seperti penjelasan di depan pada persalinan presentasi bokong yang terjadi secara spontan, persalinan spontan terjadi sepenuhnya merupakan hal secara spontan tanpa dilakukan tarikan atau manipulasi sedikitpun selain memegang janin ketika bokong sudah lahir. Adapun caranya sebagai berikut.

- a. Setiap ada his ibu diminta meneran.
- b. Bila bokong sudah lahir, penolong kemudian memegang bokong janin tanpa melakukan tarikan dengan cara kedua ibu jari penolong diletakkan pada paha janin sedangkan keempat jari pada kedua tangan mencengkram bagian sacrum janin. Pada saat perut lahir, penolong mengendorkan tali pusat. Karena tali pusat terjepit antara kepala janin dan panggul, maka janin harus lahir maksimal 8 menit.
- c. Setelah angulus scapula inferior lahir, kemudian melakukan hiperlordosis, yaitu bokong diarahkan ke perut ibu sampai seluruh kepala lahir.
- d. Bila terjadi kesulitan untuk kelahiran belum janin ataupun kepala, maka segera dilakukan manual aid dengan ekstraksi parsial.

- e. Untuk pertolongan bayi segera setelah lahir dengan presentasi bokong, perlu disiapkan persiapan resusitasi sebelum persalinan untuk persiapan penanganan asfiksia.

Ekstraksi Parsial

Cara klasik (deventer)

Bertujuan untuk melahirkan bahu belakang terlebih dahulu.

- a. Setelah bokong lahir, pegang bokong hingga kaki lahir. Jangan lupa untuk mengendorkan tali pusat. Pegang bokong janin dengan menggunakan ibu jari yang berdampingan dengan os sacrum.
- b. Selanjutnya bayi di tarik kebawah sehingga scapula di bawah simpisis.
- c. Bila bahu belakang bayi bahu kiri, maka bayi dipegang dengan tangan kanan penolong, pada pergelangan kaki, dengan cara jari telunjuk diselipkan pada kedua kaki janin, kemudian bayi bayi ditarik kearah kanan atas ibu. Bahu dan lengan belakang kiri bayi dilahirkan dengan tangan kiri penolong. Caranya dua jari tangan kiri menelusuri punggung bayi sampai dengan fosa cubiti. Lengan kiri bayi dilahirkan dengan gerakan seolah-olah tangan bayi mengusap mukannya.
- d. Bila bahu belakang bayi bahu kanan, maka bayi di pegang dengan tangan kiri penolong pada pergelangan kaki, dengan cara jari telunjuk diselipkan pada kedua kaki janin, kemudian bayi ditarik kearah kiri atas ibu. Bahu dan lengan belakang sebelah kanan bayi dilahirkan dengan tangan kanan penolong. Caranya dua jari tangan kiri menelusuri punggung janin sampai dengan fosa cubiti. Bahu kanan bayi yang dilahirkan dengan gerakan seolah-olah tangan bayi mengusap mukannya.
- e. Langkah selanjutnya memegang kaki janin dengan tangan penolong pada pergelangan kaki, kemudian bayi ditarik ke bawah samping berlawanan arah dengan tarikan pertama, dengan gerakan yang sama seperti melahirkan bahu belakang, lahirlah bahu bayi sebelah depan.

Metode Prasasat Muller

Metode muller bertujuan untuk penanganan kelahiran bahu depan terlebih dahulu. Caranya sebagai berikut :

- a. Setelah janin lahir sampai perut, longgarkan tali posot, pegang bokong janin dengan menggunakan ibu jari sejajar pada os sacrum dan keempat jari di femur bagian depan.
- b. Selanjutnya janin di tarik ke bawah sehingga angulus scapula di bawah simpisis.
- c. Kemudian melahirkan bahu depan terlebih dahulu dengan cara yang sama dengan klasik, untuk melahirkan bahu depan, bayi ditarik ke bawah samping, kemudian dua jari menelusuri punggung bayi sampai fosa cubiti, lengan depan lahir dengan cara seperti gerakan tangan janin mengusap muka serta di tarik keatas samping/kontra lateral untuk melahirkan bahu dan lengan bawah.

Cara Lovset

- a. Mekanisme kerja metode ini, bahwa bahu belakang selalu berada pada letak lebih rendah dipandang dengan bahu depan sehingga dengan memutar bahu belakang menjadi bahu depan, maka bahu akan lahir dengan mudah dibawah simpisis.
- b. Setelah bayi dalam posisi anteroposterior, pegang bokong bayi dengan kedua tangan penolong. Tarik ke bawah sampai scapula berada di bawah simpisis.
- c. Pegang bayi pada dada dan punggung, kemudian bayi diputar 180° sampai bahu belakang berubah menjadi bahu depan dan lahir.
- d. Dengan arah yang berlainan dengan putaran pertama, bayi diulangi diputar 180° sampai kedua bahu lahir.

Melahirkan Kepala

Cara mouritceau

Manuver ini tujuannya untuk melahirkan kepala janin diletakkan di lengan kiri bawah penolong seperti menunggang kuda. Jari tengah dimasukkan kedalam mulut sedangkan jari telunjuk dan jari manis diletakkan pada maksila untuk menjaga kepala janin dalam keadaan fleksi. Tangan kanan memegang kedua bahu janin dengan dua jari diletakkan pada bahu kanan dan kiri. Pendamping persalinan diminta menekan supra pubik, Janin kemudian ditarik kebawah searah sumbu panggul sampai semua kepala lahir.

Penanganan tangan menjungkit (*nuchae arms*)

Dapat terjadi satu atau dua tangan

a. Bila satu tangan menjungkit

Tangan janin akan terlepas dengan cara mengusap muka, maka putar janin sampai 90° kearah tangan janin menunjuk.

b. Bila dua tangan menjungkit

Untuk melepaskan kedua tangan janin yang menjungkit, maka bebaskan dengan gerakan seperti diatas, kemudian jani diputar 180° kearah yang berlawanan dengan gerakan pertama.

Penanganan kesulitan kepala

Penanganan melahirkan kesulitan kepala setelah dilakukan cara mairitceau tetap gagal tergantung keadaan janin :

- a. Ekstraksi forcep bila janin masih hidup.
- b. Kraniotomi bila janin sudah meninggal.

Ekstraksi Total

Ekstraksi kaki

Ekstraksi kaki relative lebih mudah dilakukan dibanding ekstraksi bokong. Adapun caranya sebagai berikut.

- a. Tangan kanan penolong secara obstetric dimasukkan kedalam intruitus vagina kemudian setelah menemukan bokong janin, menyusuri sampai paha dan akhirnya ke lutut. Lakukan

gerakan abduksi dan fleksi pada paha janin. Tangan kiri melakukan tekanan kearah bawah pada fundus. Tangan yang berada di dalam vagina memegang pergelangan tungkai janin dan tarik keluar dengan perlahan sampai lutut tampak di vulva.

- b. Setelah kedua kaki lahir, maka kedua tangan penolong memegang betis bayi lalu dilakukan tarikan kebawah hingga pangkal paha lahir, kemudian tangan berpindah memegang pangkal paha dan diulangi ditarik kearah bawah hingga kedua trokanter atau bokong lahir.
- c. Selanjutnya bayi dilahirkan dengan manual aid seperti ekstraksi parsial.

Ekstraksi bokong

Dilakukan pada presentasi bokong murni dan presentasi bokong berada di dasar panggul. Jari telunjuk dimasukkan kedalam introitus vagina menelusuri bokong hingga sampai pada lipatan paha kemudian melakukan tarikan kearah bawah hingga trokanter lahir. Agar tarikan lebih kuat, maka tangan kiri penolong memegang tangan kiri. Setelah kedua lipatan paha kelihatan, maka kedua jari mengait kedua lipatan paha dan melakukan tarikan ke bawah sampai bokong lahir. Selanjutnya bayi dilahirkan dengan manual aid seperti ekstraksi parsial.

Presentasi Muka

Posisi kepala pada presentasi muka adalah hiperekstensi sehingga ubun-ubun kecil menempel pada punggung dan penunjuknya adalah dagu (mentum).

Diagnosa Presentasi muka :

- a. Palpasi abdomen: os occipital menonjol jelas, kepala teraba lebih besar.

- b. Pemeriksaan pelvis: tak teraba 2 frontalis/fontanel anterior, tetapi teraba lunak, mata, hidung, mulut (perabaan lembut). Perlu berhati-hati membedakan antara muka janin dengan presentasi bokong karena sama-sama lunak. Mulut kadang teraba seperti anus. Tonjolan tulang pipi/prominensia zigomatikus teraba seperti tuber iskiadii. Bedanya adalah anus dan tuber iskiadii membentuk garis lurus dengan anus, sedangkan mulut dari prominensia zigomatikus membentuk sudut.
- c. Hasil radiologi menunjukkan kepala hiperekstensi, tulang-tulang muka berada pada atau di bawah PAP.

Mekanisme Persalinan

Pada awal persalinan pada mulanya adalah persentasi dahi. Pada saat kepala melewati panggul, terjadi ekstensi dan menjadi persentasi muka. Mekanisme persalinan pada presentasi muka dipengaruhi oleh faktor yang sama pada presentasi belakang kepala.

Mekanisme terdiri dari gerakan penurunan, rotasi interna, fleksi, ekstensi, dan rotasi eksterna.

Pada presentasi muka, rotasi interna menjadikan dagu berada di bawah simpisis pubis, kemudian dagu lahir dilanjutkan gerakan fleksi kepala maka lahirlah hidung, mata, dahi dan UUK. Setelah kepala lahir, UUK terletak di atas anus. Kemudian dagu mengadakan rotasi eksterna atau putar paksi luar. Bahu dan badan dilahirkan dengan cara yang sama seperti pada presentasi belakang kepala.

Penanganan

- a. Apabila tidak terdapat kesempitan panggul, maka persalinan akan dapat terjadi secara spontan dan tanpa terjadi asfiksia.
- b. Sebaiknya memantau DJJ menggunakan dopler sehingga kerusakan dan mata janin dapat dihindarkan.

- c. Persalinan dengan seksio sesarea merupakan cara terbaik untuk persalinan presentasi muka pada janin aterm Karena kemungkinan terdapat kesempitan pada PAP.

Letak Lintang

Letak lintang adalah letak janin dengan posisi sumbu panjang tubuh janin memotong atau tegak lurus dengan sumbu panjang ibu. Pada letak oblik biasanya hanya bersifat sementara, sebab hal ini merupakan perpindahan letak janin menjadi letak lintang atau memanjang pada persalinan.

Pada letak lintang, bahu biasanya berada di atas PAP sedangkan kepala terletak pada salah satu fosa iliaka dan bokong pada fosa iliaka yang lain. Kondisi seperti ini disebut sebagai presentasi bahu atau presentasi akromion. Posisi punggung dapat mengarah ke posterior, anterior, superior atau ke inferior, sehingga letak lintang ini dapat dibedakan menjadi letak lintang dorso anterior dan dorso posterior

E. Rangkuman

Dalam asuhan persalinan bidan tidak hanya memberikan asuhan persalinan normal, bidan juga harus mampu memberikan asuhan keagawat daruratan sesuai kompetensi dan kewenangan kita sebagai bidan.

F. Referensi

- Depkes R. I. (2008). Asuhan persalinan normal: Asuhan esensial, pencegahan dan penanggulangan segera komplikasi persalinan dan bayi baru lahir. Jakarta: JNPK-KR.
- Pusdiknakes, WHO, JHPIEGO. 2001. Buku Asuhan Antenatal. Jakarta: Pusdiknakes.
- Pusdiknakes. 2001. Buku Panduan Pengajaran Konsep Asuhan Kebidanan bagi Dosen Diploma III Kebidanan. Jakarta: Pusdiknakes-WHO-JHPIEGO

Saifudin, Abdul Bari. 2002. Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Jakarta: YBPSP-JNPKKR-POGI-JHPIEGO

G. Evaluasi

1. Jelaskan penyulit-penyulit pada kala II dan cara mengatasinya!



**MANAJEMEN
NYERI PADA
BERSALIN**

BAB VII

MANAJEMEN NYERI PADA BERSALIN

A. Standar Kompetensi

Mata kuliah ini memberikan asuhan persalinan yang bermutu tinggi untuk mengoptimalkan asuhan persalinan dengan mengurangi rasa nyeri.

Mata kuliah ini merupakan pengantar untuk dapat melakukan asuhan kebidanan pada Asuhan Kebidanan II (Persalinan) yang membahas tentang manajemen nyeri pada persalinan.

B. Standar Kompetensi Dasar

Pada akhir perkuliahan diharapkan mahasiswa mampu menjelaskan tentang cara melakukan asuhan manajemen nyeri pada ibu bersalin.

C. Indikator

Mahasiswa mampu menjelaskan tentang manajemen nyeri pada ibu bersalin.

D. Materi

1. Definisi

Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang aktual maupun potensial. Sedangkan nyeri persalinan merupakan pengalaman subyektif tentang sensasi fisik yang terkait dengan kontraksi uterus, dilatasi dan penipisan serviks, serta penurunan janin selama persalinan. Respon fisiologis terhadap nyeri meliputi peningkatan tekanan darah, denyut nadi, pernapasan, keringat, diameter pupil, dan ketegangan otot.

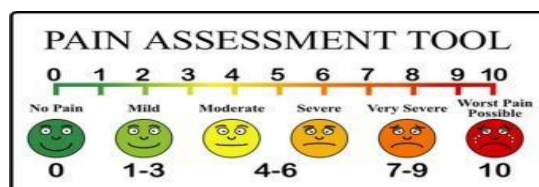
Nyeri persalinan merupakan pengalaman subjektif tentang sensasi fisik yang terkait dengan kontraksi uterus, dilatasi dan penipisan serviks, serta penurunan janin selama persalinan. Respon fisiologis terhadap nyeri meliputi peningkatan tekanan darah, denyut nadi, pernapasan, keringat, diameter pupil, dan ketegangan otot.

Nyeri persalinan ditandai dengan adanya kontraksi rahim, kontraksi sebenarnya telah terjadi pada minggu ke-30 kehamilan yang disebut kontraksi *braxton hicks* akibat perubahan-perubahan dari hormon estrogen dan progesteron tetapi sifatnya tidak teratur, tidak nyeri dan kekuatan kontraksinya sebesar 5 mmHg, dan kekuatan kontraksi *braxton hicks* ini akan menjadi kekuatan his dalam persalinan dan sifatnya teratur. Kadang kala tampak keluarnya cairan ketuban yang biasanya pecah menjelang pembukaan lengkap, tetapi dapat juga keluar sebelum proses persalinan. Dengan pecahnya ketuban diharapkan persalinan dapat berlangsung dalam waktu 24 jam.

Dalam persalinan, pijat juga membuat ibu merasa lebih dekat orang yang merawatnya. Sentuhan seseorang yang peduli dan ingin menolong merupakan sumber kekuatan saat ibu sakit, lelah, dan kuat. Banyak bagian tubuh ibu bersalin dapat dipijat, seperti kepala, leher, punggung, dan tungkai. Saat memijat, pemijat harus memperhatikan respon ibu, apakah tekanan yang diberikan sudah tepat.

Bidan mempunyai andil yang sangat besar dalam mengurangi nyeri nonfarmakologi. Intervensi yang termasuk dalam pendekatan nonfarmakologi adalah analgesia psikologis yang dilakukan sejak awal kehamilan, relaksasi, *massage*, stimulasi *cutaneous*, aroma terapi, hipnotis, akupuntur dan yoga.

Tingkat nyeri seseorang dalam Anonim (2013) dapat diukur dengan skala nyeri, berikut skala nyeri yang dapat digunakan sebagai patokannya :



Gambar 1 Skala Nyeri

2. Management Nyeri Persalinan

a. Massage

Massage adalah tindakan penekanan oleh tangan pada jaringan lunak, biasanya otot tendon atau ligamen, tanpa menyebabkan pergeseran atau perubahan posisi sendi guna menurunkan nyeri, menghasilkan relaksasi, dan atau meningkatkan sirkulasi. Gerakan-gerakan dasar meliputi: gerakan memutar yang dilakukan oleh telapak tangan, gerakan menekan dan mendorong kedepan dan kebelakang menggunakan tenaga, menepuk-nepuk, meremas-remas, dan gerakan meliuk-liuk.

Beberapa metode message antara lain:

1) Metode Effluerage

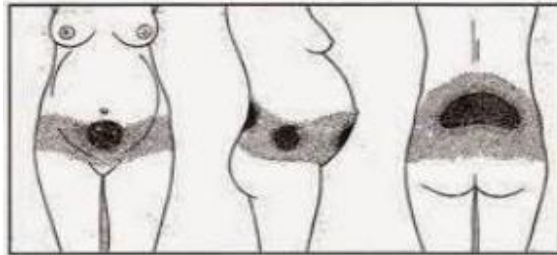
Memperlakukan pasien dalam posisi setengah duduk, lalu letakkan kedua tangan pada perut dan secara bersamaan digerakkan melingkar ke arah pusat simpisis atau dapat juga menggunakan satu telapak tangan menggunakan gerakan melingkar atau satu gerakan.

2) Metode deep back massage

Memperlakukan pasien berbaring miring, kemudian bidan atau keluarga pasien menekan daerah sacrum secara mantap dengan telapak tangan, lepaskan dan tekan lagi, begitu seterusnya.

Deep back massage adalah penekanan pada sakrum yang dapat mengurangi ketegangan pada sendi sakroiliakus dari posisi oksiput posterior janin. Selama kontraksi dapat dilakukan penekanan pada sakrum yang dimulai saat awal kontraksi dan diakhiri setelah kontraksi berhenti. Jika klien menggunakan fetal monitor, dapat melihat garis kontraksi untuk memulai dan mengakhiri penekanan. Penekanan dapat dilakukan dengan tangan yang dikepalkan seperti bola tenis pada sakrum 2,3,4. Metode *deep back massage* memperlakukan pasien berbaring miring,

kemudian bidan atau keluarga pasien menekan daerah sakrum secara mantap dengan telapak tangan, lepaskan dan tekan lagi, begitu seterusnya.



Gambar 2 Lokasi pemijatan pada nyeri persalinan kala 1

Selain itu dapat dilakukan dengan menggunakan metode *rubbing massage* yaitu teknik pijatan yang dilakukan pada punggung diantara kontraksi.

Persalinan disertai rasa nyeri dan 7-14% tidak disertai nyeri. Pada kala I terjadi kontraksi yang dapat menekan ujung syaraf sehingga menimbulkan rangsangan nyeri dan berdampak timbulnya ketakutan dan rasa takut. Ada rasa takut sehingga dapat berdampak pada kecepatan pembukaan serviks sehingga dibutuhkan intervensi untuk mengurangi rasa takut tersebut salah satunya dengan memberikan pijatan pada ibu bersalin.

3) Metode *rubbing massage*

Gerakan pemijatan pada daerah punggung bagian belakang secara lembut yang dilakukan dari atas sampai ke bawah menggunakan telapak tangan atau jari tangan.

4) Metode *firm counter pressure*

Memperlakukan pasien dalam kondisi duduk kemudian bidan atau keluarga pasien menekan sacrum secara bergantian dengan tangan yang dikepalkan secara mantap dan beraturan.

5) *Abdominal lifting*

Memperlakukan pasien dengan cara membaringkan pasien pada posisi kepala agak tinggi. Letakkan kedua telapak tangan

pada pinggang pasien, kemudian secara bersamaan lakukan usapan yang berlawanan ke arah puncak perut tanpa menekan ke arah dalam, kemudian ulangi lagi.

b. Relaksasi

Ada beberapa posisi relaksasi yang dapat dilakukan selama dalam keadaan istirahat atau selama proses persalinan :

- 1) Berbaring terlentang, kedua tungkai kaki lurus dan terbuka sedikit, kedua tangan rileks di samping di bawah lutut dan kepala diberi bantal
- 2) Berbaring miring, kedua lutut dan kedua lengan ditekuk, di bawah kepala diberi bantal dan di bawah perut sebaiknya diberi bantal juga, agar perut tidak menggantung
- 3) Kedua lutut ditekuk, berbaring terlentang, kedua lutut ditekuk, kedua lengan di samping telinga
- 4) Duduk membungkuk, kedua lengan diatas sandaran kursi atau diatas tempat tidue. Kedua kaki tidak boleh menggantung

Keempat posisi tersebut dapat dipergunakan selama ada his.

E. Rangkuman

Manajemen Nyeri dalam asuhan persalinan dapat di gunakan berbagai metode metode yang ada, dengan metode yang diterapkan dapat memberikan asuhan sayang ibu.

F. Referensi

- Anonim. 2013. Pain Assessment Tool. Diakses pada tanggal 22 Oktober 2015 pukul 21.00 WIB dari publicdomainvectors.org
- Arifin . 2008. Nyeri Haid. Jakarta : EGC
- Danuatmaja, B & Mila Meiliasari. 2004. 40 Hari Pasca Persalina. Edisi 1. Jakarta. Puspa Swara. Hal : 36,47.
- Farida, Siti.& Ana, Zuliana. 2016. Metode Massage Abdominal Lifting sebagai Upaya untuk Mengurangi Nyeri Persalinan Kala I. ISBN : 978-602.73865-4-9. *Prosiding Nasional APIKES-AKBID Citra*

- Medika Surakarta*. Diakses Tanggal 11 Agustus 2018
- Gadysa, G. 2009. Persepsi Ibu tentang Metode masage. <http://luluvikarwordpress.com/2009/08/26>. Persepsi-ibu-tentang-metode-masage. Diperoleh tanggal 20 Agustus 2018.
- Lestari I dkk. 2012. Pengaruh Deep Back Massage Terhadap Penurunan Nyeri terdapat dalam *The Indonesian Journal of Public Health, Vol. 9 No. 1*, Juli 2012: 37–50
- Pusdiknakes, WHO, JHPIEGO. 2001. Buku Asuhan Antenatal. Jakarta: Pusdiknakes.
- Pusdiknakes. 2001. Buku Panduan Pengajaran Konsep Asuhan Kebidanan bagi Dosen Diploma III Kebidanan. Jakarta: Pusdiknakes-WHO-JHPIEGO
- Saifudin, Abdul Bari. 2002. Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Jakarta: YBPSP-JNPKKR-POGI-JHPIEGO
- Simkin, P. 2012. Reducing Pain and Embancing Progress in Labor. *Journal Child Birth Th.XI. no. 22*

G. Evaluasi

1. Jelaskan manajemen nyeri persalinan!
2. Jelaskan macam-macam metode mengurangi nyeri!



**PENDOKUMENTASIAN ASUHAN
DALAM PERSALINAN**

BAB VII

PENDOKUMENTASIAN ASUHAN PERSALINAN

A. Standar Kompetensi

Mata kuliah ini memberikan asuhan persalinan yang bermutu tinggi untuk dapat melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan persalinan.

Mata kuliah ini merupakan pengantar untuk dapat melakukan asuhan kebidanan pada Asuhan Kebidanan II (Bersalin) yang membahas tentang pendokumentasian asuhan kebidanan persalinan. Mata kuliah ini merupakan pedoman untuk dapat melakukan pengelolaan pada Asuhan kebidanan III (nifas) dari segi administrative dan pertanggungjawaban layanan yang sudah diberikan selama masa nifas.

B. Standar Kompetensi Dasar

Pada akhir perkuliahan diharapkan mahasiswa dapat melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan persalinan.

C. Indikator

1. Mahasiswa mampu memahami model-model dokumentasi
2. Mahasiswa mampu memahami prinsip dokumentasi
3. Mahasiswa mampu memahami aspek legal dokumentasi

D. Materi

1. SOAP

Metode 4 langkah ini disarikan dari proses pemikiran penatalaksanaan kebidanan dan dipakai untuk mendokumentasikan asuhan dalam rekam medis klien sebagai catatan kemajuan. SOAP merupakan catatan yang bersifat sederhana, jelas, logis dan tertulis. Seorang bidan hendaknya menggunakan SOAP setiap kali bertemu kliennya. Selama masa persalinan, seorang bidan dalam menuliskan catatan SOAP untuk setiap kali kunjungan, sementara masa intrapartum, seorang bidan boleh menuliskan lebih dari satu catatan

untuk satu klien dalam satu hari. Seorang bidan harus melihat catatan-catatan SOAP terdahulu bilamana ia merawat seorang siswa, bidan akan mendapatkan lebih banyak pengalaman dan urutan SOAP akan terjadi secara alamiah. Kepanjangan dari SOAP adalah :

S (Subyektif) : yaitu apa yang dikatakan bidan

O (Obyektif) : yaitu apa yang dilihat dan dirasakan oleh bidan sewaktu melakukan pemeriksaan

A (Analisa) : yaitu kesimpulan apa yang dibuat dari data-data subyektif/obyektif tersebut

P (Planning) yaitu apa yang akan dilakukan berdasarkan hasil pengevaluasian tersebut

S (Data Subyektif)

Data subyektif merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney langkah pertama adalah pengkajian data, terutama data yang diperoleh melalui anamnesis. Data subyektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien.

O (Obyektif)

Data Obyektif (O) merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney pertama (Pengkajian data) ,terutama yang diperoleh melalui hasil observasi yang jujur dari pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium/pemeriksaan diagnosis lain.

A (Assesment)

A (Analysis/Assessment), merupakan pendokumentasian hasil analisis dan intepretasi dari data subyektif dan data obyektif. Dalam pendokumentasian menejemen kebidanan karena keadaan pasien setiap saat bisa mengalami perubahan dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif maupun obyektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis

P (Planning)

Planning/perencanaan adalah membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan datang. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil analisis dan intepretasi data. Rencana asuhan ini bertujuan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraanya.

Tujuan pendokumentasian SOAP adalah :

- a. Merupakan kemajuan informasi yang sistematis, yang mengorganisir penemuan dan kesimpulan anda menjadi suatu rencana asuhan
- b. Merupakan penyaringan initsari dari proses penatalaksanaan kebidanan untuk tujuan penyediaan dan pendokumentasian asuhan
- c. Merupakan urutan-urutan yang dapat membantu dalam mengorganisir pikiran anda dan memberikan asuhan yang menyeluruh.

2. Manajemen Kebidanan Menurut Helen Varney (1997)

Varney menjelaskan bahwa proses manajemen merupakan proses pemecahan masalah yang ditemukan oleh perawat dan bidan pada awal tahun 1970 an. Proses ini memperkenalkan sebuah metode dengan pengorganisasian, pemikiran dan tindakan-tindakan dengan urutan yang logis dan menguntungkan bagi klien maupun tenaga kesehatan.

Langkah I. Pengumpulan data dasar

Pada langkah ini, dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap, yaitu :

- a. Riwayat kesehatan
- b. Pemeriksaan fisik sesuai kebutuhan
- c. Meninjau catatan terbaru dan catatan sebelumnya

- d. Meninjau data laboratorium dan membandingkannya dengan hasil study

Langkah II. Interpretasi data dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosis atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas dasar data-data yang telah diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosis yang spesifik. Diagnosis kebidanan yaitu diagnosis yang ditegakkan oleh profesi (bidan) dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standart nomenklatur. Standart nomenklatur diagnosis kebidanan tersebut adalah :

- a. Diakui dan telah disahkan oleh profesi
- b. Berhubungan langsung dengan praktik kebidanan
- c. Memiliki cirri khas kebidanan
- d. Didukung oleh Clinical judgement dalam praktik kebidanan
- e. Dapat diselesaikan dengan pendekatan menejemen kebidanan.

Langkah.III Mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosis yang telah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan.

Langkah IV. Mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Mengidentifikasi atas perlunya tindakan segera oleh bidan dan atau dokter untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lai sesuai dengan kondisi klien.

Langkah V. Merencanakan asuhan yang menyeluruh

Pada langkah ini dilakukan perencanaan yang menyeluruh, ditentukan langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi.

Langkah VI. Melaksanakan perencanaan

Pada langkah ini, rencana asuhan yang menyeluruh dalam langkah kelima harus dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan, dan sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya.

Langkah VII. Evaluasi

Pada langkah ini, dilakukan evaluasi efektivitas dari asuhan yang sudah diberikan, meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan, apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi dalam masalah dan diagnosis.

3. Prinsip Dokumentasi

Dokumentasi yang efektif tergantung pada kegiatan pencatatan oleh individu. Peran, perilaku dan kemampuan individu serta hasil dari sebuah pendokumentasian juga mempengaruhi efektivitas sebuah dokumentasi. Ditinjau dari segi teknik pencatatan, ada beberapa hal yang harus diperhatikan dalam kegiatan pendokumentasian antara lain :

- a. Menuliskan nama pasien pada setiap halaman catatan bidan
- b. Hendaknya tulisan mudah dibaca.
- c. Dokumentasi segera dilaksanakan setelah dilakukan pengkajian pertama dan selesai melakukan setiap langkah asuhan kebidanan
- d. Apabila memungkinkan, kutip semua kalimat atau kata yang diungkapkan pasien
- e. Pastikan kebenaran dari setiap data yang akan ditulis
- f. Bedakan informasi yang obyektif dan penafsiran
- g. Dokumentasikan dengan baik apabila terjadi hal-hal sebagai berikut:
 - 1) Perubahan kondisi klien atau muncul masalah baru
 - 2) Respon pasien terhadap tindakan yang diberikan oleh bidan
 - 3) Respon pasien terhadap kegiatan konseling oleh bidan

- h. Hindari dokumentasi yang bersifat bau, karena setiap pasien unik dan mempunyai permasalahan yang berbeda.
- i. Hindari penggunaan istilah yang tidak jelas dan oergunakan singkatan yang sudah biasa dipakai dan dapat diterima
- j. Apabila terjadi kesalahan dalam penulisan, tulisan yang salah tersebut jangan dihapus. Pada tulisan yang salah, coret satu kali kemudian tulis kata salah di atasnya dibubuhkan paraf.
- k. Setiap kegiatan dokumentasi cantumkan waktu serta tanda tangan dan nama terang
- l. Bila pencatatan bersambung pada halaman berikutnya, bubuhkan tandatangan dan cantumkan kembali waktu pada bagian halama berikutnya.

4. Aspek Legal Dokumentasi

Dokumentasi asuhan kebidanan harus mudah dibaca, berisi data akurat dan dapat mengkomunikasikan informasi penting tentang seorang pasien yang ditangani oleh bidan kebebrapa professional. Beberapa definisi dasar tentang aspek legal dan etik dalam asuhan kebidanan adalah :

- a. Lega
- b. Kesalahan adalah kerugian individu yang dapat diberikan ganti rugi secara hokum
- c. Kelalaian adalah kegagalan menjalankan perawatan dengan baik/wajar
- d. Malpraktik adalah kelalaian profesi atau kegagalan mematuhi standart yang harus dijalankan oleh seseorang

E. Rangkuman

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah. Mengingat bahwa proses manajemen asuhan merupakan suatu kegiatan yang berkesinambungan, maka bidan perlu mengulang kembali setiap asuhan yang tidak efektif melalui proses manajemen untuk

mengidentifikasi mengapa rencana asuhan tidak berjalan efektif serta melakukan penyesuaian pada rencana tersebut

F. Referensi

Saleha, S. 2009. Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas. Jakarta: Salemba Medika

Varney, H. 2008. Buku Ajar Asuhan Kebidanan (edisi 4, vol 2). Jakarta : EGC

Vivian NLD & Sunarsih T. 2013. Asuhan Kebidanan pada ibu nifas. Jakarta ; Salemba Medika

G. Evaluasi

1. Sebutkan langkah – langkah pendokumentasian menurut Helen Varney ?
2. Jelaskan tujuan pendokumentasian SOAP !

DAFTAR PUSTAKA

- Anonim. 2013. Pain Assessment Tool. Diakses pada tanggal 22 Oktober 2015 pukul 21.00 WIB dari publicdomainvectors.org
- Arifin. 2008. Nyeri Haid. Jakarta : EGC
- Ashari, Ani. 2010. Asuhan Kebidanan Pathologi. Yogyakarta : Pustaka Rohima
- Cunningham, F.Gary, dkk. 2006. Obstetri Williams. Edisi 21. Vol. 1. Jakarta:EGC.
- Cunningham, Williams. 2006. Obstetri Williams. Jakarta: EGC
- Danuatmaja, B & Mila Meiliasari. 2004. 40 Hari Pasca Persalina. Edisi 1. Jakarta. Puspa Swara. Hal : 36,47.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2001. Standar Pelayanan Kebidanan. Jakarta: Dep.Kes RI
- Depkes R. I. 2008. Asuhan persalinan normal: Asuhan esensial, pencegahan dan penanggulangan segera komplikasi persalinan dan bayi baru lahir. Jakarta: JNPK-KR.
- Farida, Siti.& Ana, Zuliana. 2016. Metode Massage Abdominal Lifting sebagai Upaya untuk Mengurangi Nyeri Persalinan Kala I. ISBN : 978-602.73865-4-9. *Prosiding Nasional APIKES-AKBID Citra Medika Surakarta*. Diakses Tanggal 11 Agustus 2018
- Gadysa, G. 2009. Persepsi Ibu tentang Metode masage. <http://luluvikarwordpress.com/2009/08/26>. Persepsi-ibu-tentang-metode-masage. Diperoleh tanggal 20 Agustus 2018.
- Hanifa. 2002. Ilmu Kebidanan. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirodiharjo
- Lestari I dkk. 2012. Pengaruh Deep Back Massage Terhadap Penurunan Nyeri terdapat dalam *The Indonesian Journal of Public Health, Vol. 9 No. 1*, Juli 2012: 37–50
- Pusdiknakes, WHO, JHPIEGO. 2001. Buku Asuhan Antenatal. Jakarta: Pusdiknakes.

- Pusdiknakes. 2001. Buku Panduan Pengajaran Konsep Asuhan Kebidanan bagi Dosen Diploma III Kebidanan. Jakarta: Pusdiknakes-WHO-JHPIEGO
- Ralph C. Benson dan Martin L.Pernoll. 2008. Buku Saku Obstetri dan Ginekologi. Jakarta : EGC
- Saifudin, Abdul Bari. 2002. Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Jakarta: YBPSP-JNPKKR-POGI-JHPIEGO
- Simkin, P. 2012. Reducing Pain and Embancing Progress in Labor. *Journal Child Birth Th.XI. no. 22*
- Varney. 1997. Varney's Midwifery. London: Jones & Bartlett
- WHO. 2002. Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Jakarta: WHO
- Wiknjosastro. H. Gulardi. POGI. Maddjid, Abdul, Omo.2008. *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta.

Lampiran

DAFTAR TILIK KALA II, AMNIOTOMI DAN EPISIOTOMI

Petunjuk pengisian daftar tilik:

Beri tanda cek (√) pada kolom yang sesuai dengan situasi pengamatan, yaitu:

1. Skor 0 : Apabila alat tidak disediakan, prosedur kerja tidak dikerjakan dengan benar atau tidak sesuai urutan (jika harus berurutan) atau tidak dikerjakan.
2. Skor 1: Apabila prosedur kerja dikerjakan dengan benar dan berurutan (jika harus berurutan), tetapi peserta secara efisien tidak ada kemajuan dari langkah ke langkah, alat tidak dimanfaatkan, komunikasi dengan pasien kurang.
3. Skor 2: Apabila prosedur kerja dikerjakan dengan benar sesuai dengan urutan (jika harus berurutan), efisien, komunikasi dengan pasien baik.

No	LANGKAH KERJA	Praktikum			BST			BST		
		0	1	2	0	1	2	0	1	2
SIKAP DAN PERILAKU										
1	Menyambut pasien, memberikan salam, dan memperkenalkan diri									
2	Membaca catatan medis dan memastikan identitas pasien (nama,tanggal lahir, atau no rekam medis)									
3	Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilaksanakan, meminta persetujuan dan kontrak waktu									
4	Memberikan kesempatan pasien untuk bertanya dan memberikan perhatian pada setiap pertanyaan									
5	Komunikasi dengan ibu/pasien selama melakukan tindakan									
6	Mengawali tindakan dengan lafal Basmalah dan mengakhiri tindakan dengan Hamdalah									
7	Mencuci tangan sebelum dan setelah tindakan serta mengeringkan dengan handuk bersih									
8	Menggunakan APD (Alat Pelindung Diri)									
9	Melakukan dekontaminasi alat									
KONTEN										
10	Menyiapkan alat dan bahan yang digunakan untuk amniotomi.									
11	Memberikan penjelasan tindakan yang akan dilakukan pada ibu									
12	Memeriksa denyut jantung janin.									
13	Melakukan Vulve Hygiene									
14	Melakukan pemeriksaan dalam, serviks,konsistensi, posisi, penipisan dan pembukaan, pastikan kepala sudah masuk PAP dan tidak teraba tali pusat atau bagian kecil. Raba selaput ketuban.									

15	Memasukkan ½ kokher yang dipegang tangan kiri dengan bimbingan telunjuk dan jari tengah tangan kanan, dengan gigi menghadap ke tangan kanan, setelah masuk vagina balik posisi gigi hingga menyentuh selaput ketuban*)																		
16	Pindahkan tangan kiri ke fundus uteri*)																		
17	Gerakan kedua ujung jari dalam untuk menorehkan gigi hingga merobek selaput ketuban saat his mulai mereda*)																		
18	Cairan ketuban akan mengalir keluar perlahan. Perhatikan warnanya kejernihan, pewarnaan mekanium jumlah cairan ketuban.																		
19	Setelah cairan keluar, keluarkan ½ kokher dari vagina masukkan kedalam kom besar berisi larutan klorin 0,5%																		
20	Pertahankan jari tangan dalam vagina agar cairan keluar perlahan dan yakin bahwa tidak teraba bagian kecil janin atau tali pusat menumbung*)																		
21	Keluarkan jari tangan dari vagina, cuci dalam larutan klorin, masukkan handscoon kedalam ember yang berisi larutan klorin 0,5%.																		
22	Setelah amniotomi, periksa DJJ kembali pada saat kontraksi dan segera setelah kontraksi.																		
23	Catat di partograf dan catatan medik pasien																		
TEKNIK																			
24	Melaksanakan tindakan secara sistematis/berurutan																		
25	Melaksanakan tindakan dengan percaya diri, tidak ragu-ragu, kontak mata dan empati																		
26	Menjaga privasi pasien dan memperhatikan prinsip pencegahan infeksi																		

DAFTAR TILIK
ASUHAN PERSALINAN NORMAL KALA II

	LANGKAH KERJA	Praktikum			BST			BST		
		0	1	2	0	1	2	0	1	2
A	SIKAP DAN PERILAKU									
1	Menyambut pasien, memberikan salam, dan memperkenalkan diri									
2	Membaca catatan medis dan memastikan identitas pasien (nama, tanggal lahir, atau no rekam medis)									
3	Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilaksanakan, meminta persetujuan dan kontrak waktu									
4	Memberikan kesempatan pasien untuk bertanya dan memberikan perhatian pada setiap pertanyaan									
5	Komunikasi dengan ibu/pasien selama melakukan tindakan									
6	Mengawasi tindakan dengan lafal Basmalah dan mengakhiri tindakan dengan Hamdalah									
7	Mencuci tangan sebelum dan setelah tindakan serta mengeringkan dengan handuk bersih									
8	Menggunakan APD (Alat Pelindung Diri)									
9	Melakukan dekontaminasi alat									
B	CONTENT / ISI									
10	Melihat tanda dan gejala kala II <ul style="list-style-type: none"> ● Mempunyai dorongan mengejan ● Tekanan pada anus ● Vulva dan anus membuka 									
11	Meletakkan kain bersih diatas perut ibu serta memasang handuk diatas perut ibu									
12	Mendekatkan alat									
13	Memakai sarung tangan DTT									
14	Meletakkan kain steril dilipat 1/3 bagian, dibawah bokong ibu									
15	Doa akan bersalin									

	<p>رواه (تَوَكَّلْنَا عَلَى اللَّهِ عَلَى الْوَكِيلِ وَنِعْمَ اللَّهُ حَسْبُنَا) (الترمذ)</p> <p>Artinya: “Ya Allah yang Maha Mencukupi aku dan sebaik-baik yang melindungiku. Hanya kepada Allah aku berserah diri.” (HR. Tirmidzi)</p>																			
16	Memimpin ibu mengejan saat ada kontraksi																			
17	Menolong kelahiran kepala : a. Melindungi perineum b. Menahan kepala untuk mencegah defleksi maksimal c. Menganjurkan ibu untuk meneran dan bernafas pendek-pendek																			
18	Memeriksa lilitan tali pusat																			
19	Menunggu kepala putar paksi luar*)																			
20	Meletakkan tangan secara biparietal*)																			
21	Melahirkan bahu depan dan belakang*)																			
22	Melakukan sangga susur*)																			
23	Menilai dengan cepat keadaan bayi sambil memposisikan bayi di perut ibu																			
24	Bacakan do'a untuk bayi baru lahir (<i>allahumma barikllahu/ha</i>)																			
25	Meletakkan bayi pada handuk di atas perut ibu serta mengeringkannya dan mengganti dengan kain kering kedua																			
26	<p>Doa setelah bersalin</p> <p>اللَّهُ َاتِرْمَلِرِكِبِرِكُذُذِيْعُرَا َاتِرْمَلِرِكِبِرِكُذُذِيْعُرَا َاتِرْمَلِرِكِبِرِكُذُذِيْعُرَا َاتِرْمَلِرِكِبِرِكُذُذِيْعُرَا (رواه (تَوَكَّلْنَا عَلَى اللَّهِ عَلَى الْوَكِيلِ وَنِعْمَ اللَّهُ حَسْبُنَا) (البخاري)</p> <p>Artinya: “Aku memohon perlindungan untukmu (bayi) dengan kalimat Allah yang sempurna dari godaan syetan, dari ancaman binatang yang berbisa, dan dari sorotan mata yang jahat.” (HR. Bukhari)</p>																			
C	TEKNIK																			
27	Melaksanakan tindakan secara sistematis/berurutan																			
28	Melaksanakan tindakan dengan percaya diri, tidak ragu-ragu, kontak mata dan empati																			

29	Menjaga privasi pasien dan memperhatikan prinsip pencegahan infeksi									
----	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**DAFTAR TILIK
ASUHAN PERSALINAN NORMAL**

No	LANGKAH KERJA	Praktikum			BST			BST		
		0	1	2	0	1	2	0	1	2
SIKAP DAN PERILAKU										
1	Menyambut pasien, memberikan salam, dan memperkenalkan diri									
2	Membaca catatan medis dan memastikan identitas pasien (nama,tanggal lahir, atau no rekam medis)									
3	Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilaksanakan, meminta persetujuan dan kontrak waktu									
4	Memberikan kesempatan pasien untuk bertanya dan memberikan perhatian pada setiap pertanyaan									
5	Komunikasi dengan ibu/pasien selama melakukan tindakan									
6	Mengawali tindakan dengan lafal Basmalah dan mengakhiri tindakan dengan Hamdalah									
7	Mencuci tangan sebelum dan setelah tindakan serta mengeringkan dengan handuk bersih									
8	Menggunakan APD (Alat Pelindung Diri)									
9	Melakukan dekontaminasi alat									
I	MELIHAT TANDA GEJALA KALA II									
10	Melihat tanda dan gejala kala II : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ibu mempunyai dorongan kuat untuk meneran ▪ Ibu merasa adanya tekanan pada anus ▪ Perineum menonjol ▪ Vulva dan anus membuka 									
II	MENYIAPKAN PERTOLONGAN PERSALINAN									
11	Memastikan kelengkapan alat, bahan dan obat-obatan esensial pertolongan persalinan dan penatalaksanaan komplikasi ibu dan BBL. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Untuk asfiksia : tempat tidur datar dan keras, 2 kain dan 1 handuk bersih dan kering, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi. ▪ Menggelar kain di atas perut ibu dan tempat resusitasi serta ganjal bahu bayi ▪ Menyiapkan oksitosin 10 unit dan alat suntik steril sekali pakai 2 ½ ml kedalam wadah partus set. 									
12	Memakai celemek plastik									
13	Memastikan lengan/tangan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue/handuk pribadi yang									

	bersih dan kering.										
14	Pakai sarung tangan DTT pada tangan kanan yang akan digunakan untuk pemeriksaan dalam.										
15	Masukkan oksitosin kedalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT dan steril (pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik)										
	<i>Bila ketuban belum pecah pinggirkan ½ kocher pada partus set.</i>										
III	MEMASTIKAN PEMBUKAAN LENGKAP DAN KEADAAN JANIN BAIK										
16	Membersihkan vulva dan perineum menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atas kasa yang dibasahi air DTT. <ul style="list-style-type: none"> • Jika introitus vagina, perineum atau anus terkontaminasi tinja, bersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang • Buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia Ganti sarung tangan jika terkontaminasi (dekontaminasi, lepaskan an rendam dalam larutan klorin 0,5%)										
17	Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan dan selaput ketuban sudah pecah*) <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Bila pembukaan belum lengkap, catat hasil pemeriksaan pada partograf dan nilai kemajuan persalinan</i> ▪ <i>Bila selaput ketuban belum pecah, lakukan pemecahan selaput ketuban</i> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Pastikan kepala sudah masuk, tidak teraba bagian kecil janin atau tali pusat</i> ✓ <i>Masukkan ½ kocher yang dipegang tangan kiri dengan bimbingan telunjuk jari tengah tangan kanan hingga menyentuh selaput ketuban</i> ✓ <i>Saat his berkurang kekuatannya, gerakkan ujung jari tangan kanan membimbing ujung ½ kocher menggores selaput ketuban hingga ketuban pecah</i> ✓ <i>Keluarkan ½ kocher dari vagina ibu dengan tangan kiri, masukkan kedalam ember berisi larutan klorin 0,5%</i> ✓ <i>Pertahankan jari-jari tangan kanan tetap dalam vagina sehingga yakin bahwa kepala turun dan tidak teraba tali pusat setelah selaput ketuban dipecahkan</i> <i>Keluarkan jari-jari tangan kanan dari vagina</i> 										
18	Dekontaminasi sarung tangan dengan mencelupkan tangan kanan yang bersarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, membuka sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.										
19	Periksa denyut jantung janin setelah kontraksi selesai /saat relaksasi uterus, pastikan Djj dalam batas normal (120-160 x/menit*) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mengambil tindakan yang sesuai jika Djj tidak 										

	normal																	
	Mendokumentasikan hasil pemeriksaan dalam, Djj dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf																	
IV	MENYIAPKAN IBU & KELUARGA UNTUK MEMBANTU PROSES PIMPINAN MENERAN																	
20	Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, dan bantu ibu untuk dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tunggu hingga timbul rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada. Jelaskan pada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu untuk meneran secara benar.																	
21	Minta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran (pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman)																	
22	Doa akan bersalin (رواه الترمذ) تَوَكَّلْنَا اللَّهُ عَلَى الْوَكِيلِ وَنِعْمَ اللَّهُ حَسْبُنَا Artinya: “Ya Allah yang Maha Mencukupi aku dan sebaik-baik yang melindungiku. Hanya kepada Allah aku berserah diri.” (HR. Tirmidzi)																	
23	Lakukan bimbingan meneran saat ibu mempunyai dorongan kuat untuk meneran <ul style="list-style-type: none"> ▪ Memimpin ibu untuk meneran pada saat timbul his, menyesuaikan pimpinan meneran dengan kecepatan lahirnya kepala ▪ Mendukung usaha ibu untuk meneran ▪ Memberi ibu kesempatan istirahat disaat tidak ada his (diantara his) ▪ Meminta bantuan keluarga untuk memberi ibu minum saat istirahat ▪ Memeriksa Djj setiap kontraksi uterus selesai Segera rujuk jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah dipimpin meneran selama 2 jam primipara/1 jam multipara.																	
24	Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit																	
V	PERSIAPAN PERTOLONGAN KELAHIRAN BAYI																	
25	Letakkan handuk bersih untuk mengeringkan bayi pada perut ibu jika kepala janin terlihat pada vulva dengan diameter 5-6 cm.																	
26	Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu																	
27	Buka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat																	
28	Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan																	
VI	MENOLONG KELAHIRAN BAYI																	
VII	Melahirkan kepala																	

29	<p>Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan dialas lipatan kain dibawah bokong ibu, sementara tangan kiri menahan puncak kepala agar tidak terjadi defleksi yang terlalu cepat saat kepala lahir (minta ibu untuk tidak meneran dengan bernafas pendek-pendek*)</p> <p><i>Mengusapkan kasa/kain bersih untuk membersihkan muka janin dari lendir dan darah</i></p> <p><i>Bila didapatkan mekoneum pada air ketuban, segera setelah kepala lahir lakukan penghisapan pada mulut dan hidung janin menggunakan penghisap lendir De Lee</i></p>										
30	<p>Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat*) ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera lanjutkan proses kelahiran bayi</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi <p>Jika tali pusat melilit leher secara kuat, minta ibu berhenti meneran, dengan perlindungan tangan kiri, pasang klem tali pusat didua tempat dan potong diantara dua klem tersebut.</p>										
31	Tunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan*)										
VIII	Melahirkan bahu										
32	Setelah kepala janin menghadap paha ibu, tempatkan kedua telapak tangan biparietal kepala janin. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arcus pubis dan kemudian gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang*)										
IX	Lahirnya Badan dan Tungkai										
33	Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah kearah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas*)										
34	Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan ats berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya*)										
X	Penanganan Bayi Baru Lahir										
35	Lakukan penilaian (selintas *)										
	... Apakah bayi menangis kuat dan /atau bernapas kesulitan?										
	<input type="checkbox"/> Apakah bayi bergerak dengan aktif ?										
	<i>Jika bayi tidak menangis, tidak bernafas atau megap-megap segera lakukan tindakan resusitasi (langkah ini berlanjut ke langkah prosedur resusitasi BBL dengan asfiksi)</i>										
	Bacakan do'a untuk bayi baru lahir (<i>allahumma barikllahu/ha</i>)										
36	Keringkan dan posisikan tubuh bayi di atas perut ibu										
	Keringkan bayi mulai dari muka, kepala dan										

	bagiantubuh lainnya (tanpa membersihkan verniks) kecuali bagian tangan.									
	Ganti handuk basah dengan handuk kering									
	Pastikan bayi dalam kondisi mantap di atas perut ibu.									
37	Doa setelah bersalin اللَّهُمَّ إِنِّي أَسْأَلُكَ بِكَرَمِكَ بِرَأْسِ الْوَالِدِ الْكَرِيمِ أَن تَحْفَظَ بِي وَبِعَلْوِي وَبِعَلْوِي وَبِعَلْوِي (رواه البخاري)									
	TEKHNIK									
37	Melaksanakan tindakan secara sistematis/berurutan									
38	Melaksanakan tindakan dengan percaya diri, tidak ragu-ragu, kontak mata dan empati									
39	Menjaga privasi pasien dan memperhatikan prinsip pencegahan infeksi									

DAFTAR TILIK SAYATAN EPISIOTOMI

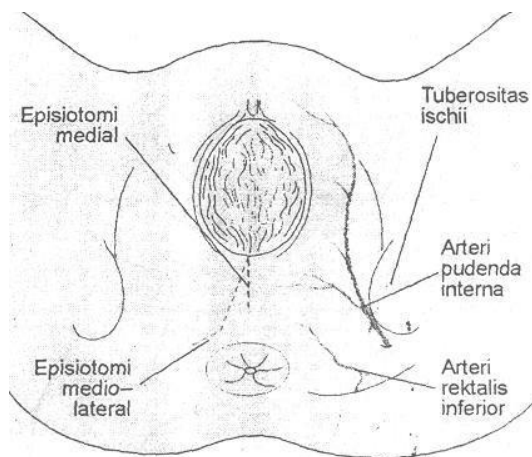
Pengertian :Episiotomi adalah sebuah irisan bedah pada perineum untuk memperbesar muara vagina yang dilakukan tepat sebelum keluarnya kepala bayi.

Tujuan :

- a. Untuk mencegah trauma yang berlebihan pada kepala janin
- b. Mempersingkat kala II
- c. Mencegah terjadinya ruptur totalis

Ada 4 macam episiotomi, yaitu :

- a. Episiotomi medialis yang dibuat garis tengah
- b. Episiotomi mediolateralis dari garis tengah kesamping menjauhi anus
- c. Episiotomi lateralis, 1-2 cm diatas komisura posterior ke samping
- d. Episiotomi sschucsardt atau episiotomi medialis yang melebar sehingga mungkin menjadi ruptur perineum totalis maka kita gunting kesamping



DAFTAR TILIK EPISIOTOMI

No	LANGKAH KERJA	Praktikum			BST			BST		
		0	1	2	0	1	2	0	1	2
Sikap dan Perilaku										
1	Menyambut pasien, memberikan salam, dan memperkenalkan diri									
2	Membaca catatan medis dan memastikan identitas pasien (nama,tanggal lahir, atau no rekam medis)									
3	Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilaksanakan, meminta persetujuan dan kontrak waktu									
4	Memberikan kesempatan pasien untuk bertanya dan memberikan perhatian pada setiap pertanyaan									
5	Komunikasi dengan ibu/pasien selama melakukan tindakan									
6	Mengawali tindakan dengan lafal Basmalah dan mengakhiri tindakan dengan Hamdalah									
7	Mencuci tangan sebelum dan setelah tindakan serta mengeringkan dengan handuk bersih									
8	Menggunakan APD (Alat Pelindung Diri)									
9	Melakukan dekontaminasi alat									
Konten										
10	Sarung tangan sudah dipasang dengan benar.									
11	Menentukan lokasi sayatan episiotomi (Medial, Medio lateral atau lateral)									
12	Masukan dua jari tangan kiri penolong ke dalam diantara kepala dan perineum.									
13	Melakukan desinfeksi dengan kasa bethadin									
14	Beritahu ibu, akan dilakukan sayatan dengan menggunakan gunting supaya robekan tidak melebar .									
15	Melakukan sayatan pada saat perineum dalam kondisi perineum mere dan saat ada kontraksi									
16	Gunting yang tidak dipakai direndam dalam air klorin 0,5% selama 10 menit.									
Teknik										
17	Melaksanakan tindakan secara sistematis/berurutan									
18	Melaksanakan tindakan dengan percaya diri, tidak ragu-ragu, kontak mata dan empati									
19	Menjaga privasi pasien dan memperhatikan prinsip pencegahan infeksi									

**DAFTAR TILIK
MANAJEMEN AKTIF KALA III DAN OBSERVASI KALA IV**

	PENATALAKSANAAN	Praktikum			BST			BST		
		0	1	2	0	1	2	0	1	2
1	Menyambut pasien, memberikan salam, dan memperkenalkan diri									
2	Membaca catatan medis dan memastikan identitas pasien (nama,tanggal lahir, atau no rekam medis)									
3	Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilaksanakan, meminta persetujuan dan kontrak waktu									
4	Memberikan kesempatan pasien untuk bertanya dan memberikan perhatian pada setiap pertanyaan									
5	Komunikasi dengan ibu/pasien selama melakukan tindakan									
6	Mengawali tindakan dengan lafal Basmalah dan mengakhiri tindakan dengan Hamdalah									
7	Mencuci tangan sebelum dan setelah tindakan serta mengeringkan dengan handuk bersih									
8	Menggunakan APD (Alat Pelindung Diri)									
9	Melakukan dekontaminasi alat									
Content										
10	Periksa kembali perut ibu untuk memastikan tak ada bayi lain dalam uterus (hamil tunggal) *)									
11	Beritahukan pada ibu bahwa penolong akan menyuntikkan oksitosin (agar uterus berkontraksi baik)									
12	Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 IU intra muskuler di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin)									
13	Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva									
14	Letakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu ditepi atas simfisis untuk mengobsrvasi kontraksi uterus.Tangan lain menegangkan tali pusat									
15	Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang atas (dorsokranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Jika tidak ada kontraksi setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan stimulasi puting									

	susu.tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur diatas.									
	Mengeluarkan Plasenta									
16	<p>Lakukan penegangan dan dorongan dorsokranial hingga ada tanda-tanda pelepasan plasenta, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti sumbu jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso kranial *)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta ▪ Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Beri dosis ulangan oksitosin 10 unit IM ✓ Lakukan kateterisasi (aseptik) jika kandung kemih penuh ✓ Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan ✓ Ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya <p>Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan segera lakukan plasenta manual.</p>									
17	<p>Saat plasenta muncul di introitu vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpinil kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan.</p> <p><i>Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisi selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT/steril untuk mengeluarkan bagian selaput yang tertinggal.</i></p>									
18	Cek kontraksi dan Rangsangan taktil (masase uterus)									
19	<p>Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras*)</p> <p><i>Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik masase.</i></p>									
	MENILAI PERDARAHAN									
20	<p>Periksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh*)</p> <p>Masukkan plasenta ke dalam tempat khusus.</p>									
21	<p>Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum*)</p> <p>Lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.</p> <p><i>Bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan</i></p>									

	<i>aktif, segera lakukan penjahitan.</i>									
	MELAKUKAN PROSEDUR PASCA PERSALINAN									
22	Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam									
23	Biarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam <ul style="list-style-type: none"> Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusu pertama biasanya berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusu dari satu payudara. Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusu.									
24	Setelah satu jam, lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik profilaksis, dan vitamin K ₁ 1 mg IM di paha kiri anterolateral.									
25	Setelah satu jam pemberian vitamin K ₁ , berikan suntikan imunisasi hepatitis B di paha kanan anterolateral. <ul style="list-style-type: none"> Letakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu bisa di susukan Letakkan kembali bayi pada dada ibu. Bila bayi belum berhasil menyusu di dalam satu jam pertama dan biarkan sampai bayi berhasil menyusu									
	EVALUASI									
26	Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam. <ul style="list-style-type: none"> 2-3 kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pascapersalinan Setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik melakukan asuhan yang sesuai untuk menatalaksana atonia uteri									
27	Anjurkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi									
28	Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah*)									
29	Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan <ul style="list-style-type: none"> Memeriksa temperatur tubuh ibu sekali setiap jam selama 2 jam pertama pasca persalinan Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal									
30	Periksa kembali bayi untuk pastikan bayi bernafas dengan baik (40-60 kali/menit) serta suhu tubuh normal (36,5-37,5)									
31	Kebersihan dan Keamanan									

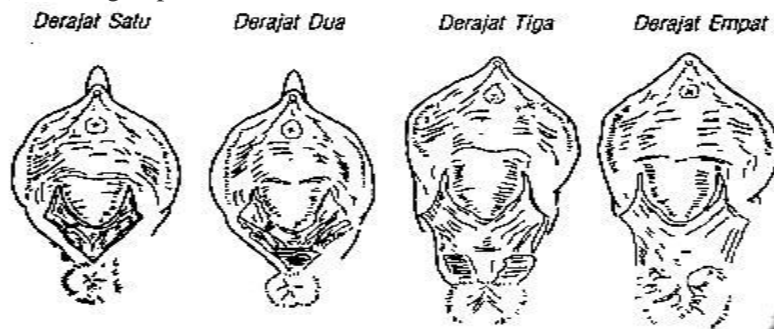
32	Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasikan.												
33	Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai												
34	Bersihkan ibu dengan menggunakan air DTT Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.												
35	Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya												
36	Dekontaminasi tempat berbasalin dengan larutan klorin 0,5%												
37	Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% balikkan bagian dalam keluar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.												
38	Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir												
DOKUMENTASI													
39	Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala IV												
Teknik													
40	Melaksanakan tindakan secara sistematis/berurutan												
41	Melaksanakan tindakan dengan percaya diri, tidak ragu-ragu, kontak mata dan empati												
42	Menjaga privasi pasien dan memperhatikan prinsip pencegahan infeksi												

MENJAHIT PERINEUM

Klasifikasi Ruptur Perineum

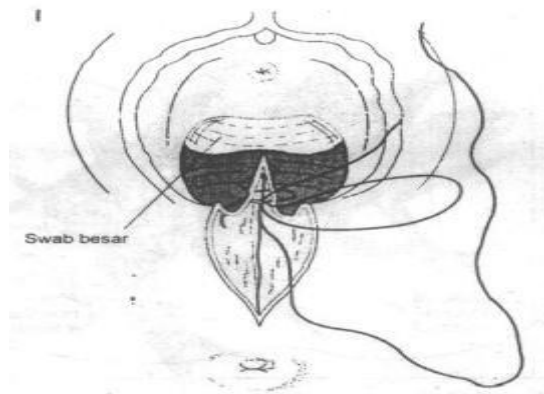
Menurut buku Acuan Asuhan Persalinan Normal (2008), derajat ruptur perineum dapat dibagi menjadi empat derajat, yaitu :

1. Ruptur perineum derajat satu, dengan jaringan yang mengalami robekan adalah :
 - a) Mukosa Vagina
 - b) Komisuraposterior
 - c) Kulit perineum
2. Ruptur perineum derajat dua, dengan jaringan yang mengalami robekan adalah :
 - a) Mukosa Vagina
 - b) Komisuraposterior
 - c) Kulit perineum
 - d) Otot perineum
3. Ruptur perineum derajat tiga, dengan jaringan yang mengalami robekan adalah :
 - a) Sebagaimana ruptur derajat dua
 - b) Otot sfingter ani
4. Ruptur perineum derajat empat, dengan jaringan yang mengalami robekan adalah :
 - a) Sebagaimana ruptur derajat tiga
 - b) Dinding depan rectum

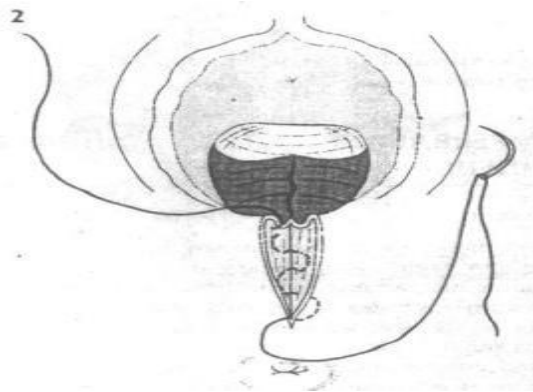


Gambar 2. Tipe-Tipe Episiotomi

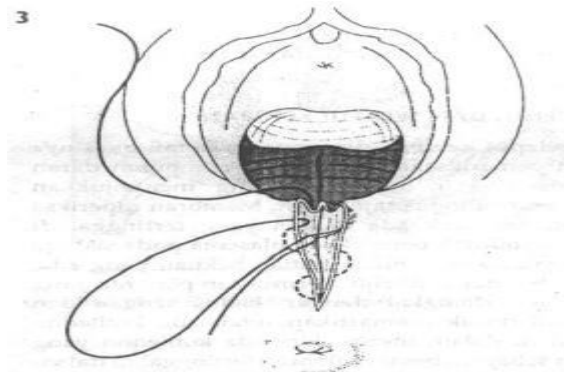
Salah satu metode memperbaiki episiotomi ditunjukkan oleh gambar 2 sampai dengan gambar 5. Perbaikan ini menimbulkan nyeri sangat kecil pasca-operasi, terutama jika digunakan benang jahitan poliglikolik 2/0.



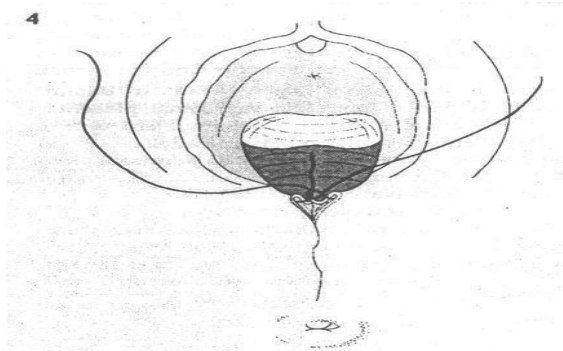
Gambar 3. Jahitan pada Dinding Vagina



Gambar 4. Jahitan Dinding Vagina telah Selesai dan Jahitan Otot Perineum sedang Dilakukan



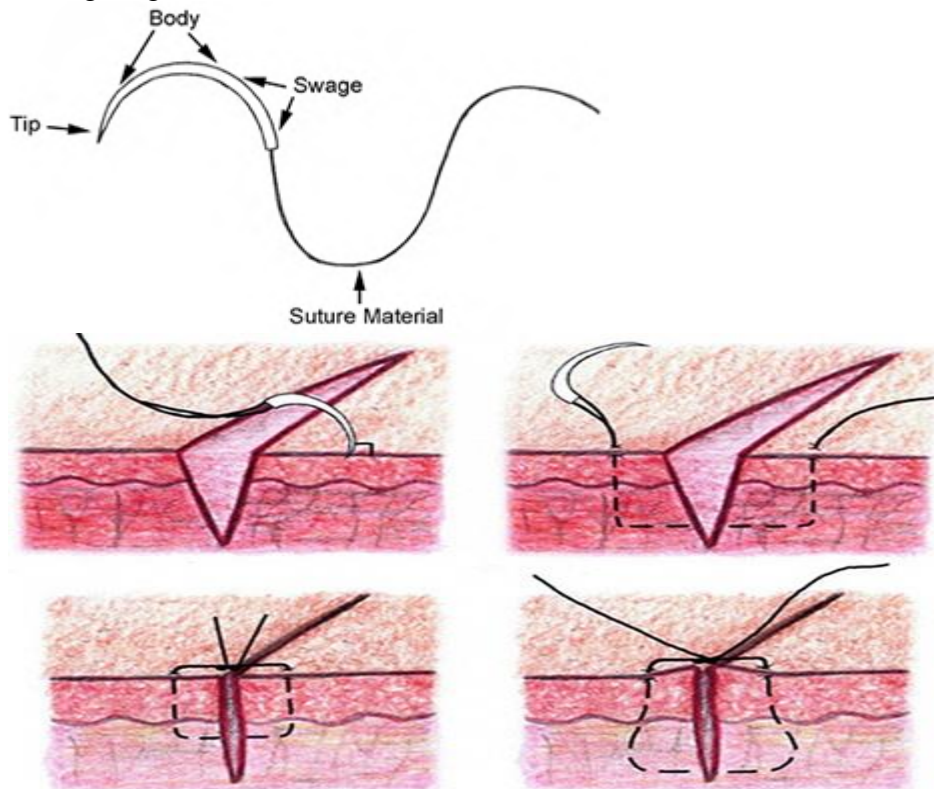
Gambar 5. Jahitan Subkutikula pada Kulit Perineum dimulai dari posterior dan selesai di Himen



Gambar 6. Dua Helai Benang *Catgut* Diikatkan dan Dipotong Pendek. Simpul berada dibawah Mukosa Vagina Sehingga Tidak Kelihatan

Alat-alat yang perlu disiapkan :

- a. Nald voeder/Needle holder
- b. Pinset chirurgical
- c. Gunting benang
- d. Jarum jahit
- e. Benang jahit terbuat dari Seide/Silk (Sutera), Chromic cat gut, Plain cat gut
- f. Doek lobang yang steril
- g. Kasa steril
- h. Sarung tangan steril



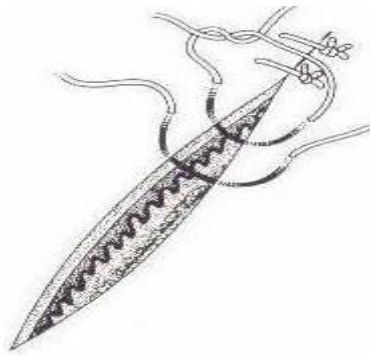
Macam-macam Jahitan Luka

Jenis jahitan dalam pembedahan banyak sekali. Dikenal beberapa jahitan sederhana, yaitu jahitan terputus, jahitan kontinu, dan jahitan intradermal.

1. *Jahitan Terputus (Simple Interrupted Suture)*

Terbanyak digunakan karena sederhana dan mudah. Tiap jahitan disimpul sendiri. Dapat dilakukan pada kulit atau bagian tubuh lain, dan cocok untuk daerah yang banyak bergerak karena tiap jahitan saling menunjang satu dengan lain. Digunakan juga untuk jahitan situasi.

Cara jahitan terputus dibuat dengan jarak kira-kira 1 cm antar jahitan. Keuntungan jahitan ini adalah bila benang putus, hanya satu tempat yang terbuka, dan bila terjadi infeksi luka, cukup dibuka jahitan di tempat yang terinfeksi. Akan tetapi, dibutuhkan waktu lebih lama untuk mengerjakannya.



Gambar 2. Interrupted over and over suture.

2. *Jahitan Matras*

a. Jahitan Matras Horizontal

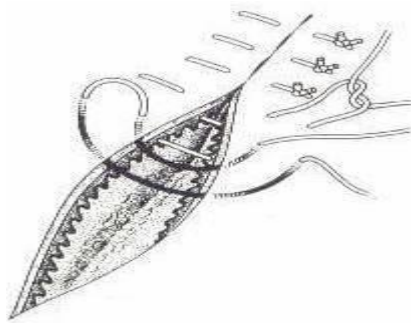
Jahitan dengan melakukan penusukan seperti simpul, sebelum disimpul dilanjutkan dengan penusukan sejajar sejauh 1 cm dari tusukan pertama. Memberikan hasil jahitan yang kuat.



Gambar 3. Interrupted horizontal mattress suture

b. Jahitan Matras Vertikal

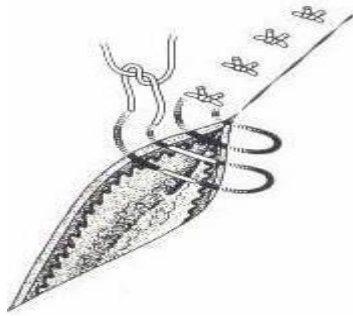
Jahitan dengan menjahit secara mendalam di bawah luka kemudian dilanjutkan dengan menjahit tepi-tepi luka. Biasanya menghasilkan penyembuhan luka yang cepat karena didekatkannya tepi-tepi luka oleh jahitan ini.



Gambar 4. Interrupted vertical mattress suture

c. Jahitan Matras Modifikasi

Modifikasi dari matras horizontal tetapi menjahit daerah luka seberangnya pada daerah subkutannya.



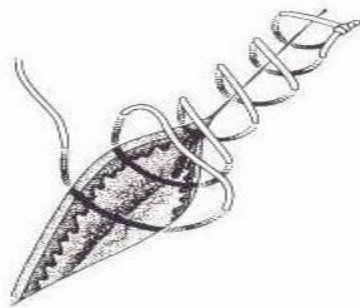
Gambar 5. Interrupted semi-mattress suture

3. *Jahitan Kontinu*

Simpul hanya pada ujung-ujung jahitan, jadi hanya dua simpul. Bila salah satu simpul terbuka, maka jahitan akan terbuka seluruhnya. Jahitan ini jarang dipakai untuk menjahit kulit.

a. Jahitan Jelujur Sederhana (*Continous Over and Over*)

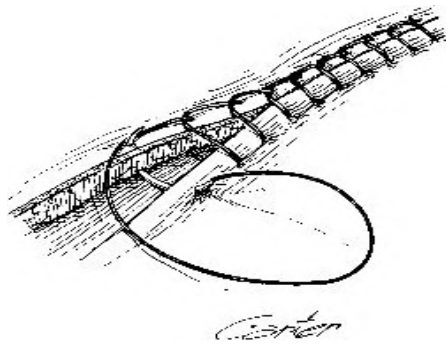
Jahitan ini sangat sederhana, sama dengan kita menjelujur baju. Biasanya menghasilkan hasil kosmetik yang baik, tidak disarankan penggunaannya pada jaringan ikat yang longgar.



Gambar 6. Continuous over and over sutures

b. Jahitan Jelujur Feston (*Interlocking Suture*)

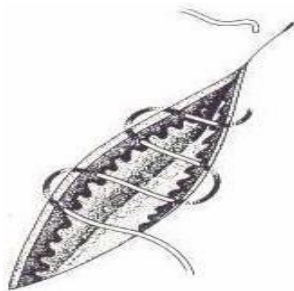
Jahitan kontinyu dengan mengaitkan benang pada jahitan sebelumnya, biasa sering dipakai pada jahitan peritoneum. Merupakan variasi jahitan jelujur biasa.



Gambar 7. Ford suture pattern

c. ***Jahitan Intradermal***

Memberikan hasil kosmetik yang paling bagus (hanya berupa satu garis saja). Dilakukan jahitan jelujur pada jaringan lemak tepat di bawah dermis.



**DAFTAR TILIK
PENJAHITAN PERINEUM**

No	LANGKAH KERJA	Praktikum			BST			BST		
		0	1	2	0	1	2	0	1	2
Sikap dan Perilaku										
1	Menyambut pasien, memberikan salam, dan memperkenalkan diri									
2	Membaca catatan medis dan memastikan identitas pasien (nama,tanggal lahir, atau no rekam medis)									
3	Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilaksanakan, meminta persetujuan dan kontrak waktu									
4	Memberikan kesempatan pasien untuk bertanya dan memberikan perhatian pada setiap pertanyaan									
5	Komunikasi dengan ibu/pasien selama melakukan tindakan									
6	Mengawali tindakan dengan lafal Basmalah dan mengakhiri tindakan dengan Hamdalah									
7	Mencuci tangan sebelum dan setelah tindakan serta mengeringkan dengan handuk bersih									
8	Menggunakan APD (Alat Pelindung Diri)									
9	Melakukan dekontaminasi alat									
Konten										
10	Dekatkan ke tempat yang mudah di jangkau.									
11	Mempersiapkan penjahitan <ul style="list-style-type: none"> • Posisi litotomi atau posisi ibu sebaiknya dipinggir/sisi tempat tidur. • Tempatkan pengalas bersih dibawah bokong • Tempatkan lampu. 									
12	Penolong memakai celemek/skort.									
13	Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir lalu keringkan dengan handuk kering dan bersih									
14	Duduk dengan posisi santai,nyaman <input type="checkbox"/> luka bisa dengan mudah dilihat & dikerjakan.									
15	Pakai sarung tangan yang benar.									
16	Bersihkan perineum dengan larutan antiseptic. Seka dengan kasa DTT : vulva, vagina dan perineum bersihkan darah yang ada sambil menilai dalam dan luasnya luka. Periksa perineum, vagina, servix secara lengkap <input type="checkbox"/> pastikan derajat laserasi hanya 1,2 tidak 3,4 <input type="checkbox"/> masukkan jari bersarung tangan kedalam anus deangan hati-hati, angkat jari tersebut pelan untuk mengidentifikasi sfingter ani, raba tonus/ketegangan sfingter. Jika sfingter terluka (derajat 3,4) dan terjadi laserasi servix <input type="checkbox"/>									

	rujuk.													
17	Ganti sarung tangan DTT/Steril													
18	Jelaskan pada ibu apa yang akan dilakukan dan bantu ibu merasa santai.													
19	Jika ada perdarahan yang terlihat menutupi luka episiotomi, pasang tampon ke dalam vagina. (<i>sebaiknya tampon yang bertali</i>)													
20	Tempelkan jarum ukuran 22 sepanjang 4 cm dalam spuit. Isi spuit dengan lidokain 1% sebanyak 10 cc. Lakukan aspirasi													
21	Letakkan 2 jari dalam vagina sepanjang garis insisi.													
22	Tusukkan jarum keujung/pojok laserasi/sayatan lalu tarik jarum sepanjang tepi luka (kearah bawah di antara mukosa dan kulit perineum)													
23	Aspirasi, jika ada darah waktu aspirasi tarik jarum seluruhnya dan lakukan penyuntikan ditempat lain*) KEY POINT : Jika lidokain masuk didalam pembuluh darah, bisa menyebabkan gangguan denyut jantung (tidak teratur), menyebabkan kejang dan bisa terjadi kematian pada ibu.													
24	Suntikkan anastesi sejajar dengan permukaan luka saat jarum suntik ditarik perlahan-lahan.													
25	Tarik jarum hingga bawah tempat dimana jarum disuntikkan.													
26	Arahkan jarum ke daerah di atas tengah luka dan tusukkan jarum keujung/pojok laserasi/sayatan lalu tarik jarum sepanjang tepi luka (kearah bawah diantara mukosa dan kulit perineum) , aspirasi.													
27	Suntikkan anastesi sejajar dengan permukaan luka saat jarum suntik ditarik perlahan-lahan.													
28	Tusukkan jarum untuk ketiga kalinya seperti nampak digambar, tusukkan jarum keujung/pojok laserasi/sayatan lalu tarik jarum sepanjang tepi luka (kearah bawah diantara mukosa dan kulit perineum) , aspirasi. (<i>Bila robekan besar dan dalam, anastesi daerah bagian dalam robekan-alur suntikan anastesi akan berbentuk seperti kipas tepi perineum dalam luka dan tepi mukosa vagina.</i>)													
29	Suntikkan anastesi sejajar dengan permukaan luka saat jarum suntik ditarik perlahan-lahan. Sehingga 3 garis disatu sisi luka mendapatkan anastesi lokal. Ulangi proses ini disisi lain dari luka tersebut. Setiap sisi luka memerlukan ± 5 ml lidokain 1% untuk mendapatkan anastesi yang cukup.													
30	Tunggu 2 menit dan cubit sisi luka dengan pinset, jika ibu merasa ketika di cubit, tunggu 2 menit, lalu tes di ulangi.													
31	Siapkan jarum (batangnya bulat) dan benang (kromik 2-0/3-0). Jika menggunakan benang biasa/yang tidak bisa diserap, pakailah jahitan putus-putus dengan metode satu lapisan. Jahitan yang tidak bisa diserap harus diambil setelah luka sembuh sepenuhnya. Tempatkan jarum pada pemegang jarum dengan sudut 90° dan jepit jarum.													
	PENJAHITAN													
32	Telusuri hati-hati dengan satu jari, untuk secara jelas menentukan batas luka (nilai kedalaman luka dan lapisan jaringan mana), Dekatkan tepi luka untuk menentukan bagaimana cara menjahitnya menjadi satu dengan mudah *)													

33	Tutup mukosa vagina dengan jahitan jelujur, jahit ke bawah ke arah cincin himen. Buat jahitan pertama ± 1 cm diatas ujung laserasi dibagian dalam vagina, setelah tusukan pertama buat ikatan dan potong benang yang bebas (ujung benang tanpa jarum) hingga tersisa ± 1 cm*)								
34	Bila robekan yang terjadi sangat dalam - Lepaskan jarum dr benang - Ambil benang baru dan pasang pada jarum - Buat jahitan terputus pada robekan bagian dalam untuk menghindari rongga bebas/deaad space. - Gunting sisa benang - Pasang kembali jarum pada benang jahitan jelujur semula.								
35	Tepat sebelum cincin himen masukkan jarum ke dalam mukosa vagina lalu ke bawah, cincin himen sampai jarum ada dibawah luka, perhatikan seberapa dekat jarum ke puncak luka. <i>Bila menggunakan benang plain cat gut buat simpul mati pada jahitan jelujur dibelakang lingkaran himen.</i>								
36	Teruskan ke arah bawah tapi tetap pada luka menggunakan jahitan jelujur hingga mencapai bagian bawah luka pastikan bahwa jarak setiap jahitan sama dan otot yang terluka telah dijahit. Jika laserasi meluas kedalam otot mungkin perlu untuk melakukan satu/dua lapis jahitan terputus-putus untuk menghentikan perdarahan /mendekatkan jaringan tubuh secara efektif.								
37	Setelah mencapai ujung luka, arahkan jarum kanan-kiri ke arah atas jaringan subkutis hingga tepat dimuka lingkaran himen untuk menutupi lapisan sub kutikuler (gunakan jarum untuk otot *) KEY POINT Jahitan ini akan menjadi jahitan lapis kedua. Periksa lubang bekas jarum.Jahitan lapis kedua ini akan meninggalkan luka yang tetap terbuka berukuran 0,5 cm /kurang.Luka ini akan menutup dengan sendirinya pada saat penyembuhan luka.								
38	Tusukkan jarum dari luka perineum ke dalam vagina, jarum harus keluar dari belakang cincin himen.								
39	Ikut benang dengan membuat simpul dalam vagina. Potong ujung benang dan sisakan sekitat 1,5 cm jika ujung benang dipotong*) KEY POINT Jika ujung benang dipotong terlalu pendek, simpul akan longgar dan laserasi akan membuka.								
40	Bila menggunakan tampon atau kasa didalam vagina, keluarkan tampon/kasa.								
41	Dengan lembut memasukkan jari paling kecil kedalam anus/rectum dan raba dinding atas rectum (<i>Bila teraba jahitan, ganti sarung tangan dan lakukan penjahitan ulang</i>). ulangi pemeriksaan rektum enam minggu pasca jika penyembuhan belum sempurna (misalkan jika ada fistula roktovaginal atai jika ibu melaporkan inkotensia alvi atau feces) ibu segera dirujuk.								
42	Nasehati ibu agar : • Cuci darah genital dengan lembut dengan menggunakan sabun dan air DTT, kemudian keringkan dengan kasa steril. • Kembali untuk kunjungan tindak lanjut setelah 1 minggu untuk pemeriksaan jahitan dan rectum (<i>rujuk kedokter jika terjadi fistula</i>)								
Teknik									

43	Melaksanakan tindakan secara sistematis/berurutan								
44	Melaksanakan tindakan dengan percaya diri, tidak ragu-ragu, kontak mata dan empati								
45	Menjaga privasi pasien dan memperhatikan prinsip pencegahan infeksi								

**DAFTAR TILIK
ASUHAN PERSALINAN NORMAL 60 LANGKAH**

NO	KEGIATAN	Praktikum			BST			BST		
		0	1	2	0	1	2	0	1	2
SIKAP DAN PERILAKU										
1	Menyambut pasien, memberikan salam, dan memperkenalkan diri									
2	Membaca catatan medis dan memastikan identitas pasien (nama,tanggal lahir, atau no rekam medis)									
3	Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilaksanakan, meminta persetujuan dan kontrak waktu									
4	Memberikan kesempatan pasien untuk bertanya dan memberikan perhatian pada setiap pertanyaan									
5	Komunikasi dengan ibu/pasien selama melakukan tindakan									
6	Mengawali tindakan dengan lafal Basmalah dan mengakhiri tindakan dengan Hamdalah									
7	Mencuci tangan sebelum dan setelah tindakan serta mengeringkan dengan handuk bersih									
8	Menggunakan APD (Alat Pelindung Diri)									
9	Melakukan dekontaminasi alat									
KONTEN										
I	MELIHAT TANDA DAN GEJALA KALA II									
10	Mendengarkan dan melihat adanya tanda persalinan Kala II :									
	a. Ibu mempunyai dorongan kuat untuk mengejan									
	b. Ibu merasa ada tekanan pada anus									
	c. Perineum menonjol									
	d. Vulva dan anus membuka									
II	MENYIAPKAN PERALATAN									
11	Memastikan kelengkapan alat pertolongan persalinan, dan menatalaksana komplikasi ibu dan bayi baru lahir.									

	Untuk asfiksia : tempat datar dan keras, 2 kain dan 1 handuk bersih dan kering, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi :													
	a. Menggelar kain di atas perut ibu, tempat resusitasi dan ganjal bahu bayi													
	b. Menyiapkan oksitosin 10 IU dan alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set													
12	Pakai celemek plastic													
13	Lepaskan dan simpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering													
14	Pakai sarung tangan DTT untuk melaksanakan periksa dalam													
15	Masukkan oksitosin ke dalam spuit (gunakan sarung tangan yang memakai sarung tangan DTT dan steril (pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik)													
III	MEMASTIKAN PEMBUKAAN LENGKAP DAN KEADAAN JANIN BAIK													
16	Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kassa yang dibasahi air DTT													
	<input type="checkbox"/> Jika introitus vagina, perineum, atau anus terkontaminasi tinja, bersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang													
	<input type="checkbox"/> Buang kapas atau kassa pembersih (terkontaminasi)dalam wadah yang tersedia													
	<input type="checkbox"/> Ganti sarung tangan jika terkontaminasi(dekontaminasi, lepaskan dan rendam dalam larutan klorin 0,5 %).													
17	Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap*)													
	.. Bila selaput ketuban dalam pecah dan pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniotomi													
18	Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5 % kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan													

19	Periksa DJJ setelah kontraksi/saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160x/menit)*)																		
	... Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal																		
	<input type="checkbox"/> Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya dalam partograf																		
IV	MENYIAPKAN IBU DAN KELUARGA UNTUK MEMBANTU PROSES BIMBINGAN MENERAN																		
20	Beritahukan bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan Bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.																		
	<input type="checkbox"/> Tunggu hingga timbul rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada																		
	<input type="checkbox"/> Jelaskan pada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu untuk meneran secara benar.																		
21	Minta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran. (bila ada rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, Bantu ibu ke posisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman)																		
22	Laksanakan bimbingan meneran pada sat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran :																		
	<input type="checkbox"/> Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif																		
	<input type="checkbox"/> Dukung ibu dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai																		
	... Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu lam)																		
	<input type="checkbox"/> Anjurkan ibu beristirahat di antara kontraksi																		
	<input type="checkbox"/> Anjurkan kelurga memberi dukungan dan semangat untuk ibu																		

	<input type="checkbox"/> Berikan cukup asupan cairan per oral (minum)																			
	.. Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai																			
	<input type="checkbox"/> Segera rujuk jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah 120 menit (2 jam) meneran pada primigravida dan 60 menit (1 Jam) meneran pada multigravida																			
23	Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalm 60 menit.																			
V	PERSIAPAN PERTOLONGAN KELAHIRAN BAYI																			
24	Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm																			
25	Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu																			
26	Buka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan																			
27	Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan																			
VI	PERSIAPAN PERTOLONGAN KELAHIRAN BAYI																			
Lahirnya kepala																				
28	Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan sambil bernafas cepat dan dangkal*)																			
29	Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera lanjutkan proses kelahiran bayi																			
	.. Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala janin Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong diantara dua klem tersebut																			
30	Tunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan*)																			
Lahirnya bahu																				

31	Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secar biparietal. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis dan kemudian gerakkan arkus pubis dan kemudian gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang*)													
Lahirnya badan dan tungkai														
32	Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah kearah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.													
33	Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki *) (masukkan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya)													
VII PENANGANAN BAYI BARU LAHIR														
34	Lakukan penilaian (selintas) *)													
	<input type="checkbox"/> Apakah bayi menangis kuat dan /atau bernapas kesulitan?													
	<input type="checkbox"/> Apakah bayi bergerak dengan aktif ?													
	<i>Jika bayi tidak menangis, tidak bernafas atau megap-megap segera lakukan tindakan resusitasi (langkah ini berlanjut ke langkah prosedur resusitasi BBL dengan asfiksi)</i>													
	Bacakan do'a untuk bayi baru lahir (<i>allahumma barikllahu/ha</i>)													
35	Keringkan dan posisikan tubuh bayi di atas perut ibu :													
	<input type="checkbox"/> Keringkan bayi mulai dari muka, kepala dan bagiantubuh lainnya (tanpa membersihkan verniks) kecuali bagian tangan.													
	<input type="checkbox"/> Ganti handuk basah dengan handuk kering													
	<input type="checkbox"/> Pastikan bayi dalam kondisi mantap di atas perut ibu.													
36	Periksa kembali perut ibu untuk memastikan tak ada bayi lain dalam uterus (hamil tunggal)*)													
37	Beritahukan pada ibu bahwa penolong akan menyuntikkan oksitosin (agar uterus berkontraksi baik)													

38	Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 IU intra muskuler di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin)									
39	Dengan menggunakan klem, jepit tali pusat (dua menit setelah bayi lahir) pada sekitar 3 cm dari pusar (umbilicus) bayi. Dari sisi luar klem penjepit, dorong isi tali pusat ke arah distal(ibu) dan lakukan penjepitan kedua pada 2 cm distal dari klem pertama.									
40	Pemotongan dan pengikatan tali pusat									
	<input type="checkbox"/> Dengan satu tangan, angkat tali pusat yang telah dijepit kemudian lakukan pengguntingan tali pusat (lindungi perut bayi) di antara 2 klem tersebut.									
	<input type="checkbox"/> Ikat tali pusat dengan benang DTT / steril pada satu sisi kemudian lingkarkan kembali benang ke sisi berlawanan dan lakukan ikatan kedua menggunakan dengan simpul kunci.									
	<input type="checkbox"/> Masukkan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan									
41	Tempatkan bayi untuk melakukan kontak kulit ibu ke kulit bayi. Letakkan bayi dalam posisi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel dengan baik di dinding dada-perut ibu. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu.									
42	Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi.									
VIII	PENATALAKSANAAN AKTIF KALA III									
43	Pindahkan Klem Pada Tali Pusat hingga jarak 5-10 cm dari vulva									
44	Letakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu, ditepi atas simfisis untuk mendeteksi adanya janin lain. Tangan lain menegangkan tali pusat.									
45	Setelah uterus berkontraksi tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang – atas (dorso kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). *) Jika plasenta tidak lahir segera 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur di atas.									
	<input type="checkbox"/> Jika uterus tidak segera berkontraksi minta suami, ibu atau anggota keluarga untuk menstimulus puting susu.									

Mengeluarkan plasenta									
46	Lakukan penegangan dan dorongan dorso cranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso cranial).								
	<input type="checkbox"/> Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta.								
	<input type="checkbox"/> Jika plasenta tidak lepas selama 15 menit menegangkan tali pusat :								
	1. beri dosis ulang oksitosin 10 IU intra muskuler								
	2. lakukan kateterisasi (aseptik) jika kandung kemih penuh								
	3. minta keluarga menyiapkan rujukan								
	4. ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya								
5. segera rujuk jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir									
6. jika terjadi perdarahan lakukan plasenta manual.									
47	Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan.								
	<input type="checkbox"/> Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan bagian selaput yang tertinggal.								
Rangsangan taktil (masase) uterus									
48	Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras*)								
	<input type="checkbox"/> Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik melakukan rangsangan taktil/ masase.								
IX	MENILAI PERDARAHAN								
49	Periksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bagian bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta ke dalam kantong plastik atau tempat khusus*)								

50	Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan*)													
Bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif, segera lakukan penjahit														
X	MELAKUKAN ASUHAN PASCA PERSALINAN													
51	Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam*)													
52	Beri cukup waktu untuk melakukan kontak kulit ibu-bayi (di dada ibu paling sedikit 1 jam)													
	<input type="checkbox"/> Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30- 60 menit. Menyusu pertama biasanya berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusui dari satu payudara saja.													
53	Lakukan penimbangan/ bayi beri tetes mata antibiotik profilaksis dan Vit K 1mg intramuskuler di paha kiri anterolateral setelah satu jam kontak kulit ibu-bayi.													
54	Berikan suntikan imunisasi Hep B (setelah 1 jam pemberian Vit K) di paha kanan anterolateral.													
	<input type="checkbox"/> Letakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu bisa disusukan													
	Letakkan kembali bayi pada dada ibu, jika bayi belum berhasil menyusui di dalam satu jam pertama dan biarkan sampai bayi berhasil menyusui.													
Evaluasi														
55	Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam													
	... 2-3 kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan													
	Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan													
	<input type="checkbox"/> Setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan													
	<input type="checkbox"/> Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, melakukan asuhan yang sesuai untuk menatalaksana atonia uteri.													
56	Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uteri dan menilai kontraksi													
57	Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah*)													

	Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua persalinan.									
58	<input type="checkbox"/> Memeriksa temperatur tubuh ibu sekali setiap jam selama 2 jam pasca persalinan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59	Periksa kembali kondisi bayi untuk memastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60x/ menit) serta suhu tubuh normal (36,5-37,5)									
Kebersihan dan keamanan										
60	Tempatkan alat bekas pakai dalam larutan klorin 0,5 % untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.									
61	Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai									
62	Bersihkan badan ibu menggunakan air DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.									
63	Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.									
64	Dikontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.									
65	Mengajak ibu untuk membaca do'a setelah melahirkan									
Dokumentasi										
66	Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala IV.									
TEKNIK										
67	Melaksanakan tindakan secara urut dan sistematis									
68	Melaksanakan tindakan dengan percaya diri dan tidak ragu-ragu									
69	Menjaga privasi klien									

DAFTAR TILIK PENGISIAN PARTOGRAF

Pengertian partograf adalah alat bantu digunakan selama persalinan dan merupakan informasi dalam membuat keputusan klinik.

Tujuan :

- a. Memantau kemajuan persalinan
- b. Mengetahui apakah persalinan berjalan normal atau tidak

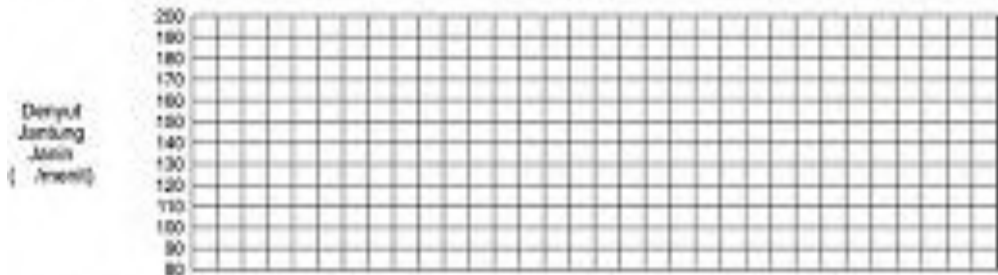
Pelaksanaan :

Partograf digunakan untuk semua ibu, semua tempat dan semua persalinan baik fisiologis/patologis dan secara rutin oleh semua penolong persalinan. Pencatatan dalam partograf dilakukan ketika persalinan memasuki kala I fase aktif dan digunakan sampai kala IV. Gambar disamping ini merupakan halaman depan partograf.. Observasi dimulai pada fase aktif persalinan. Di halaman tersebut terdapat lajur dan kolom untuk mencatat hasil-hasil pemeriksaan selama fase aktif persalinan, yaitu :

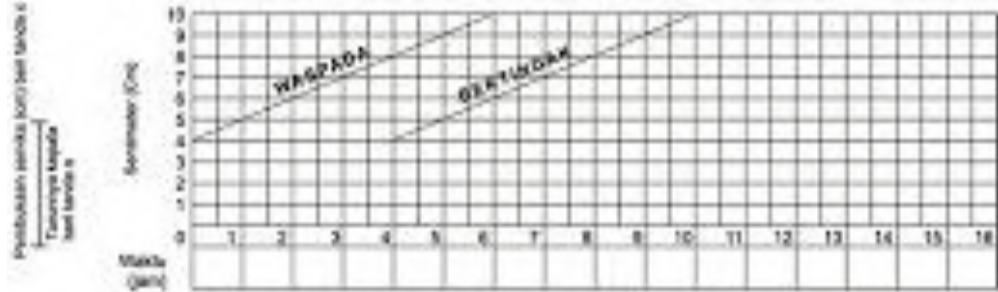
1. Informasi tentang ibu : nama, umur, GPA (gravida, para, abortus), nomor catatan medik/nomor puskesmas, tanggal dan waktu mulai dirawat , waktu pecahnya selaput ketuban.
2. Kondisi Janin : Denyut Jantung Janin (DJJ), warna dan adanya air ketuban, penyusupan (molase) kepala janin.
3. Kemajuan Persalinan : pembukaan serviks, penurunan bagian terbawah atau presentasi janin, garis waspada dan garis bertindak.
4. Jam dan Waktu : waktu mulai fase aktif persalinan, waktu aktual saat pemeriksaan atau penilaian.
5. Kontraksi uterus : frekuensi kontraksi dalam waktu 10 menit,lama kontraksi (dalam detik)
6. Obat-obatan dan cairan yang diberikan : oksitosin, obat-obatan lainnya dan cairan IV yang diberikan.
7. Kondisi Ibu : nadi, tekanan darah dan temperatur tubuh, urin (volume, aseton atau protein)
8. Asuhan, pengamatan dan keputusan klinik lainnya.

PARTOGRAF

No. Register Nama Ibu : _____ Unsur : _____ G. _____ P. _____ A. _____
 No. Puskesmas Tanggal : _____ Jam : _____ Alamat : _____
 Ketuban pecah Sejak jam _____ rutea sejak jam _____

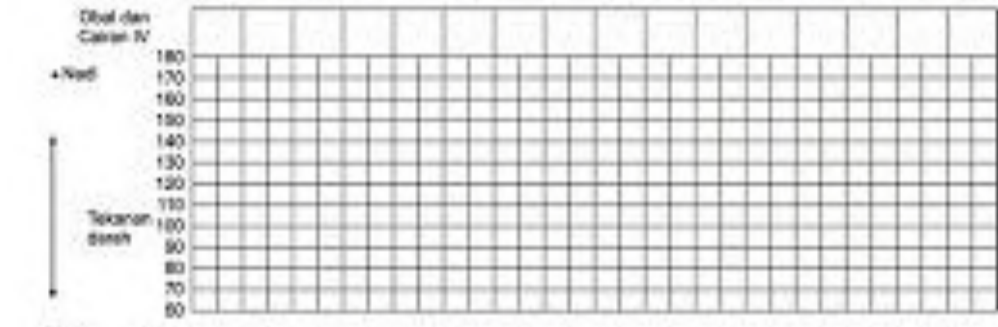


Air ketuban Penyusutan



Ketuban < 20.4
 Rap > 40.2
 11 menit < 1

Ditakladi UH teleferansi



Suhu °C

Unit { Protein
 Kalsium
 Volume

DAFTAR PENCALAMAN

- Tanggal
- Nama Ibu
- Nama Perawat/ Bidan
 - Klinik Ibu Puskesmas
 - RUMAH SAKIT Rumah sakit
 - RUMAH SAKIT Lainnya
- Alamat tempat persalinan
- Cesarian Tidak, kala I + II + III + IV
- Alasan mengapa
- Tempat tinggal
- Pembantu persalinan saat hamil
 - Bidan Teman
 - Buaya Dukun
 - Keluarga Tidak ada

KALA I

- Perasaan menjelang persalinan : Y/T
- Masa durasi, refleks
- Perubahan keadaan masalah T/B
- Hasinya

KALA II

- SPERMOH :
 - T/B, tidak
 - Tidak
- Pembantu persalinan saat persalinan
 - Teman Lemah Tidak ada
 - Buaya Dukun
- Aspek lain :
 - T/B, tindakan yang dilakukan
 - a. _____
 - b. _____
 - c. _____
 - Tidak
- Deliver table
 - T/B, tindakan yang dilakukan
 - a. _____
 - b. _____
 - c. _____
 - Tidak
- Masa durasi, refleks
- Perubahan keadaan masalah masalah
- Hasinya

KALA III

- Lama kala III _____ menit
- Pembantu persalinan kala III
 - Ya, teman _____ menit setelah persalinan
 - Tidak, teman
- Pembantu persalinan kala III ?
 - Ya, teman
 - Tidak
- Pembantu persalinan kala III ?
 - Ya, _____
 - Tidak, teman

PENCATATAN PERALIHAN KALA II

Jam ke	Waktu	Keadaan Ibu	Nota	Tempat tidur	Kondisi jalan	Keadaan jalan	Keadaan jalan	Perawatan
I								
II								

Masa durasi : _____
 Perubahan keadaan masalah masalah : _____
 Hasinya : _____

Berbeda dengan pengisian halaman depan (harus segera diisi disetiap akhir pemeriksaan), pengisian data di lembar belakang partograf baru dilengkapi setelah seluruh proses persalinan selesai. Informasi pada halaman belakang partograf meliputi unsur-unsur : data dasar, Kala I, kala II, Kala III, Kala IV, dan Bayi Baru lahir. Pada pencatatan Kala I maupun II tulis masing-masing lamanya kala persalinan.

DAFTAR TILIK PENGISIAN PARTOGRAF

NO	Langkah kerja	Praktikum			BST			BST		
		0	1	2	0	1	2	0	1	2
1	Menulis nama ibu Menulis umur ibu Menulis riwayat kehamilan (GPA)									
2	Menulis mulai kontraksi (kencang-kenceng) teratur atau mules Menulis ketuban sudah pecah atau belum Menulis tanggal datang dan jam									
3	Menulis hasil observasi detak jantung janin (DJJ)									
4	Menulis hasil pemeriksaan air ketuban dan mencatat hasilnya									
5	Menulis hasil pemeriksaan penyusupan kepala dan mencatat hasilnya									
6	Menulis hasil pemeriksaan pembukaan serviks, penurunan kepala									
7	Menulis hasil pemeriksaan tanda-tanda vital ibu									
8	Menulis hasil pemeriksaan urine									
9	Menuliskan rangkuman kala I									
10	Menuliskan rangkuman kala II									
11	Menuliskan rangkuman kala III									
12	Menuliskan rangkuman BBL									
13	Menuliskan hasil pemantauan kala IV									

ASKEB IBU BERSALIN DI.....

Nama Ibu :	Nama Suami :
Umur :	Umur :
Suku/ Keb :	Suku/ Keb :
Agama :	Agama :
Pendidikan :	Pendidikan :
Pekerjaan :	Pekerjaan :
Alamat :	Alamat :
Tanggal/jam masuk :	
Tanggal jam Pengkajian :	
Cara masuk :	
IRJ (Instalasi Rawat Jalan)	
IRD (Instalasi Rawat Darurat)	

A	SUBJEKTIF
1	Keluhan Utama / Alasan masuk kamar bersalin :.
2	<p>Tanda-tanda persalinan</p> <p>a. Kontraksi: sejak tanggal: Pukul : teratur, seberapa sering?</p> <p>b. Pengeluaran Pervaginam : 1) Darah Lendir : ada/ tidak ada 2) Selaput Ketuban: Pecah/ belum, Jumlah : Warna : Kapan pecah : 3) Lendir darah : ada/ tidak ada, Jumlah : Warna : Apakah ada bercak/darah segar selain lendir darah</p>
3	Riwayat kehamilan sekarang
a	<p>ANC: teratur/ tidak, frekuensi: kali di :</p> <p>1) <i>Penting untuk mengeksplorasi faktor resiko obstetrik</i> 2) <i>Dapatkan nilai laboratorium terakhir (Hb)</i> 3) <i>Medikasi dan penanganan medis terakhir</i> 4) <i>Evaluasi perjalanan kehamilannya (Tekanan darah, tinggi fundus, dan pertambahan berat badan)</i> 5) <i>Memperkirakan ukuran bayi</i> 6) <i>Pernah ada masalah selama kehamilannya ? (perdarahan, HT)</i></p>
b	<p>Keluhan lain</p> <p>Hamil Muda : <input type="checkbox"/> Mual <input type="checkbox"/> Muntah <input type="checkbox"/> Perdarahan <input type="checkbox"/> Lain-lain :</p> <p>Hamil Tua : <input type="checkbox"/> Pusing <input type="checkbox"/> Sakit Kepala <input type="checkbox"/> Perdarahan <input type="checkbox"/> Lain-lain :</p>
c	Pergerakan janin dalam 24 jam terakhir
d	<p>Makan dan minuman terakhir pukul : Jenis makanan : <i>Tentukan status nutrisi/hidrasi</i></p>
e	<p>Buang air besar terakhir : Buang air kecil terakhir : Apakah ada kesulitan :</p>
f	Tidur :

4	Riwayat Perkawinan : Status perkawinan : <input type="checkbox"/> Kawin <input type="checkbox"/> Belum kawin <input type="checkbox"/> Janda/Duda Jumlah Perkawinan : <input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> >2x Usia Perkawinan : Thn								
5	Riwayat Menstruasi Umur menarche : 12 thn, lamanya haid 7 hari, jumlah darah haid :kali ganti pembalut HPHT : .5 -3 -2011. TP/HPL : 12-12-2011. <input type="checkbox"/> Dismenorrhoe <input type="checkbox"/> Spotting <input type="checkbox"/> Menorrhagia <input type="checkbox"/> Metrorrhagia <input type="checkbox"/> Pre menstruasi syndrome								
6.	Riwayat Kehamilan Persalinan Dan Nifas Yang Lalu								
	Hami l ke	Tgl, thn lahir	Jenis persalina n	Umur Hamil	Jenis Persalina n	Penolong Persalinan	Penyuli t	Jenis Kelamin /keadaan/ Berat Lahir	Keadaan Anak Sekarang
	<i>Primigravida, Grandmultipara kecenderungan persalinan lebih lama</i> <i>Multigravida kecenderungan persalinan lebih cepat</i>								
	<i>Apakah ada masalah selama persalinan sebelumnya?</i> <i>Apakah pernah SC atau forcep</i> <i>Catat riwayat inkompetensia serviks</i> <i>Catat pembedahan obstetrik terdahulu (Seksio sesaria)</i>								
	<i>Berat badan bayi paling besar yang pernah dilahirkan oleh ibu?</i> <i>Yakinkan bahwa panggul cukup adekuat untuk besar bayi yang akan dilahirkan pervaginam</i>								
	<i>Apa ibu mempunyai bayi bermasalah pada kehamilan/persalinan sebelumnya?</i>								

	<i>Yakinkan tidak ada IUGR/sungsang/malpresentasi</i>
7	<p>Riwayat Penyakit Yang Lalu / Operasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pernah dirawat : Ya / Tidak , Kapan....., Dimana.....jenis kasus/penyakit.... • Pernah dioperasi : Ya / Tidak , Kapan....., Dimana.....jenis kasus/penyakit.... <p><i>Pembedahan terdahulu yang mempengaruhi persalinan</i> <i>riwayat reaksi anestesi</i></p>
12	<p>Riwayat Penyakit Keluarga :</p> <p><input type="checkbox"/> Kanker <input type="checkbox"/> Penyakit Hati <input type="checkbox"/> Hipertensi <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Penyakit Ginjal <input type="checkbox"/> Penyakit Jiwa <input type="checkbox"/> Kelainan Bawaan <input type="checkbox"/> Hamil Kembar <input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> Epilepsi <input type="checkbox"/> Alergi <input type="checkbox"/> Lain-lain :</p> <p><i>Catat masalah medik kronis</i> <i>Riwayat tranfusi dan reaksinya</i></p>
13	Pengetahuan pasien (hal-hal yang belum jelas bagi pasien)
14	Mengkaji Riwayat Sosial Ekonomi (kebutuhan akan dukungan)
15	<p>Riwayat Gynekologi</p> <p><input type="checkbox"/> Infertilitas <input type="checkbox"/> Infeksi Virus <input type="checkbox"/> PMS <input type="checkbox"/> Cervicitis Cronis <input type="checkbox"/> Endometriosis <input type="checkbox"/> Myoma <input type="checkbox"/> Polip Servix <input type="checkbox"/> Kanker Kandungan <input type="checkbox"/> Operasi kandungan <input type="checkbox"/> Perkosaan <input type="checkbox"/> Lain-lain :</p>
16	<p>Riwayat KB</p> <p>Metode KB yang pernah dipakai : Pasang th.....Lepas th.... Pasang th.....Lepas th.... Pasang th.....Lepas th....</p> <p>Komplikasi dari KB : <input type="checkbox"/> Perdarahan <input type="checkbox"/> PID / Radang Panggul <input type="checkbox"/> Lain-lain :</p>
17	<p>Pola Makan / Minum / Eliminasi / Istirahat / Psikososial</p> <p>Pola makan : kali/hari</p> <p>Pola minum : cc/hari ; <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Obat-obatan / jamu <input type="checkbox"/> Kopi <input type="checkbox"/> Lain-lain:</p> <p>Pola eliminasi : BAK : cc/hari ; warna : BAB : kali/hari ; karakteristik :</p> <p>Pola istirahat : Tidur : jam/hari</p> <p>Psikososial : Penerimaan klien terhadap kehamilan ini : <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Negatif</p>

	Social support dari : <input type="checkbox"/> Suami <input type="checkbox"/> Orang tua <input type="checkbox"/> Mertua <input type="checkbox"/> Keluarga lain
18	Mengkaji kondisi psikologis ibu hamil : kekhawatiran-kekhawatiran, rasa takut, stress, ketidaknyamanan, cemas, kemarahan
B	OBJEKTIF
19	Pemeriksaan Umum: Keadaan umum : ; Kesadaran : ; BB / TB : kg / cm TD : mmHg ; Nadi : x/mnt ; Suhu : °C ; Pernapasan : x/mnt
20	Pemeriksaan Fisik Mata : <input type="checkbox"/> Conjunctiva merah <input type="checkbox"/> Conjunctiva Pucat <input type="checkbox"/> Sklera ikteric <input type="checkbox"/> Pandangan kabur Payudara : <input type="checkbox"/> Pengeluaran ASI <input type="checkbox"/> Puting datar/masuk <input type="checkbox"/> Puting susu menonjol <input type="checkbox"/> Lain-lain
21	Abdomen: Bekas luka : ada/ tidak ada Pembesaran perut: Asites : ada/ tidak ada Membesar dengan arah memanjang / melebar <input type="checkbox"/> Linea Alba <input type="checkbox"/> Linea Nigra Striae livide <input type="checkbox"/> Striae albican <input type="checkbox"/> Luka bekas operasi <input type="checkbox"/> Lain-lain : Nyeri tekan <input type="checkbox"/> Cekungan pada perut Palpasi menurut Leopold: Leopold I : TFU : Leopold II : Puka / Puki Leopold III : Presentasi : Kep / Bok Leopold IV : Kisaran Berat Janin : gram J x/mnt <input type="checkbox"/> teratur <input type="checkbox"/> tidak teratur Frekuensi His: x/ 10 menit, durasi: detik, kekuatan : lemah/ sedang/ kuat <input type="checkbox"/> teratur <input type="checkbox"/> tidak teratur <i>(Membedakan antara his palsu dengan his persalinan. His palsu: dirasakan melintasi uterus terutama di pertengahan bagian bawah dan pangkal paha. His persalinan: dirasakan sebagai radiasi yang melintasi uterus dari fundus ke punggung dan meningkat secara progresif)</i> Palpasi supra pubik/ kandung kemih
22	nitelia :

	peksi : Pengeluaran per vagina <input type="checkbox"/> Keputihan <input type="checkbox"/> Darah <input type="checkbox"/> Darah Lendir <input type="checkbox"/> Air-air pekulo : vagina : portio : ginal Toucher : Portio, pembukaan cm,penipisan.... ketuban (+/-), penurunan bagian terbawah janinseberapa masuk di rongga panggul (HI /II /III / IV), bagian yang menumbung : ada/tidak, moulase : ad/tdk
23	Ekstremitas Oedema tangan dan jari: ada/ tidak ada Oedema tibia, kaki : ada/ tidak ada Varices tungkai : ada/ tidak ada Reflek patella kanan : ada/ tidak ada Reflek patella kiri :ada/ tidak ada
24	Pemeriksaan Penunjang Darah : <input type="checkbox"/> Hb : <input type="checkbox"/> Ht : <input type="checkbox"/> Leukosit : <input type="checkbox"/> Trombosit : <input type="checkbox"/> Urine : <input type="checkbox"/> Protein : <input type="checkbox"/> Glukosa : <input type="checkbox"/> Keton : <input type="checkbox"/> CTG : USG : Lain-lain :
25	Temuan dari penilaian dan pemeriksaan yang perlu dikaji untuk pengambilan keputusan merujuk pada kala I : Perdarahan pervaginam selain blod show, premature, PEB, infeksi, presentasi ganti, tali pusat menumbung, presentasi bukan belakang kepala, syok, perpanjangan fase laten, partus lama
C.	ANALISA G P A hamil minggu dengan Janin
D.	PENATALAKSANAAN <input type="checkbox"/> Menginformasikan hasil pemeriksaan, ibu memahami <input type="checkbox"/> Memfasilitasi informed consent,ibu memutuskan persalinan secara pervaginam/SC <input type="checkbox"/> Mengobservasi VS, His, DJJ,Kemajuan Persalinan (hasil terlampir) <input type="checkbox"/> Memfasilitasi pemenuhan nutrisi, ibu dapat menghabiskan porsi <input type="checkbox"/> KIE :

<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Tehnik Relaksasi<input type="checkbox"/> Cara Meneran<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Siapkan rujukan jika ada temuan yang mengindikasikan untuk diirujuk/dikolaborasi<input type="checkbox"/> Memfasilitasi persiapan alat dan pasien, alat tersedia dan pasien dalam posisi nyaman<input type="checkbox"/> Menerapkan ASI dalam persalinan Kala I<ul style="list-style-type: none">- Menyarankan didampingi suami- Mempersilahkan posisi yang dirasa nyaman oleh ibu dst
--

NAMA : MR :
 UMUR : RUANG :

TGL/JAM	CATATAN PERKEMBANGAN (SOAP)	TTD/NAMA
	<p>S : mules yang semakin kuat dan ingin meneran dengan terjadinya kontraksi. Ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rektum dan vaginanya</p> <p>O : KU : Baik, TD :mmHg, N :x/mnt RR :x/mnt, S :° C TFU :cm, TBJ :gr, puka/puki, Letkep/letsu HIS : DJJ :x/mnt VT : oleh dokter/bidan Portio :, pembukaan ... cm, Ketuban() Presentasi :, Penurunan : H1/H2/H3/H4 Perineum kelihatan menonjol Vulva vagina dan sfingter ani terlihat membuka Terlihat bagian kepala bayi pada interoitus vagina atau kepala janin sudah tampak di vulva dengan diameter 5-6 cm.</p> <p>Temuan dari penilaian dan pemeriksaan yang perlu dikaji untuk pengambilan keputusan merujuk pada kala II : Tanda shock, dehidrasi, infeksi, Pre Eklamsi, Inersia uteri, gawat janin, distosia bahu, Kehamilan kembar tak terdeteksi, tali pusat menumbung, tanda gawat janin</p> <p>A : G...P...A...Hamil mgg, Kala II P : 1. Menginformasikan hasil pemeriksaan, klien memahami</p>	

Pkl.	2. Memfasilitasi persalinan dengan pendampingan, ibu didampingi keluarga	
Pkl.	3. Melakukan amniotomi, ketuban jernih/keruh/bau	
Pkl.	4. Menolong persalinan, dilakukan episiotomi/tidak, bayi lahir secara spontan/vaccum/forceps, JK laki-laki/perempuan, BB/TBgram/.....cm, APGAR SCORE, kelainan kongenital mayor ada/tidak	
Pkl.	5. Melakukan IMD, IMD berhasil pada menit ke	
Pkl.	6. Deteksi dini komplikasi dan rencana merujuk sesuai kasus	
Pkl.	S : mules (+)	
Pkl.	O : K/U Baik, TFU, kontraksi baik, Palpasi : Tidak ada janin kedua	
Pkl.	Temuan dari penilaian dan pemeriksaan yang perlu dikaji untuk pengambilan keputusan merujuk pada kala III : retensio plasenta, avulsi, atonia uteri, syok,	
Pkl.	A : Partus Kala III	
Pkl.	P :	
Pkl.	1. Menginformasikan hasil pemeriksaan, klien memahami	
Pkl.	2. Menyuntikan oksitosin 10 iu IM, ada/tidak ada alergi	
Pkl.	3. Kolaborasi dengan dokter untuk pengeluaran placenta, plasenta lahir spontan, lengkap/sebagian, BP : gram	
Pkl.	4. Melakukan massase, kontraksi uterus baik/lembek	
Pkl.	5. Mengajarkan massase uterus, ibu memahami	
Pkl.	7. Deteksi dini komplikasi dan rencana merujuk sesuai kasus	
Pkl.	S: Mulas masih dirasakan.	
Pkl.	O: Plasenta telah lahir, laserasi perineum Grade I, kontraksi uterus :....., perdarahan :...cc, luka : ada/tdk.	

	<p>TFU :....pusat Colostrom : -/+ Tekanan darah:.....mmHg, .N:.....x/mnt , Sb:.....C, RR :.....x/mnt A: Partus kala IV P: Menginformasikan hasil pemeriksaan, klien memahami. Melakukan penjahitan perineum,. Memfasilitasi pemenuhan hygiene klien, klien telah dibersihkan. Memantau Kontraksi, perdarahan (-). tiap15 menit dalam 1 jam pertama dan 30 menit dalam jam ke dua (data terlampir). Memindahkan klien ke ruang perawatan nifas. Deteksi dini komplikasi dan rencana merujuk sesuai kasus</p>	
--	---	--

KOLOFON

Enny Fitriahadi, S.Si.T., lahir di kota Cilacap, Jawa Tengah 27 April 1983, merupakan anak ketiga (tiga saudara) dari pasangan Hadi Isrof dengan Budiyati. Tahun 2004 menyelesaikan kuliah D III Kebidanan di Akbid Pemkab Cilacap, studi D IV Kebidanan Pendidik di STIKES Ngudi Waluyo Ungaran, lulus tahun 2005 dan melanjutkan studi pasca sarjana di Universitas Diponegoro Semarang jurusan promosi Kesehatan, lulus tahun 2013. Pernah bekerja sebagai dosen tetap di Akbid Graha Mandiri Cilacap sejak tahun 2004-2014 dan mengajar beberapa mata kuliah : Asuhan Kehamilan, Asuhan Kebidanan Nifas, Asuhan Neonatus, Bayi dan Balita, KDPK, Gizi dalam kesehatan Reproduksi, Pemberdayaan masyarakat dan Asuhan Kebidanan patologi. Pada tahun 2014 sampai dengan sekarang menjadi dosen di Fakultas Ilmu Kesehatan Prodi Kebidanan Program Sarjana Terapan Universitas ‘Aisyiyah Yogyakarta.

KOLOFON

Istri Utami, S.ST., M.Keb, lahir di Sleman, 13 Mei 1979 merupakan anak pertama dari Tiga bersaudara, dari pasangan Bapak Manto Wiharjo Dan Ibu Djuminten. Tahun 2007 telah menyelesaikan kuliah DIII Kebidanan di Stikes ‘Aisyiyah Yogyakarta, Studi D IV Kebidanan Klinik di Poltekkes Kemenkes Yogyakarta pada tahun 2011 dan melanjutkan pendidikan Program Pasca Sarjana Program Kebidanan di Universitas ‘Aisyiyah Yogyakarta lulus tahun 2016. Saat ini bekerja sebagai dosen Tetap di Universitas ‘Aisyiyah Yogyakarta Fakultas Ilmu Kesehatan Program Studi Kebidanan Program Sarjana Terapan dan mengajar beberapa mata kuliah yaitu Asuhan Persalinan, Kegawatdaruratan dalam kebidanan serta Asuhan Keluarga Berencana. Saat ini juga sebagai bidan pelaksana dan pengelola Praktik Mandiri Bidan.