

# ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN DAN BAYI BARU LAHIR

---

INDRYANI



# **ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN DAN BAYI BARU LAHIR**

**Indryani**



**PENERBIT SALNESIA  
( CV. SARANA ILMU INDONESIA)**

**ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN DAN BAYI BARU LAHIR**

Penulis:  
Indryani

Desain Cover:  
Muh. Ichlasul Amal

Tata Letak:  
Harlinda Hamsa

Editor:  
Rahmawati

ISBN:  
978-623-09-7722-0

**vii+82 Halaman, Unesco (15,5 cm x 23 cm)**

Cetakan Pertama:  
**Januari, 2024**

Hak Cipta 2024, Pada Penulis

---

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

---

**Copyright © 2024**  
**by Penerbit Salnesia**  
All Right Reserved

*Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penulis dan Penerbit*

**PENERBIT:**  
**SALNESIA**

**(CV. SARANA ILMU INDONESIA)**

Pallantikang, Maros Baru, Kabupaten Maros,  
Provinsi Sulawesi Selatan

Website: [penerbit.salnesia.id/index.php/press](http://penerbit.salnesia.id/index.php/press)  
Instagram: @salnesia

# KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadiran ALLAH SWT, berkat rahmat dan hidayaNya-lah sehingga buku ini dapat terselesaikan dengan baik. Adapun judul buku ini yaitu “Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir”, didalam buku ini membahas beberapa pokok bahasan diantaranya, konsep dasar asuhan persalinan normal, manajemen kebidanan dalam persalinan, fisiologi persalinan normal, asuhan kebidanan pada bayi baru lahir normal, serta komplikasi dalam persalinan.

Buku asuhan kebidanan persalinan ini disusun guna memberikan kontribusi dalam upaya peningkatan mutu pembelajaran mata kuliah Asuhan Kebidanan pada persalinan untuk memudahkan proses belajar mengajar bagi para Dosen dan Mahasiswa Kebidanan. Kepada semua pihak yang telah membantu dalam proses penyusunan buku ini diucapkan banyak terima kasih

Apabila dalam Buku ini didapatkan kekurangan kami sangat berharap kritik, saran dan masukan guna penyempurnaan buku asuhan kebidanan persalinan selanjutnya.

Januari, 2024

**Penulis**

# DAFTAR ISI

|                                                                                             |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| KATA PENGANTAR .....                                                                        | iv        |
| DAFTAR ISI .....                                                                            | v         |
| <b>BAB 1 KONSEP DASAR PERSALINAN .....</b>                                                  | <b>1</b>  |
| A. PENGERTIAN PERSALINAN .....                                                              | 1         |
| B. JENIS-JENIS PERSALINAN .....                                                             | 1         |
| C. TEORI PENYEBAB PERSALINAN.....                                                           | 3         |
| D. FASE DALAM PERSALINAN .....                                                              | 5         |
| E. TUJUAN ASUHAN PERSALINAN .....                                                           | 7         |
| F. TANDA-TANDA PERSALINAN .....                                                             | 9         |
| G. KETERAMPILAN PERSALINAN NORMAL .....                                                     | 12        |
| H. ASUHAN PASCAPERSALINAN.....                                                              | 18        |
| I. PARTOGRAF.....                                                                           | 20        |
| J. PENCATATAN SELAMA FASE LATEN KALA I PERSALINAN.....                                      | 21        |
| K. PENCATATAN SELAMA FASE AKTIF PERSALINAN PARTOGRAF.....                                   | 21        |
| L. MENCATAT TEMUAN PADA PARTOGRAF.....                                                      | 22        |
| N. OBAT-OBATAN DAN CAIRAN YANG DIBERIKAN .....                                              | 26        |
| O. KONDISI IBU .....                                                                        | 26        |
| P. PENCATATAN PADA HALAMAN 2 PARTOGRAF .....                                                | 26        |
| <b>BAB 2 MANAJEMEN KEBIDANAN DALAM PERSALINAN .....</b>                                     | <b>28</b> |
| A. PENGERTIAN MANAJEMEN KEBIDANAN .....                                                     | 28        |
| B. PROSES MANAJEMEN KEBIDANAN MENURUT ( <i>AMERICAN COLLAGE of NURSE MIDWIFEVES</i> ) ..... | 29        |
| C. PROSES MANAJEMEN KEBIDANAN MENURUT HELEN VARNEY .....                                    | 29        |
| D. PENGERTIAN DOKUMENTASI KEBIDANAN .....                                                   | 32        |

|                                                            |           |
|------------------------------------------------------------|-----------|
| E. SYARAT DAN PRINSIP DOKUMENTASI KEBIDANAN.....           | 33        |
| F. FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN.....    | 35        |
| G. PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN (SOAP) . | 39        |
| <b>BAB 3 FISILOGI PERSALINAN .....</b>                     | <b>41</b> |
| A. POWER (HIS) .....                                       | 41        |
| B. SIFAT HIS PADA BERBAGAI FASE PERSALINAN .....           | 42        |
| C. SIFAT HIS DALAM PERSALINAN .....                        | 43        |
| E. HIS PERSALINAN MENURUT FAAL: .....                      | 44        |
| F. PERUBAHAN-PERUBAHAN AKIBAT HIS .....                    | 45        |
| G. HIS YANG BAIK DAN IDEAL MELIPUTI.....                   | 45        |
| H. HIS DIKATAKAN SEMPURNA.....                             | 45        |
| I. PERBEDAAN ANTARA HIS SEJATI DAN HIS PALSU .....         | 46        |
| J. PERUBAHAN-PERUBAHAN AKIBAT HIS .....                    | 46        |
| K. PASAGGER.....                                           | 47        |
| L. PASSAGE.....                                            | 47        |
| M. POSISI IBU DALAM PERSALINAN .....                       | 47        |
| <b>BAB 4 ASUHAN PADA BAYI BARU LAHIR NORMAL.....</b>       | <b>52</b> |
| A. PEMERIKSAAN FISIK PADA BAYI BARU LAHIR NORMAL .....     | 52        |
| B. TABEL APGAR SCORE.....                                  | 60        |
| <b>BAB 5 KOMPLIKASI PERSALINAN .....</b>                   | <b>61</b> |
| A. KALA I FASE AKTIF DAN LATEN MEMANJANG .....             | 61        |
| B. PERDARAHAN POSTPARTUM .....                             | 62        |
| C. ATONIA UTERI .....                                      | 62        |
| D. PENATALAKSANAAN ATONIA UTERI .....                      | 63        |
| E. RETENSIO PLASENTA .....                                 | 66        |
| F. PLASENTA INKARSERATA .....                              | 69        |

|                                                         |           |
|---------------------------------------------------------|-----------|
| G. PLASENTA AKRETA .....                                | 70        |
| H. TERTINGGALNYA SEBAGIAN PLASENTA (SISA PLASENTA)..... | 70        |
| I. PLASENTA MANUAL .....                                | 71        |
| J. PRESENTASE PERSALINAN, LETAK DAN DISTOSIA BAHU.....  | 73        |
| K. DISTOSIA BAHU .....                                  | 75        |
| <b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>                             | <b>80</b> |
| <b>PROFIL PENULIS .....</b>                             | <b>82</b> |

# BAB 1

## KONSEP DASAR PERSALINAN

---

### A. PENGERTIAN PERSALINAN

Persalinan normal adalah persalinan yang terjadi pada kehamilan aterm bukan premature atau postmature mempunyai onset yang spontan (tidak diinduksi) selesai setelah 4 jam dan sebelum 24 jam, bukan partus presipitatus atau partus lama mempunyai janin Tunggal dengan presentasi vertex (puncak kepala) dan oksiput pada bagian anterior pelvis, tidak mencakup komplikasi seperti perdarahan hebat, dan mencakup plasenta yang normal. (Sari, 2014)

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Persalinan buatan dengan bantuan, persalinan anjuran bila persalinan terjadi tidak dengan sendirinya tetapi melalui pacuan. Persalinan dikatakan normal bila tidak ada penyulit. Beberapa istilah yang berkaitan dengan persalinan yaitu Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir, atau dengan kekuatan sendiri.

Paritas merupakan 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. Delivery (kelahiran) adalah peristiwa ke luar nya janin termasuk plasenta. Gravidita (kehamilan) adalah jumlah kehamilan termasuk abortus, mola hidatidosa dan kehamilan ektopik yang pernah dialami oleh seorang ibu. Spontan adalah persalinan terjadi karena dorongan kontraksi uterus dan kekuatan mengejan ibu. (Ai Yeyeh, 2009)

### B. JENIS-JENIS PERSALINAN

1. **Persalinan Spontan**, persalinan berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri dan melalui jalan lahir.
2. **Persalinan Caesar**, yaitu melahirkan lewat operasi caesar umumnya dilakukan ketika persalinan normal dikatakan tidak mungkin dilakukan. Operasi Caesar dapat dilakukan apabila ada masalah darurat yang dapat mengancam nyawa ibu dan bayi.



3. **Persalinan di Air (*Water Birth*)**, persalinan di dalam air merupakan metode melahirkan normal yang mengharuskan ibu berendam di dalam bak atau kolam berisi air hangat.
4. **Persalinan Normal**, persalinan normal adalah metode melahirkan bayi melalui vagina dengan cara mengejan (ngeden). Setelah kontraksi, otot-otot di sekitar vagina biasanya akan meregang dan melebar sehingga bisa dilewati bayi. Proses melahirkan secara normal umumnya berlangsung kurang dari 24 jam. Meski begitu ibu harus melakukan segala persiapannya sejak dini.
5. **Persalinan yang dibantu Alat**, jika proses persalinan dengan dibantu alat vakum di sebut ekstraksi vakum, dilakukan dengan menggunakan cup pengisap untuk menarik bayi keluar secara lembut. Vakum akan dilakukan saat mulut rahim telah terbuka penuh dan kepala bayi berada di bagian bawah panggul. Cup tersebut menarik bayi keluar dengan bantuan tenaga listrik atau pompa di atas kepala bayi.
6. **Persalinan Normal Setelah Caesar (*VBAC*)**, jenis persalinan disebut dengan *vaginal birth after caesarean (VBAC)*. Namun hal ini masih tergantung dari kondisi masing-masing ibu meskipun peluang keberhasilannya cukup besar, tetap saja ada kemungkinan risiko komplikasi yang dapat terjadi.
7. **Persalinan *Gentle Birth***, salah satu persalinan alternatif yang mengimplementasikan prinsip mengurangi stressor untuk mengurangi rasa sakit. Persalinan *gentle birth* merupakan sebuah filosofi dalam proses melahirkan, dimana proses melahirkan itu tenang, penuh kelembutan, serta memanfaatkan semua unsur alami dalam tubuh manusia.
8. **Persalinan *Cesarean Section***, persalinan normal juga tidak bisa dilakukan untuk jenis persalinan menurut usia kehamilan yang berisiko, misalnya di atas 40 tahun dan kontraksi rahim lemah. Dengan mempertimbangkan berbagai risiko medis lainnya, operasi sesar merupakan operasi bedah yang dilakukan dengan membuat sayatan di dinding perut untuk mengeluarkan bayi. Dan memiliki risiko seperti perdarahan berlebihan, infeksi pada luka, pembekuan darah, hingga kerusakan terhadap area terdekat sayatan.
9. **Persalinan Anjuran (*Induksi*)**, persalinan anjuran adalah persalinan yang baru dapat berlangsung setelah permulaanya dianjurkan dengan suatu perbuatan atau tindakan, misalnya dengan pemecahan ketuban atau diberi suntikan oksitosin. Persalinan anjuran bertujuan untuk merangsang otot

rahim berkontraksi sehingga persalinan berlangsung serta membuktikan ketidak seimbangan antara kepala janin dengan jalan lahir.

**10. Persalinan Tindakan**, persalinan tindakan adalah persalinan yang tidak dapat berjalan normal secara spontan atau tidak berjalan sendiri karena terdapat indikasi adanya penyulit persalinan. Dilakukan dengan memberikan tindakan dengan alat bantu. Persalinan tindakan pervaginam, apabila persalinan spontan tidak dapat diharapkan dan kondisi bayi baik, maka persalinan tindakan pervaginam dapat dipilih menggunakan bantuan alat forcep atau vakum.

**11. Persalinan Tindakan *Perabdominal Sectio Caesaria (SC)***, merupakan alternatif terakhir untuk menyelamatkan nyawa ibu dan bayi, terutama bagi ibu dengan ukuran panggul yang sempit yang di kenal dengan istilah *Cephalopelvic Disproportion (CPD)*. Walaupun termasuk kedalam salah satu operasi besar yang memiliki banyak keuntungan, *section caesaria (SC)* mempunyai beberapa resiko seperti efek dari obat anestesi, kerusakan pembuluh darah, bekas luka irisan pada rongga uterus yang tidak menutup sempurna, serta gangguan kandung kemih dan lainnya. (Sumarah, 2008)

## **C. TEORI PENYEBAB PERSALINAN**

### **1. Teori Keregangan**

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas waktu tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat mulai. 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. Pada kehamilan ganda seringkali terjadi kontraksi setelah keregangan tertentu sehingga menimbulkan proses persalinan.

### **2. Teori Penurunan Progesteron**

Proses penuaan plasenta terjadi mulai umur kehamilan 28 minggu, di mana 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.

### **3. Teori Oksitosin Internal**

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar *hipofisis pars 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.

#### **4. 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 merupakan pemicu terjadinya persalinan.

#### **5. 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 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.

#### **6. Teori Berkurangnya Nutrisi**

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

#### **7. Faktor Lain**

Tekanan pada *ganglion servikale* dari *pleksus frankenhauser* yang terletak dibelakang serviks. Bila *ganglion* ini tertekan, maka kontraksi *uterus* dapat dibangkitkan (Sumarah, 2011).

#### **8. His (Power)**

Kontraksi otot rahim pada persalinan atau his palsu merupakan peningkatan kekuatan his saat hamil yang disebut kontraksi *Braxton Hicks* tanpa terasa sakit dan akan menghilang bila dibawa istirahat dan terjadi sebelum kehamilan mencapai cukup bulan. His persalinan mempunyai tanda dominan di daerah fundus rahim, terasa sakit intervalnya makin pendek dan kekuatannya makin meningkat, juga menimbulkan perubahan dengan mendorong janin menuju jalan lahir, menimbulkan pembukaan mulut rahim, memberikan tanda

persalinan (pengeluaran lendir, pengeluaran lendir bercampur darah, pengeluaran air atau selaput janin pecah). Dengan terdapatnya his persalinan dan disertai pembawa tanda sebaiknya ibu hamil segera datang ke rumah sakit sehingga dapat diobservasi perjalanan persalinannya. Observasi jalannya persalinan sangat penting artinya, sehingga bila dijumpai keadaan yang abnormal segera dilakukan tindakan untuk menolong ibu dan janin.(Anik Maryunani, 2010)

## **D. FASE DALAM PERSALINAN**

### **1. Kala I**

Kala I Persalinan dimulainya proses persalinan yang ditandai dengan adanya kontraksi yang teratur, adekuat, dan menyebabkan perubahan pada serviks hingga mencapai pembukaan lengkap, fase Kala I Persalinan terdiri dari fase laten yaitu dimulai dari awal kontraksi hingga pembukaan mendekati 4 cm, kontraksi mulai teratur tetapi lamanya masih diantara 20-30 detik, tidak terlalu mules. Fase aktif dengan tanda-tanda kontraksi diatas 3 kali dalam 10 menit, lamanya 40 detik atau lebih, dan mules, pembukaan 4 cm hingga lengkap, penurunan bagian terbawah janin, waktu pembukaan serviks sampai pembukaan lengkap 10 cm. Fase pembukaan dibagi 2 fase, yaitu fase laten: berlangsung selama 8 jam, pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai pembukaan 3 cm. Fase aktif dibagi dalam 3 fase yaitu fase akselerasi dalam waktu 2 jam pembukaan 3 menjadi 4 cm menjadi 9 cm, fase deselerasi pembukaan jadi lambat kembali dalam 2 jam pembukaan dari 9 menjadi lengkap.

Lama kala I untuk primigravida berlangsung 2 jam dengan pembukaan 1 cm perjam dan pada multigravida 8 jam dengan pembukaan 2 cm per jam. Komplikasi yang dapat timbul pada kala I yaitu, ketuban pecah dini, tali pusat menumbung, obstruksi plasenta, gawat janin dan inersia uteri. Mekanisme pembukaan servik berbeda antara pada primigravida dengan multigravida. Pada yang pertama ostium uteri intimum akan membuka terlebih dahulu, sehingga servik akan mendatar dan menipis. Baru kemudian ostium uteri intimum sudah sedikit terbuka, ostium uteri intimum dan eksternum serta penipisan dan pendataran servik terjadi dalam saat yang sama.

Ketuban akan pecah sendiri ketika pembukaan hampir lengkap atau telah lengkap, bila ketuban pecah sebelum pembukaan 5 cm disebut ketuban pecah dini. Selama fase laten persalinan, semua asuhan, pengamatan dan pemeriksaan

harus dicatat. Hal ini dapat direkam secara terpisah dalam catatan kemajuan persalinan atau kartu menuju sehat (KMS) ibu hamil. Tanggal dan waktu harus dituliskan setiap kali membuat catatan selama fase laten persalinan. Semua asuhan dan intervensi harus dicatat. Kondisi ibu dan bayi harus dicatat secara seksama, yaitu: denyut jantung janin: setiap 30 menit, frekuensi dan lamanya kontraksi uterus: setiap 30 menit, nadi: setiap 30 menit, pembukaan servik: setiap 4 jam, tekanan darah dan temperatur: setiap 4 jam, produksi urin, aseton dan protein: setiap 2 sampai 4 jam. Jika ditemui tanda-tanda penyulit, penilaian kondisi ibu dan bayi harus lebih sering dilakukan. Lakukan tindakan yang sesuai apabila dalam diagnosis kerja ditetapkan adanya penyulit dalam persalinan. Jika frekuensi kontraksi berkurang dalam satu atau dua jam pertama, nilai ulang kondisi aktual ibu dan bayi. Bila tidak ada tanda-tanda kegawatan atau penyulit, ibu dipulangkan dan dipesankan untuk kembali jika kontraksinya menjadi teratur dan lebih sering.

## **2. Kala II**

Gejala dan tanda kala II, telah terjadi pembukaan lengkap, tampak bagian kepala janin melalui bukaan introitus vagina, ada rasa ingin meneran saat kontraksi, ada dorongan pada rektum atau vagina, perineum terlihat menonjol, vulva dan springterani membuka, peningkatan pengeluaran lendir dan darah. Dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi. Pada kala pengeluaran janin telah turun masuk ruang panggul sehingga terjadi tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflektoris menimbulkan rasa mencedan, karena tekanan pada rektum ibu merasa seperti mau buang air besar dengan tanda anus membuka.

Pada waktu his kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka, perineum membuka, perineum meregang. Dengan adanya his ibu dipimpin untuk mencedan, maka lahir kepala di ikuti oleh seluruh badan janin. Komplikasi yang dapat timbul pada kala II yaitu: eklamsi, kegawatdaruratan janin, tali pusat menubung, penurunan kepala terhenti, kelelahan ibu, persalinan lama, ruptur uteri, distosia karena kelainan letak, infeksi intra partum, inersia uteri, dan tanda-tanda lilitan pusat.

## **3. kala III**

Batasan kala III, masa setelah lahirnya bayi dan berlangsungnya proses pengeluaran plasenta, tanda-tanda lepasnya plasenta: terjadi perubahan bentuk uterus dan tinggi fundus uteri, tali pusat memanjang atau terjulur keluar melalui vagina/vulva, adanya semburan darah secara tiba-tiba. Kala III berlangsung tidak lebih dari 30 menit, setelah bayi lahir uterus teraba keras dengan fundus uteri agak diatas pusar beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya.

Biasanya plasenta lepas dalam 6 menit - 15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah. Komplikasi yang dapat timbul pada kala III adalah perdarahan akibat atonia uteri, retensio plasenta, perlukaan jalan lahir dan tanda gejala tali pusat.

#### **4. Kala IV**

Dimulainya dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum. Komplikasi yang dapat timbul pada kala IV adalah: sub involusi dikarenakan oleh uterus tidak berkontraksi, perdarahan yang disebabkan oleh atonia uteri, laserasi jalan lahir dan sisa plasenta.(POGI, 2014)

### **E. TUJUAN ASUHAN PERSALINAN**

Kelahiran merupakan peristiwa penting bagi kehidupan seorang ibu dan keluarganya. Sebagai tenaga kesehatan khususnya Bidan beruntung dapat berbagi peristiwa ini dengan keluarga. Bidan juga berada dalam posisi yang unik untuk meningkatkan kemampuan ibu dalam melahirkan, sebagaimana juga kemampuan menemani ibu dalam proses kelahiran dalam memberikan dukungan dan dorongan. Sangat penting untuk diingat bahwa persalinan adalah proses yang normal serta merupakan suatu kejadian yang sehat. Akan tetapi potensi komplikasi yang mengancam nyawa juga akan selalu mengintai, sehingga bidan harus mengamati dengan ketat ibu maupun bayinya sepanjang kelahiran.

Dukungan yang terus menerus dan penatalaksanaan yang terampil dari seorang Bidan dapat menyumbangkan suatu pengalaman melahirkan yang menyenangkan dengan hasil persalinan yang sehat dan memuaskan. Persalinan bersih dan aman serta pencegahan komplikasi ternyata dapat mencegah meningkatnya kematian ibu. Penatalaksanaan komplikasi yang terjadi selama persalinan dan setelah bayi lahir pada tingkat tertentu mempunyai keterbatasan

karena komplikasi tidak selalu mudah ditatalaksana di setiap tempat atau keadaan. Fokus utama dari asuhan persalinan adalah mencegah terjadinya komplikasi.

Pencegahan komplikasi selama persalinan dan bayi lahir akan mengurangi kesakitan dan kematian ibu serta bayi baru lahir. Perubahan paradigma menunggu terjadinya dan menangani komplikasi menjadi pencegahan terjadinya komplikasi diakui dapat membawa perbaikan kesehatan kaum ibu di Indonesia. Penyesuaian ini sangat penting dalam upaya menurunkan angka kematian ibu dan bayi baru lahir, karena sebagian besar persalinan di Indonesia masih terjadi di tingkat pelayanan kesehatan primer dimana tingkat keterampilan dan pengetahuan petugas kesehatan di fasilitas pelayanan tersebut masih belum memadai. Deteksi dini dan pencegahan komplikasi dapat menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan bayi baru lahir.

Jika semua tenaga penolong persalinan di latih agar mampu untuk mencegah atau deteksi dini komplikasi yang mungkin terjadi, menerapkan asuhan persalinan secara tepat guna dan waktu, baik sebelum atau sesaat masalah terjadi, dan segera melakukan rujukan saat kondisi ibu masih optimal, maka para ibu dan bayi baru lahir akan terhindar dari ancaman kesakitan dan kematian.

Tujuan asuhan persalinan mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal. Dengan pendekatan seperti ini, berarti bahwa upaya asuhan persalinan normal harus didukung oleh adanya alasan yang kuat dan berbagai bukti ilmiah yang dapat menunjukkan adanya manfaat apabila diaplikasikan pada setiap proses persalinan. Persalinan dapat terjadi di rumah, puskesmas ataupun rumah sakit, sedangkan penolong persalinan bisa seorang bidan, dukun, dokter umum atau spesialis obstetri-ginekologi. Asuhan dapat disesuaikan dengan lingkungan tempat asuhan diberikan.

Lima aspek dasar atau disebut lima benang merah dirasa sangat penting dalam memberikan asuhan persalinan dan kelahiran bayi yang bersih dan aman. Berbagai aspek tersebut melekat pada setiap persalinan baik normal maupun patologis. Kelima aspek ini akan selalu berlaku dalam penatalaksanaan

persalinan, mulai dari kala I sampai kala IV termasuk penatalaksanaan bayi baru lahir. Kelima benang merah tersebut adalah:

- a. Membuat keputusan klinik
- b. Asuhan sayang ibu dan sayang bayi
- c. Pencegahan infeksi
- d. Pencatatan (rekam medik)
- e. Rujukan. (Sumarah, 2010)

## **F. TANDA-TANDA PERSALINAN**

### **1. His Persalinan**

His adalah kontraksi uterus atau rahim yang dapat diraba dan menimbulkan rasa nyeri di perut. Dimulai dari pinggang menjalar ke perut bagian bawah dan sifatnya datang dan menghilang. Jarak waktu his 10 - 15 menit dan lamanya kontraksi  $\frac{1}{2}$  menit atau lebih. Pada waktu His, uterus menjadi keras dan bila wanita atau ibu tidur terlentang, dinding perut tampak naik ke atas. HIS adalah keadaan uterus yang menguncup, keran otot-otot polos yang ada dalam dinding uterus menegang (Berkontraksi).

Timbulnya His tersebut berulang-ulang dengan teratur, disertai oleh perasaan sakit (Nyeri) di daerah bagian bawah perut dan di pinggang. Ini mungkin disebabkan karena kontraksi uterus ini sendiri atau karena regangannya selaput perut, jaringan dan litmentasi di sekitar servis uteri. HIS adalah gelombang kotraksi ritmis otot-otot polos dinding uterus yang dimulai dari daerah fundus uteri di mana tuba fallopi memasuki dinding uterus, awal gelombang tersebut di dapat dari '*pacemaker*' yang terdapat di dinding uterus daerah tersebut. Resultasi efek gaya kontraksi tersebut adalah keadaan normal mengarah ke daerah lopus minoris yaitu daerah kanalis servikalis (Jalan Lahir) yang membuka untuk mendorong isi uterus keluar.

Tanda-tanda persalinan akan berlangsung apabila HIS atau kontraksi yang semakin sering, mula-mula lemah dan teratur, lama kelamaan semakin sering seiring mendekatnya waktu persalinan. Timbulnya his atau kontraksi uterus tidak tergantung pada kemauan ibu, tetapi seolah-olah dipengaruhi oleh uterus ibu sendiri, yaitu HIS terjadi akibat kerja hormon oksitosin, regangan dinding uterus oleh isi konsepsi, rangsangan terhadap pleksus saraf frankenhauser yang tertekan massa konsepsi. His yang baik dan ideal atau sempurna meliputi :



- a. Kontraksi simultan simetris di seluruh uterus atau bersifat teratur, interval makin pendek dan kekuatannya makin besar
- b. Kekuatan terbesar (dominasi) di daerah fundus, di mana pinggang terasa sakit yang menjalar ke depan
- c. Terdapat periode relaksasi diantara dua periode kontraksi
- d. Terdapat rekrutasi otot-otot korpus uteri setiap sesudah HIS
- e. Mempunyai pengaruh terhadap perubahan serviks.

Serviks uteri yang banyak mengandung kolagen dan kura mengandung serabut otot-otot akan tertarik ke atas oleh kontraksi otot-otot korpus, kemudian terbuka secara pasif dan mendatar (*cervical effacement*). Ostium uteri ekternum dan internum pun akan terbuka.

Makin beraktifitas (berjalan) kekuatan his makin bertambah. Timbulnya his tersebut adalah karena kontraksi otot-otot dalam dinding uterus yang berpangkal pada sudut uterus, kiri dan kanan di atas sedikit dari tempat masuknya tuba. Dari kedua daerah tersebut, uterus mulai berkontraksi serentak dan secara bergelombang ke arah tengah korpus uteri. Setelah kedua gelombang kontraksi dari kiri dan kanan tersebut bertemu di bagian tengah uterus, maka dengan adanya penguasaan (dominasi) dari fundus uteri gelombang kontraksi yang sekarang melingkari badan atau korpus uterus menuju kebawah kebagian sekmen bawah uterus dan berakhir di daerah ostium internum uteri.

Kontraksi uterus tersebut adalah bersifat setangkup (simetris), artinya sama pada bagian kanan dan kiri. Setelah kontraksi tersebut berhenti, datanglah waktu pause pada saat di mana otot-otot dinding uterus menjadi kendur kembali dan mendapat kesempatan untuk beristirahat. Keadaan inilah yang dinamakan relaksasi. Demikian keadaannya sampai datang kembali his yang baru. Makin ibu beraktifitas (berjalan) maka kekuatan hisnya makin bertambah. Kontraksi uterus dapat diukur dengan menggunakan alat pencatat (elektrometer), daerah ketentuan sebagai berikut. Amplitudo adalah intensitas kontraksi otot polos: bagian pertama peningkatan tekanan yang agak cepat, dan bagian kedua penurunan tekanan yang akan lambat. Frekuensi HIS adalah jumlah HIS dalam waktu tertentu (biasanya per 10 menit). Satuan HIS (keaktifan uterus) diukur dengan unitmontevideo. Aktivitas uterus sama dengan amplitudo dikalikan dengan frekuensi HIS dalam 10 menit. Misalnya, amplitudo 50 mmhg

frekuensi HIS 3 kali dalam 10 menit. Jadi, aktifitas uterus adalah  $50 \times 3 = 150$  unitmontevideo.

**2. Sifat HIS pada berbagai fase persalinan adalah sebagai berikut:**

- a. Kala I (fase laten) , timbul tiap 10 menit dengan amplitudo 40 mmh, lama 20 sampai 30 detik. Serviks terbuka sampai 3 cm, frekuensi dan amplitudo tersebut meningkat.
- b. Kala I lanjut (fase aktif), sampai kala I aktif terjadi peningkatan rasa nyeri, amplitudo makin kuat sampai 60 mmhg, frekuensi 2 sampai 4 kali atau 10 menit, lama 60 sampai 90 detik, serviks terbuka sampai lengkap (kurang lebih 10). His pada kala I ini disebut his pembukaan, yang sifatnya adalah datangnya teratur, makin lama makin kuat dan cepat, disertai perasaan sakit diperut dan dipinggang.
- c. Kala II, amplitudo 60 mmhg, frekuensi 3 sampai 4 kali (10 menit). Refleksi refleks mengejan terjadi juga akibat stimulasi dari tekanan bagian terbawah janin (pada persalinan normal yaitu kepala) yang menekan anus dan rektum. Tambahan tenaga meneran dari ibu, dengan kontraksi otot-otot dinding abdomen dan diafragma berusaha untuk mengeluarkan bayi. His dalam kala II ini disebut sebagai "his pengeluaran" yang biasanya lebih kuat daripada his pembukaan dan selamanya disertai oleh tanda lainnya, yaitu tenaga ibu meneran atau mengejan dengan dinding perutnya.
- d. Kala III, amplitudo 60-80 mmhg, frekuensi kontraksi berkurang, aktifitas uterus menurun. Plasenta dapat lepas spontan dari aktifitas uterus ini, namun dapat juga tetap menempel (retensio) dan memerlukan tindakan aktif. His pada kala III ini disebut "his pelepasan uri", dimana dengan tenaga his dapat keluar sendiri atau dengan sedikit tekanan (tindakan aktif tadi). Beberapa jam setelah bayi dan uri atau plasenta dilahirkan, ibu masih merasa HIS sedikit-sedikit. HIS yang sedikit-sedikit ini disebut HIS pengering dan rojan.
- e. Pengeluaran pembawa tanda (lendir bercampur darah), keluar lendir kemerahan (*bloody show*) berupa lendir bercampur darah warna merah terang yang berasal dari vagina. Pendarahan sedikit ini disebabkan karena terlepasnya selaput janin dari kutub bawah uterus. Lendir berasal daerah saluran leher rahim (serviks uteri).

Pendataran dan pembukaan (dilaktasi) dari leher rahim atau serviks uteri, ditimbulkan karena terjadinya perubahan pada serviks karena pengaruh dari HIS persalinan. Pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas. Terjadi pendarahan karena kapiler pembuluh darah pecah (berkaitan dengan pengeluaran pembawa tanda lendir bercampur darah).

- f. Pengeluaran cairan, pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan. Sebagian ketuban baru pecah menjelaskan pembukaan lengkap. Pencahannya ketuban menandakan persalinan akan segera dimulai. Air ketuban biasanya jernih dan tidak berbau, ibu mungkin merasa seperti mengompol.
- g. Tanda persalinan sudah dekat, terjadi lintening, dimana kepala turun memasuki PAP terutama primitgrvida menjelaskan minggu ke 36. Lintening menyebabkan terasa ringan di bagian atas dan rasa sesaknya berkurang, di bagian bawah terasa sesak, terjadi kesulitan saat berjalan dan sering miksi.(Aprilia, 2011)

## **G. KETERAMPILAN PERSALINAN NORMAL**

### **1. Mendengar dan Melihat Tanda Kala II Persalinan**

- a. Ibu merasa ada dorongan kuat dan meneran
- b. Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina
- c. Perineum tampak menonjol
- d. Vulva dan stinger ani membuka

### **2. Menyiapkan Pertolongan Persalinan**

Pastikan kelengkapan peralatan, bahan, dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi segera pada ibu dan bayi baru lahir. Untuk asuhan bayi baru lahir atau resusitasi siapkan,

- a. Tempat datar, rata, bersih, kering dan hangat
- b. 3 handuk atau kain bersih dan kering (termasuk ganjal bahu bayi)
- c. Alat penghisap lendir
- d. Lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi

Untuk ibu:

- a. Kain, handuk, dan baju ibu
- b. Menyiapkan oksitosin 10 unit
- c. Alat suntik steril sekali pakai dalam partus set

Pakai celemek plastik atau dari bahan yang tidak tembus cairan. Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam. Masukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT atau Steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik).

### **3. Memastikan Pembukaan Lengkap dan Keadaan Janin**

- a. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari anterior (depan) ke posterior (belakang) menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi dengan DTT .
- b. Jika introitus vagina, perineum atau anus terkontaminasi tinja, bersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang
- c. Buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi dalam wadah yang tersedia)
- d. Jika terkontaminasi, lakukan dekontaminasi, lepaskan dan rendam sarung tangan tersebut dalam larutan klorin 0,5%
- e. Pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melaksanakan langkah lanjutan
- f. Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap
- g. Bila selaput ketuban masih utuh saat pembukaan sudah lengkap maka lakukan amnitotomi
- h. Dekontaminasi sarung tangan (celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik, dan rendam dalam klorin 0,5% selama 10 menit)
- i. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan
- j. Periksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi uterus mereda (relaksasi) untuk memastikan DJJ masih dalam batas normal (120 – 160x/menit)
- k. Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal
- l. Mendokumentasikan hasil-hasil periksa dalam, DJJ, semua temuan pemeriksaan dan asuhan yang diberikan ke dalam partograph

### **4. Menyiapkan Ibu Dan Keluarga Untuk Membantu Proses Meneran**

- a. Beritahukan pada ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin cukup baik, kemudian bantu ibu menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.
- b. Tunggu hingga timbul kontraksi atau rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan dan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada
- c. Jelaskan pada anggota keluarga tentang peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu dan meneran secara benar
- d. Minta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran jika ada rasa ingin meneran atau kontraksi yang kuat. Pada kondisi itu, ibu diposisikan setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman
- e. Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ingin meneran atau timbul kontraksi yang kuat:
- f. Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif
- g. Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai
- h. Bantu ibu mengambil posisi nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama)
- i. Anjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi
- j. Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu
- k. Berikan cukup asupan cairan per-oral (minum)
- l. Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai

Segera rujuk jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah pembukaan lengkap dan dipimpin meneran  $\geq 120$  menit (2 jam) pada primigravida atau  $\geq 60$  menit (1 jam) pada multigravida. Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam selang waktu 60 menit.

## **5. Persiapan Untuk Melahirkan Bayi**

- a. Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut bawah ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm
- b. Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian sebagai alas bokong ibu
- c. Buka tutup partus set dan periksa kembali kelengkapan peralatan dan bahan

- d. Pakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan

## **6. Pertolongan Untuk Melahirkan Bayi**

- a. Lahirnya kepala, setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perenium dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering, tangan yang lain menahan belakang kepala untuk mempertahankan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu meneran secara efektif atau bernafas cepat dan dangkal. Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat (ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi), segera lanjutkan proses kelahiran bayi. Perhatikan, Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lilitan lewat bagian atas kepala bayi, Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong tali pusat di antara dua klem tersebut. Setelah kepala lahir, tunggu putaran paksi luar yang berlangsung secara spontan
- b. Lahirnya bahu, setelah putaran paksi luar selesai, pegang kepala bayi secara biparental. 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 ke arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang, badan dan tungkai. Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah untuk menopang kepala dan bahu. Gunakan tangan untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
- c. Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai, dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kedua kaki dan pegang kedua kaki dengan melingkarkan ibu jari pada satu sisi dan jari-jari lainnya pada sisi yang lain agar bertemu dengan jari telunjuk).

## **7. Asuhan Bayi Baru Lahir**

Lakukan penilaian (selintas):

- a. Apakah bayi cukup bulan ?
- b. Apakah bayi menangis kuat dan/atau bernapas tanpa kesulitan ?
- c. Apakah bayi bergerak dengan aktif ? Bila salah satu jawaban “TIDAK” lanjut ke langkah resusitasi pada bayi baru lahir dengan asfiksia
- d. Bila semua jawaban “YA” lanjut ke-26

Keringkan tubuh bayi Keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya (kecuali kedua tangan) tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk atau kain yang kering. Pastikan bayi dalam posisi dan kondisi aman di perut bagian bawah ibu.

Periksa kembali uterus untuk memastikan hanya satu bayi yang lahir (hamil tunggal) dan bukan kehamilan ganda (gemelli). Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik. Dalam waktu satu menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit (intramuskuler) di 1/3 distal lateral paha (lakukan aspirasi sebelum menyuntik oksitosin).

Setelah 2 menit sejak bayi (cukup bulan) lahir, pegang tali pusar dengan satu tangan pada sekitar 5 cm dari pusar bayi, kemudian jari telunjuk dan jari tengah tangan lain menjepit tali pusar dan geser hingga 3 cm proksimal dari pusar bayi. Klem tali pusar pada titik tersebut kemudian tahan klem ini pada posisinya, gunakan jari telunjuk dan tengah tangan lain untuk mendorong isi tali pusat ke arah ke arah ibu (sekitar 5 cm) dan klem tali pusar pada sekitar 2 cm distal dari klem pertama. Pemotongan dan pengikatan tali pusar :

- a. Dengan satu tangan, pegang tali pusar yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusar diantara 2 klem tersebut
- b. Ikat tali pusar dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian lingkarkan lagi benang tersebut dan ikat tali pusar dengan simpul kunci pada sisi lainnya
- c. Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan

Letakkan bayi tengkurap di dada ibu untuk kontak kulit ibu dan bayi. Luruskan bahu bayi sehingga dada bayi menempel di dada ibunya. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting susu atau areola mammae ibu.

- a. Selimuti ibu dan bayi dengan kain kering dan hangat, pasang topi di kepala bayi
- b. Biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam
- c. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusu untuk pertama kali akan berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusui dari satu payudara

- d. Biarkan bayi di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusu.

#### **8. Manajemen Aktif Kala Tiga Persalinan (Mak III)**

- a. Pindahkan klem tali pusar hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
- b. Letakkan satu tangan di atas kain pada perut bawah ibu (di atas simfisis) untuk mendeteksi kontraksi dan tangan lain memegang klem untuk menegangkan tali pusar.
- c. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusar ke arah bawah sambil tangan lain mendorong uterus ke arah belakang atas (dorso-kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusar dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi kembali prosedur di atas.
- d. Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu.

#### **9. Mengeluarkan plasenta**

- a. Bila pada penekanan bagian bawah dinding depan uterus ke arah dorsal ternyata diikuti dengan pergeseran tali pusar ke arah distal maka lanjutkan dorongan ke arah kranial hingga plasenta dapat dilahirkan.
- b. Ibu boleh meneran tetapi tali pusatnya hanya ditegangkan (jangan ditarik secara kuat terutama jika uterus tak berkontraksi) sesuai dengan sumbu jalan lahir (ke arah bawahsejajar-lantai-atas).
- c. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta.
- d. Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat, ulangi pemberian oksitosin 10 unit IM.
- e. Lakukan kateterisasi (gunakan teknik aseptik) jika kandung kemih penuh.
- f. Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
- g. Ulangi tekanan dorso-kranial dan penegangan tali pusat 15 menit berikutnya.
- h. Jika plasenta tak lahir dalam 30 menit sejak bayi lahir atau terjadi pendarahan maka segera lakukan tindakan plasenta manual
- i. Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan.



- j. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpinil kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan.
- k. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem ovum DTT atau steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal.

#### **10.Rangsangan Taktil (Masase) Uterus**

Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan mesase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras).

Lakukan tindakan yang diperlukan (Kompresi Bimanual Internal, kompresi Aorta Abdominalis, Tampon Kondom-Kateter) jika uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah ransangan taktil/masase

#### **11.Menilai Pendarahan**

Periksa kedua sisi plasenta (maternal-fetal) pastikan plasenta telah dilahirkan lengkap. Masukkan plasenta ke dalam kantung plastik atau tempat khusus. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila terjadi laserasi yang luas dan menimbulkan pendarahan.

### **H. ASUHAN PASCAPERSALINAN**

1. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi pendarahan pervagina.
2. Pastikan kantung kemih kosong.
3. Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan 0,5%, bersihkan noda darah dan cairan tubuh, bilas dengan air DTT tanpa melepas sarung tangan dan keringkan dengan tissu atau handuk.
4. Ajarkan ibu atau keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
5. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
6. Memeriksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik.
7. Pantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 kali/ menit).
8. Jika bayi sulit bernapas, merintih, atau retraksi, diresusitasi dan segera merujuk ke rumah sakit.

9. Jika bayi napas terlalu cepat atau sesak napas, segera rujuk ke Rumah Sakit Rujukan.
10. Jika kaki teraba dingin, pastikan ruangan hangat. Lakukan kembali kontak kulit ibu-bayi dan hangatkan ibu-bayi dalam satu selimut.
11. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit).
12. Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.
13. Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
14. Bersihkan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh dengan menggunakan air DDT. Bersihkan cairan ketuban, lendir, dan darah di ranjang atau disekitar ibu berbaring. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering
15. Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.
16. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.
17. Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, balikkan bagian dalam keluar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
18. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
19. Pakai sarung tangan bersih/DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi
20. Dalam satu jam pertama, beri salep atau tetes mata profilaksis infeksi, vitamin K1 1 mg IM di paha kiri bawah lateral, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pernapasan bayi (normal 40-60 kali/menit) dan temperatur tubuh (normal 36,5-37,5 C) setiap 15 menit.
21. Setelah satu jam pemberian vitamin K1 berikan suntikan imunisasi hepatitis B di paha kiri bawah lateral, pemeriksaan fisik bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat disusukan.
22. Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
23. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
24. Dokumentasi, lengkapi partograf (halaman depan belakang), periksa tanda vital dan pemantauan kala IV persalinan

## I. PARTOGRAF

Partograf merupakan alat bantu untuk memantau kemajuan kala satu persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik. Tujuan utama dari penggunaan partograf untuk mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui periksa dalam, mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal.

Dengan demikian juga dapat mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama. Data pelengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik kemajuan proses persalinan, bahan dan medikamentosa yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, membuat keputusan klinik dan asuhan atau tindakan yang diberikan dimana semua itu dicatatkan secara rinci pada status atau rekam medik ibu bersalin dan bayi baru lahir.

The image shows a standard partogram form. At the top, there are fields for patient details: 'Nama: \_\_\_\_\_', 'Rm: \_\_\_\_\_', 'Tanggal: \_\_\_\_\_', 'Jam: \_\_\_\_\_', and 'Rumah Sakit: \_\_\_\_\_'. Below this is a large grid for recording data. The grid is organized into several horizontal sections. The first section is for 'Kondisi Ibu' (Mother's Condition), with rows for 'Suhu' (Temperature), 'Nadi' (Pulse), 'Tensi' (Blood Pressure), and 'Nafas' (Respiration). The second section is for 'Kondisi Bayi' (Fetal Condition), with rows for 'Nadi' (Heart Rate) and 'Posisi' (Position). The third section is for 'Kemajuan Persalinan' (Labor Progress), featuring a central graph for 'Dilatasi Serviks' (Cervical Dilation) and a row for 'Descent' (Descent). The final section is for 'Asuhan/Tindakan' (Care/Intervention), with rows for 'Obat' (Medication) and 'Tindakan' (Intervention). The form is designed to be filled out by healthcare providers during labor.

Jika digunakan dengan tepat dan konsisten, partograf akan membantu penolong persalinan untuk, mencatat kemajuan persalinan, mencatat kondisi ibu dan janinnya, mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran, menggunakan informasi yang tercatat untuk identifikasi dini penyulit persalinan, menggunakan informasi yang tersedia untuk membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat waktu.

Partograf harus digunakan untuk semua ibu dalam fase aktif kala I persalinan dan merupakan elemen penting dari asuhan persalinan. Partograf harus digunakan untuk semua persalinan, baik normal maupun patologis. Partograf sangat membantu penolong persalinan dalam memantau, mengevaluasi dan membuat keputusan klinik, baik persalinan dengan penyulit maupun yang tidak disertai penyulit.

## **J. PENCATATAN SELAMA FASE LATEN KALA I PERSALINAN**

Seperti yang sudah dibahas di awal bab ini, kala I persalinan terdiri dari dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif yang diacu pada pembukaan serviks, fase laten : pembukaan serviks kurang dari 4 cm, fase aktif : pembukaan serviks dari 4 sampai 10 cm. Selama fase laten, semua asuhan, pengamatan dan pemeriksaan harus dicatat. Hal ini dapat dicatat secara terpisah, baik dicatat kemajuan persalinan maupun di buku KIA atau Kartu Menuju Sehat (KMS) Ibu hamil. Tanggal dan waktu harus dituliskan setiap kali membuat catatan selama fase laten persalinan. Semua asuhan dan intervensi juga harus dicatatkan. Kondisi ibu dan bayi juga harus dinilai dan dicatat dengan seksama yaitu :

1. Denyut jantung janin : setiap  $\frac{1}{2}$  jam
2. Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus : setiap  $\frac{1}{2}$  jam
3. Nadi : setiap  $\frac{1}{2}$  jam
4. Pembukaan serviks : setiap 4 jam
5. Penurunan bagian bawah janin : setiap 4 jam
6. Tekanan darah dan temperature tubuh : setiap 4 jam
7. Produksi urin, aseton dan protein : setiap 2 jam sampai 4 jam

## **K. PENCATATAN SELAMA FASE AKTIF PERSALINAN PARTOGRAF**

Halaman depan partograf menginstruksikan observasi dimulai pada fase aktif persalinan dan menyediakan lajur dan kolom untuk mencatat hasil-hasil pemeriksaan selama fase aktif persalinan. Informasi tentang Ibu : Nama, umur; gravida, para, abortus (keguguran); nomor catatan medik/nomor puskesmas; tanggal dan waktu mulai dirawat (atau jika di rumah, tanggal dan waktu penolong persalinan mulai merawat ibu); waktu pecahnya selaput ketuban.

1. Kondisi Janin
  - a. DJJ, Warna dan adanya air ketuban,
  - b. Penyusupan (molase) tulang cranium janin.
2. Kemajuan persalinan
  - a. Pembukaan serviks;
  - b. Penurunan bagian bawah atau presentasi janin;
  - c. Garis waspada dan garis bertindak.
3. Jam dan waktu :

- a. Waktu mulainya fase aktif persalinan;
- b. Waktu actual saat pemeriksaan atau penilaian.
- 4. Kontraksi uterus
  - a. Frekuensi kotraksi dalam waktu 10 menit;
  - b. Lama kontraksi (dalam detik).
- 5. Obat-obatan dan cairan yang diberikan.
- 6. Oksitosin.
- 7. Obat-obatan lainnya dan cairan yang diberikan.
- 8. Kondisi ibu :
  - a. Nadi, tekanan darah dan tempratur tubuh;
  - b. Urin (volume, aseton, atau protein).

## **L. MENCATAT TEMUAN PADA PARTOGRAF**

### **1. Informasi Tentang Ibu**

Lengkapi bagian awal (atas) partograf secara teliti pada saat memulai asuhan persalinan. Waktu kedatangan (tertulis sebagai : “jam atau pukul” pada partograf) dan perhatikan kemungkinan ibu datang pada fase laten. Catat waktu pecahnya selaput ketuban. Kondisi Janin, bagian diatas grafik pada partograf adalah untuk pencatatan denyut jantung janin (DJJ), air ketuban dan penyusupan (kepala janin).

### **2. Denyut Jantung Janin**

Dengan menggunakan metode seperti yang diuraikan pada bagian pemeriksaan fisik dalam bab ini, nilai dan catat denyut jantung setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin). Kisaran normal DJJ terpapar pada partograph diantara garis tebal pada angka 180 dan 100. Sebaiknya penolong harus waspada bila DJJ mengarah hingga dibawah 120 atau diatas 160.

### **3. Warna dan Adanya Air Ketuban**

Nilai air kondisi ketuban setiap kali melakukan pemeriksaan dalam dan nilai warna air ketuban jika selaput ketuban pecah. Catat temuan-temuan dalam kotak yang sesuai di bawah lajur DJJ. Gunakan lambang-lambang berikut ini :

U : selaput ketuban masih utuh (belum pecah)

J : selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih

M : selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur dengan meconium

D : selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah

K : selaput ketuban sudah pecah tapi air ketuban tidak mengalir lagi (kering).

Meconium dalam cairan ketuban tidak selalu menunjukkan adanya gawat janin. Jika terdapat meconium, pantau DJJ dengan saksama untuk mengenali tanda-tanda gawat janin selama proses persalinan. Jika ada tanda-tanda gawat janin (denyut jantung janin  $< 100$  atau  $> 180$  kali permenit) maka ibu harus segera dirujuk.

#### **4. Penyusupan (Molase) Tulang Kepala Janin**

Penyusupan adalah indikator penting tentang seberapa jauh kepala bayi dapat menyesuaikan diri terhadap bagian keras (tulang) panggul ibu. Semakin besar derajat penyusupan atau tumpang tindih antar tulang kepala semakin menunjukkan risiko disproporsi kepala-panggul (CPD). Setiap kali melakukan pemeriksaan dalam, nilai penyusupan antar tulang (molase) kepala janin. Catat temuan yang ada di kotak yang sesuai (gambar 2-6) di bawah lajur air ketuban. Gunakan lambang-lambang berikut ini :

0: Tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat dipalpasi

1: Tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan

1: Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih tetapi masih dapat dipisahkan

2 : Tulang-tulang janin saling tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan

#### **5. Kemajuan Persalinan**

Kolom dan lajur kedua pada partograf adalah untuk pencatatan kemajuan persalinan. Angka 0 - 10 yang tertera di kolom paling kiri adalah ukuran dilatasi serviks. Nilai setiap angka sesuai dengan besarnya dilatasi serviks dalam satuan centimeter dan menempati jalur dan kotak tersendiri. Perubahan nilai atau perpindahan lajur satu ke lajur yang lain menunjukkan penambahan dilatasi

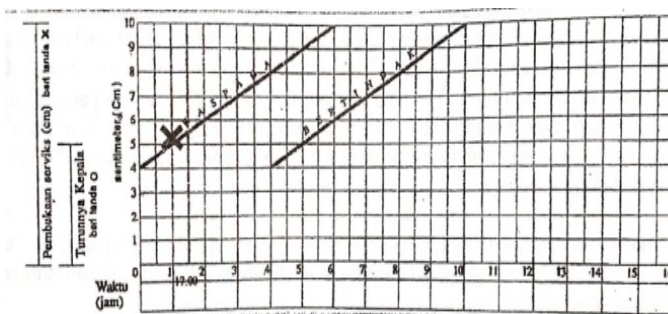
serviks sebesar 1 cm. Dengan menggunakan metode yang dijelaskan di bagian pemeriksaan fisik dalam bab ini, nilai dan catat pembukaan serviks setiap 4 jam (lebih sering dilakukan jika ada tanda-tanda penyulit).

Pilih angka pada tepi kiri luar kolom pembukaan serviks yang sesuai dengan besarnya pembukaan serviks pada fase aktif persalinan yang diperoleh dari hasil periksa dalam. Untuk pemeriksaan pertama pada fase aktif persalinan, temuan (pembukaan serviks) dari hasil pemeriksaan dalam harus dicantumkan pada garis waspada. Pilih angka yang sesuai dengan pembukaan serviks (hasil periksa dalam) dan cantumkan tanda "X" pada ordinat atau titik silang garis dilatasi serviks dan garis waspada.

Hubungkan tanda "X" dari setiap pemeriksaan dengan garis utuh (tidak terputus). Pada pukul 17.00 pembukaan serviks 5 cm dan ibu ada dalam fase aktif. Pembukaan serviks dicatat di "garis waspada" dan waktu pemeriksaan ditulis di bawahnya.

## 6. Pembukaan Serviks

Pembukaan Serviks dengan menggunakan metode yang dijelaskan di bagian pemeriksaan fisik dalam bab ini, nilai dan catat pembukaan serviks setiap 4 jam (lebih sering dilakukan jika ada tanda-tanda penyulit).



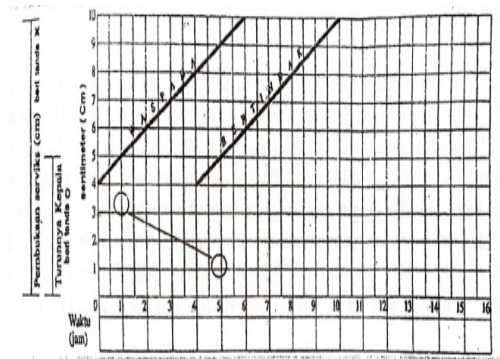
Gambar 2. Pembukaan Serviks

## 7. Penurunan Bagian Terbawah Janin

Tulisan "turunnya kepala" dan garis tidak terputus dari 0-5, tertera di sisi yang sama dengan angka pembukaan serviks. Berikan tanda "O" yang ditulis pada garis waktu yang sesuai. Sebagai contoh jika hasil pemeriksaan palpasi kepala di atas simfisis pubis adalah 4/5 maka tuliskan tanda "O" di garis angka 4. Hubungkan tanda "O" dari setiap pemeriksaan dengan garis tidak terputus.

Contoh : catatan penurunan kepala pada partograph untuk ibu Rohati (gambar 2-8) :

- a. Pada pukul 17.00 penurunan kepala 3/5
- b. Pada pukul 21.00 penurunan kepala 1/5



Gambar 3. Penurunan Kepala Janin

## 8. Garis Waspada dan Garis Bertindak

Garis waspada dimulai pada pembukaan serviks 4 cm dan berakhir pada titik dimana pembukaan lengkap diharapkan terjadi jika laju pembukaan adalah 1 cm/ jam. Garis bertindak tertera sejajar dan disebelah kanan (berjarak 4 jam) garis waspada. Jika pembukaan serviks telah melampaui dan berada di sebelah kanan garis bertindak maka hal ini menunjukkan perlu dilakukan tindakan untuk menyelesaikan persalinan. Sebaiknya, ibu harus sudah berada di tempat rujukan sebelum garis bertindak terlampaui.

## 9. Kontraksi Uterus

Di bawah lajur waktu partograf, terdapat lima kotak dengan tulisan “kontraksi per 10 menit” di sebelah luar kolom paling kiri. Setiap kotak menyatakan satu kontraksi. Setiap 30 menit, raba dan catat jumlah kontraksi per 10 menit dan lamanya kontraksi dalam satuan detik. Nyatakan jumlah kontraksi yang terjadi dalam waktu 10 menit dengan cara mengisi kotak kontraksi yang tersedia dan disesuaikan dengan angka yang mencerminkan temuan dari hasil pemeriksaan kontraksi. Sebagai contoh jika ibu mengalami 3 kontraksi dalam waktu satu kali 10 menit, maka lakukan pengisian pada 3 kotak kontraksi. Catat frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap 30 menit selama kala I fase aktif. Nyatakan lamanya dengan :



- a. Beri titik-titik di kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya kurang 20 detik.
- b. Beri garis-garis di kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya 20-40 detik.
- c. Isi penuh kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya lebih dari 40 detik.

## **N. OBAT-OBATAN DAN CAIRAN YANG DIBERIKAN**

### **1. Oksitosin**

Jika tetesan (drip) oksitosin sudah dimulai, dokumentasikan setiap 30 menit jumlah unit oksitosin yang diberikan per volume cairan IV dan dalam satuan tetesan per menit.

### **2. Obat-obatan Lain dan Cairan IV**

Catat semua pemberian obat-obatan tambahan dan/atau cairan IV dalam kotak yang sesuai dengan kolom waktunya.

## **O. KONDISI IBU**

### **1. Nadi, Tekanan Darah dan Suhu Tubuh**

Angka sebelah kiri bagian partograf ini berkaitan dengan nadi dan tekanan darah ibu. Nilai dan catat nadi ibu setiap 30 menit selama fase aktif persalinan (lebih sering jika diduga adanya penyulit). Beri tanda titik (.) pada kolom waktu yang sesuai. Nilai dan catat tekanan darah ibu setiap 4 jam selama fase aktif persalinan. Beri tanda panah pada partograf pada kolom waktu yang sesuai nilai dan catat temperatur tubuh ibu (lebih sering jika terjadi peningkatan mendadak atau diduga adanya infeksi) setiap 2 jam dan catat temperatur tubuh pada kotak yang sesuai.

### **2. Volume Urin, Protein dan Aseton**

Ukur dan catat jumlah produksi urin ibu sedikitnya setiap 2 jam (setiap kali ibu berkemih), jika memungkinkan, setiap kali ibu berkemih, lakukan pemeriksaan aseton dan proteinuria.

## **P. PENCATATAN PADA HALAMAN 2 PARTOGRAF**

Halaman belakang partograf merupakan bagian untuk mencatat hal-hal yang terjadi selama proses persalinan dan kelahiran bayi, serta tindakan-

tindakan yang dilakukan sejak kala I hingga kala IV dan bayi baru lahir. Itulah sebabnya bagian ini disebut sebagai catatan persalinan. (POGI, 2014)

| CATATAN PERSALINAN                         |                                                        |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| 1. Tanggal                                 | 23. Mengetahui Perawat Umat ?                          |
| 2. Nama Bidan                              | Ya                                                     |
| 3. Tempat Persalinan                       | Tidak, Alasan :                                        |
| 4. Waktu (jam)                             | 24. Plasenta lahir lengkap (terdiri : 10 / 10) / tidak |
| 5. Waktu (menit)                           | 25. Jika tidak terdapat yang ditanyakan                |
| 6. Alasan tempat persalinan                | Ya                                                     |
| 7. Catatan : Risiko Kala I / II / III / IV | 26. Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya / Tidak       |
| 8. Pengalihan Fungsi vital setelah lahir   | Ya, Terlihat                                           |
| 9. Status                                  | Ya                                                     |
| 10. Status                                 | Ya                                                     |
| 11. Status                                 | Ya                                                     |
| 12. Status                                 | Ya                                                     |
| 13. Status                                 | Ya                                                     |
| 14. Status                                 | Ya                                                     |
| 15. Status                                 | Ya                                                     |
| 16. Status                                 | Ya                                                     |
| 17. Status                                 | Ya                                                     |
| 18. Status                                 | Ya                                                     |
| 19. Status                                 | Ya                                                     |
| 20. Status                                 | Ya                                                     |
| 21. Status                                 | Ya                                                     |
| 22. Status                                 | Ya                                                     |
| 23. Status                                 | Ya                                                     |
| 24. Status                                 | Ya                                                     |
| 25. Status                                 | Ya                                                     |
| 26. Status                                 | Ya                                                     |
| 27. Status                                 | Ya                                                     |
| 28. Status                                 | Ya                                                     |
| 29. Status                                 | Ya                                                     |
| 30. Status                                 | Ya                                                     |
| 31. Status                                 | Ya                                                     |
| 32. Status                                 | Ya                                                     |
| 33. Status                                 | Ya                                                     |
| 34. Status                                 | Ya                                                     |
| 35. Status                                 | Ya                                                     |
| 36. Status                                 | Ya                                                     |
| 37. Status                                 | Ya                                                     |
| 38. Status                                 | Ya                                                     |
| 39. Status                                 | Ya                                                     |
| 40. Status                                 | Ya                                                     |
| 41. Status                                 | Ya                                                     |
| 42. Status                                 | Ya                                                     |
| 43. Status                                 | Ya                                                     |
| 44. Status                                 | Ya                                                     |
| 45. Status                                 | Ya                                                     |
| 46. Status                                 | Ya                                                     |
| 47. Status                                 | Ya                                                     |
| 48. Status                                 | Ya                                                     |
| 49. Status                                 | Ya                                                     |
| 50. Status                                 | Ya                                                     |
| 51. Status                                 | Ya                                                     |
| 52. Status                                 | Ya                                                     |
| 53. Status                                 | Ya                                                     |
| 54. Status                                 | Ya                                                     |
| 55. Status                                 | Ya                                                     |
| 56. Status                                 | Ya                                                     |
| 57. Status                                 | Ya                                                     |
| 58. Status                                 | Ya                                                     |
| 59. Status                                 | Ya                                                     |
| 60. Status                                 | Ya                                                     |
| 61. Status                                 | Ya                                                     |
| 62. Status                                 | Ya                                                     |
| 63. Status                                 | Ya                                                     |
| 64. Status                                 | Ya                                                     |
| 65. Status                                 | Ya                                                     |
| 66. Status                                 | Ya                                                     |
| 67. Status                                 | Ya                                                     |
| 68. Status                                 | Ya                                                     |
| 69. Status                                 | Ya                                                     |
| 70. Status                                 | Ya                                                     |
| 71. Status                                 | Ya                                                     |
| 72. Status                                 | Ya                                                     |
| 73. Status                                 | Ya                                                     |
| 74. Status                                 | Ya                                                     |
| 75. Status                                 | Ya                                                     |
| 76. Status                                 | Ya                                                     |
| 77. Status                                 | Ya                                                     |
| 78. Status                                 | Ya                                                     |
| 79. Status                                 | Ya                                                     |
| 80. Status                                 | Ya                                                     |
| 81. Status                                 | Ya                                                     |
| 82. Status                                 | Ya                                                     |
| 83. Status                                 | Ya                                                     |
| 84. Status                                 | Ya                                                     |
| 85. Status                                 | Ya                                                     |
| 86. Status                                 | Ya                                                     |
| 87. Status                                 | Ya                                                     |
| 88. Status                                 | Ya                                                     |
| 89. Status                                 | Ya                                                     |
| 90. Status                                 | Ya                                                     |
| 91. Status                                 | Ya                                                     |
| 92. Status                                 | Ya                                                     |
| 93. Status                                 | Ya                                                     |
| 94. Status                                 | Ya                                                     |
| 95. Status                                 | Ya                                                     |
| 96. Status                                 | Ya                                                     |
| 97. Status                                 | Ya                                                     |
| 98. Status                                 | Ya                                                     |
| 99. Status                                 | Ya                                                     |
| 100. Status                                | Ya                                                     |

Gambar 4. Halaman Belakang Patograf

# BAB 2

## MANAJEMEN KEBIDANAN DALAM PERSALINAN

---

### A. PENGERTIAN MANAJEMEN KEBIDANAN

1. **Menurut IBI (50 tahun IBI)**, manajemen kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis, mulai dari pengkajian, analisis data, diagnosis kebidanan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.
2. **Menurut Depkes RI**, manajemen kebidanan adalah metode dan pendekatan pemecahan masalah ibu dan anak yang khusus dilakukan oleh Bidan dalam memberikan asuhan kepada individu, keluarga, dan masyarakat.
3. **Menurut Hellen Varney**, manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, keterampilan dalam rangkaian atau tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan yang berfokus pada klien.
4. **Menurut Titik Rahmawati**, manajemen asuhan kebidanan adalah pendekatan dan kerangka pikir yang digunakan oleh Bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis mulai dari pengumpulan data, analisa data, diagnosa kebidanan, perencanaan, penatalaksanaan dan evaluasi.
5. **Menurut Sudarti**, manajemen suhan kebidanan merupakan metode atau bentuk pendekatan yang digunakan bidan dalam memberikan asuhan kebidanan sehingga langkah-langkah dalam manajemen kebidanan merupakan alur pikir Bidan dalam pemecahan masalah atau pengambilan keputusan klinis. Asuhan yang dilakukan harus dicatat secara benar, sederhana, jelas dan logis .(Mangkuji et al., 2012)

## **B. PROSES MANAJEMEN KEBIDANAN MENURUT (*AMERICAN COLLAGE of NURSE MIDWIFEVES*)**

Proses manajemen kebidanan sesuai dengan standar yang dikeluarkan oleh *American collage of Nurse Midwifeves* (ACNM) tahun 1999 terdiri atas :

1. Mengumpulkan dan memperbaharui data yang lengkap dan relevan secara sistematis melalui pengakajian yang komprehensif terhadap kesehatan setiap klien, termasuk mengkaji riwayat kesehatan dan melakukan pemeriksaan fisik
2. Mengidentifikasi masalah dan membuat diagnosa berdasarkan interpretasi data dasar
3. Mengidentifikasi kebutuhan terhadap asuhan kesehatan dalam menyelesaikan masalah dan merumuskan tujuan asuhan kesehatan bersama klien
4. Memberi informasi dan dukungan kepada klien sehingga mampu membuat keputusan dan bertanggung jawab terhadap kesehatannya
5. Membuat rencana asuhan yang komprehensif bersama klien
6. Secara pribadi bertanggung jawab terhadap implementasi rencana individual
7. Melakukan konsultasi dan perencanaan, melaksanakan manajemen dengan berkolaborasi, dan merujuk klien untuk mendapat asuhan selanjutnya
8. Merencanakan manajemen terhadap komplikasi dalam situasi darurat jika terdapat penyimpangan dari keadaan normal
9. Melakukan evaluasi bersama klien terhadap pencapaian asuhan kesehatan dan merevisi rencana asuhan sesuai dengan kebutuhan.

## **C. PROSES MANAJEMEN KEBIDANAN MENURUT HELEN VARNEY**

Menurut Varney proses penyelesaian masalah merupakan salah satu upaya yang dapat digunakan dalam manajemen kebidanan. Varney berpendapat bahwa dalam melakukan manajemen kebidanan , bidan harus memiliki kemampuan berpikir secara kritis untuk menegakan diagnosa atau masalah potensial kebidanan. Selain itu, diperlukan pula kemampuan kolaborasi atau kerja sama. Hal ini dapat digunakan sebagai dasar dalam perencanaan kebidanan selanjutnya. Dalam buku kebidanan yang ditulisnya pada tahun 1981, proses manajemen kebidanan diselesaikan melalui lima langkah, yaitu Pengkajian data asuhan kebidanan, penentuan diagnosa kebidanan,

perencanaan, pelaksanaan dan Evaluasi. Namun setelah menggunakan lima langkah manajemen kebidanan tersebut Varney melihat ada beberapa hal penting yang harus disempurnakan. Kemudian dia menambahkan dua langkah lagi untuk menyempurnakan teori lima langkah yang telah dijelaskan sebelumnya. Tujuh langkah manajemen asuhan kebidanan menurut (Varney et al., 2007) sebagai berikut :

### **1. Langkah I : Pengumpulan Data Dasar**

Langkah ini dilakukan dengan melakukan pengkajian melalui proses pengumpulan data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan pasien secara lengkap seperti riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan, peninjauan catatan terbaru atau catatan sebelumnya, data laboratorium dan membandingkannya dengan hasil studi. Semua data dikumpulkan dari sumber yang berhubungan dengan kondisi pasien.

Pengumpulan data dimulai saat klien masuk dan dilanjutkan secara terus menerus selama proses asuhan kebidanan berlangsung. Data dapat dikumpulkan dari berbagai sumber, baik sumber primer (pasien) maupun sumber sekunder (anggota keluarga atau tenaga kesehatan lain).

Teknik pengumpulan data ada 3 yaitu observasi (melalui panca indera), wawancara (tanya jawab), dan pemeriksaan (memakai instrumen). Data diklasifikasikan menjadi dua, yaitu data subjektif dan data objektif.

Bidan mengumpulkan data dasar dengan lengkap. Bila klien mengalami komplikasi yang perlu dikonsultasikan kepada dokter dalam manajemen kolaborasi, bidan akan melakukan konsultasi. Pada keadaan tertentu bisa terjadi langkah pertama overlap dengan langkah ke-5 dan 6 (atau menjadi bagian dari langkah-langkah tersebut), karena data yang diperlukan diambil dari hasil pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan diagnostik lainnya. Kadang-kadang bidan perlu memulai manajemen dari langkah 4 untuk mendapatkan data dasar awal yang perlu disampaikan kepada dokter.

### **2. Langkah II: Interpretasi Data Dasar**

Langkah ini dilakukan dengan mengidentifikasi data secara benar terhadap diagnosa atau masalah kebutuhan pasien. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga diteukan masalah atau diagnosa yang spesifik. Kata masalah dan diagnosa keduanya digunakan karena beberapa

masalah tidak dapat diselesaikan seperti diagnosa, namun membutuhkan penanganan yang dituangkan ke dalam sebuah rencana asuhan terhadap klien.

Masalah adalah kesenjangan yang diharapkan dengan fakta/ kenyataan. Selain itu, sudah terpikirkan perencanaan yang dibutuhkan terhadap masalah. Sebagai contoh masalah yang menyertai diagnosa seperti diagnosa kemungkinan perempuan hamil tersebut masuk trimester III. Masalah yang kemungkinan dapat muncul adalah takut tidak termasuk kedalam kategori “diagnosa nomenklatur” tetapi tetap akan menciptakan suatu masalah yang membutuhkan pengkajian lebih lanjut dan memerlukan suatu perencanaan untuk mengurangi rasa takut.

### **3. Langkah III : Identifikasi diagnosa atau masalah Potensial**

Langkah ini dilakukan dengan mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial yang lain berdasarkan beberapa masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi yang cukup dan apabila memungkinkan dilakukan proses pencegahan atau dalam kondisi tertentu pasien memerlukan tindakan segera. Contoh diagnosa kebidanan : Kehamilan normal, partus normal, abortus dll. Pada langkah ini penting sekali untuk melakukan asuhan yang aman. Misal pada persalinan dengan bayi besar, bidan sebaiknya juga mengantisipasi dan bersiap –siap terhadap kemungkinan terjadinya distocia bahu sehingga perlu disiapkan kebutuhan untuk resusitasi.

### **4. Langkah IV : Identifikasi dan penetapan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera**

Tahap ini dilakukan oleh bidan dengan melakukan identifikasi dan menetapkan beberapa kebutuhan setelah diagnosa dan masalah ditegakkan. Kegiatan bidan pada tahap ini adalah konsultasi, kolaborasi, dan melakukan rujukan. Beberapa data menunjukkan situasi emergensi dimana bidan perlu bertindak segera demi keselamatan ibu dan bayi, dan beberapa sementara menunggu instruksi dokter, mungkin juga memerlukan konsultasi dengan tim kesehatan lain. Bidan mengevaluasi situasi setiap pasien untuk menentukan asuhan pasien yang paling tepat.

### **5. Langkah V : Perencanaan Asuhan secara Menyeluruh**

Setelah beberapa kebutuhan pasien ditetapkan, diperlukan perencanaan menyeluruh terhadap masalah dan diagnosa yang ada. Dalam proses perencanaan asuhan secara menyeluruh juga dilakukan identifikasi beberapa

data yang tidak lengkap agar pelaksanaan secara menyeluruh dapat teratasi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau masalah yang berkaitan , tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap perempuan tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya. Setiap rencana asuhan harus disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu bidan dan klien agar dapat dilaksanakan asuhan kebidanan secara efektif, karena pada akhirnya perempuan itulah yang akan melaksanakan rencana itu atau tidak. Semua asuhan yang dikembangkan secara menyeluruh harus rasional dan benar-benar valid berdasarkan pengetahuan dan teori yang *up to date* serta sesuai dengan asumsi tentang apa yang akan atau tidak akan dilakukan oleh klien.

#### **6. Langkah VI : Pelaksanaan Perencanaan**

Tahap ini merupakan tahap pelaksanaan dari semua rencana sebelumnya, baik terhadap masalah pasien maupun diagnosa yang ditegakkan. Pelaksanaan ini dapat dilakukan oleh bidan secara mandiri maupun kolaborasi dengan tim kesehatan lainnya. Jika bidan tidak melakukannya sendiri tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya. Bidan bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh.

#### **7. Langkah VII : Evaluasi**

Merupakan tahap akhir dalam manajemen kebidanan, yaitu dengan melakukan evaluasi dari perencanaan maupun pelaksanaan yang dilakukan oleh bidan. Evaluasi sebagai bagian dari pelayanan secara komprehensif dan selalu berubah sesuai dengan kondisi atau kebutuhan klien. Evaluasi efektif dari asuhan yang telah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah telah terpenuhi sesuai dengan apa yang diidentifikasi dalam masalah dan diagnosa. Rencana tersebut bisa dianggap efektif jika memang efektif pelaksanaannya, ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut telah efektif sedang sebagian belum efektif.

### **D. PENGERTIAN DOKUMENTASI KEBIDANAN**

Mengingat langkah-langkah manajemen asuhan kebidanan diatas merupakan suatu pola pikir, selanjutnya kita perlu melakukan pencatatan atau pendokumentasian. Proses pencatatan dan pendokumentasian ini disebut dokumentasi kebidanan (Mangkuji et al., 2012). Dokumentasi kebidanan merupakan hal yang harus diperhatikan oleh tenaga Bidan dalam setiap

kegiatan setelah melakukan asuhan yang diberikan kepada klien, selain sebagai sistem pencatatan dan pelaporan, dokumentasi kebidanan juga digunakan sebagai informasi status kesehatan pasien pada semua kegiatan asuhan kebidanan yang dilakukan oleh Bidan. Seorang Bidan setelah melakukan asuhan yang diberikan pada klien misalkan ibu hamil, ibu bersalin, masa nifas, bayi baru lahir dari mulai informasi yang dikumpulkan baik secara subjektif, hasil pemeriksaan fisik dan data penunjang atau data objektif, serta diagnosa masalah dan kebutuhan yang telah ditegakkan oleh Bidan dimana setelah itu Bidan melakukan tindakan atau asuhan semua tercatat atau terdokumentasi dengan baik bisa lewat tulisan, foto-foto atau video jika hal ini memungkinkan sehingga bukti pencatatan atau dokumentasi ini dapat dipertanggungjawabkan keabsahannya secara otentik jika suatu saat ada tuntutan hukum (Rukiyah et al., 2014). Dalam melakukan Dokumentasi asuhan kebidanan kita perlu mengetahui aturan atau prinsip umum dalam pembuatan dokumentasi kebidanan agar dapat terlaksana secara efektif dan efisien.

Sebelum prinsip-prinsip tersebut diterapkan, ada beberapa persyaratan dokumentasi kebidanan yang perlu diketahui yaitu, kesederhanaan dimana penggunaan kata-kata yang sederhana dan mudah dimengerti dan dipahami, keakuratan, yaitu dimana data yang diperoleh benar-benar akurat dari data yang dikumpulkan digunakan kesabaran dalam membuat dokumentasi kebidanan ketepatan dalam pendokumentasian merupakan syarat mutlak untuk memperoleh ketepatan diperlukan ketelitian dan penggunaan seperti penilaian gambaran klinis pasien, hasil laboratorium, dimana setiap kesalahan dikoreksi dengan baik dan pada tanda bukti pancantuman ditandatangani oleh pihak-pihak yang berwenang, kejelasan dan keobjektifan dalam melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan .(Alimul, 2008)

## **E. SYARAT DAN PRINSIP DOKUMENTASI KEBIDANAN**

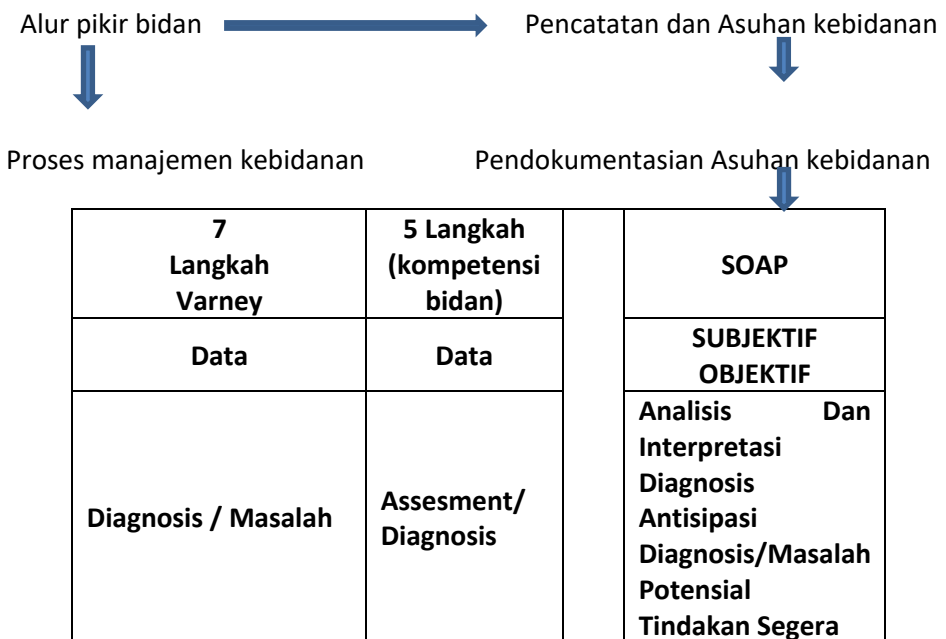
Dokumentasikan secara lengkap tentang suatu masalah yang penting yang bersifat klinis, dokumentasi ini bertujuan untuk menyampaikan informasi penting tentang pasien, rekam medis dipergunakan dalam pendokumentasian asuhan kebidanan untuk memenuhi kewajiban profesional bidan dalam mengomunikasikan informasi penting. Lakukan penandatanganan dalam setiap pencatatan data, perlu dicantumkan nama bidan yang bertugas serta waktu pencatatan. Tulislah dengan jelas dan rapi, gunakan singkatan resmi dalam



pendokumentasian, catat nama pasien disetiap halaman, hindari menerima instruksi verbal dari dokter melalui telepon kecuali dalam kondisi darurat, catat informasi secara lengkap tentang obat yang diberikan mencatat segala bentuk manajemen obat pada pasien adalah suatu hal yang harus dilakukan dalam proses dokumentasi kebidanan diantaranya tentang jenis obat, waktu pemberian obat, dan dosis obat, catat keadaan alergi obat atau makanan dan catat hasil laboraorium yang abnormal .(Alimul, 2008)

Dokumentasi mempunyai 2 sifat yaitu tertutup dan terbuka, tertutup apabila di dalam berisi rahasia yang tidak pantas diperlihatkan, diungkapkan disebarluaskan kepada masyarakat. Terbuka apabila dokumen tersebut selalu berinteraksi dengan lingkungannya yang menerima dan menghimpun informasi. Pendokumentasian dari asuhan kebidanan di rumah sakit dikenal dengan istilah rekam medik. Menurut SK Menkes RI No. 749 adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen yang berisi tentang identitas, Anamnesa seseorang kepada seorang pasien selama dirawat di Rumah sakit yang dilakukan di unit-unit rawat termasuk UGD dan unit rawat inap .(Sudarti dan Fauziah, 2011)

Tabel 1. Keterkaitan antara proses manajemen kebidanan dan pendokumentasian kebidanan (Mangkuji et al., 2012)



|                                                                                                        |              |  |                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Antisipasi<br>Diagnosis/Masalah<br>potensial                                                           |              |  | Planning<br>(Dokumentasi<br>Implementasi)<br>Asuhan Mandiri<br>Kolaborasi<br>Tes Diagnostik<br>/Lab<br>Konsleing<br>Follow Up |
| Keptuhan segera<br>untuk<br>konsultasi,Kolaborasi                                                      |              |  |                                                                                                                               |
| Planning :<br>Konsul<br>Tes diagnostik<br>Laboratorium<br>Rujukan<br>Pendidikan/konseling<br>Follow UP | Planning     |  |                                                                                                                               |
| Implementasi                                                                                           | Implementasi |  |                                                                                                                               |
| Evaluasi                                                                                               | Evaluasi     |  |                                                                                                                               |

## F. FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN

No Register :

Tanggal masuk :

Tgl & jam :

Nama Pengkaji :

### A. Pengkajian

#### Data subjektif (DS)

##### 1. Identitas Istri,Suami

Nama,Agama,Pekerjaan,Alamat,No Telp

2. Alasan datang.....
3. Keluhan utama.....
4. Riwayat pernikahan.....  
Pernikahan ke :.....Kali  
Usia pertama menikah :.....Tahun  
Lama menikah :..... Tahun
5. Riwayat menstruasi  
Menarche :.....  
Siklus :.....  
Lamanya :.....  
Banyaknya :.....  
Disminorhea:.....
6. Riwayat kesehatan.....
7. Riwayat Kesehatan keluarga.....
8. Riwayat obstetri yang lalu  
Kehamilan (Urutan kehamilan ke, Usia kehamilan...mg/ bln,periksa di...penyulit dan pengobatan yang diterima), Persalinan (Urutan persalinan, Jenis persalinan, Penolong, keadaan BBL, Penyulit persalinan), Anak (Urutan Anak, Jenis kelamin, BB & PB), Nifas (Pemberian Asi dan penyulit nifas).
9. Riwayat obstetri sekarang  
HPHT :.....  
Gerakan janin :.....  
Keluhan saat hamil :.....  
ANC : Trimester I :.....  
Trimester II :.....  
Trimester III :.....  
  
Imunisasi TT :.....  
  
Obat yang dikonsumsi :.....
10. Riwayat KB  
Kontrasepsi yang dipakai :.....  
Lama pemakaian :.....

- Keluhan : .....  
 Kontrasepsi yang lalu : .....  
 Lama pemakaian : .....  
 Alasan berhenti : .....  
 11. Pola Nutrisi  
     Makan : .....  
     Minum : .....  
 12. Pola Eliminasi  
     BAB : .....kali/hari  
     BAK : .....Kali/hari  
 13. Pola istirahat  
     Malam : ..... Jam  
     Siang : .....Jam  
 14. Data psikososial dan Budaya.....

### **Data objektif**

1. Pemeriksaan umum
  - a. Kesadaran
  - b. Komposmentis
  - c. Somnolent
  - d. Sopor
2. Pemeriksaan fisik
 

Kepala : .....  
 Mata : .....  
 Mulut : .....  
 Leher:.....  
 Payudara : .....  
 Abdomen : .....  
 Leopold I : .....  
 Leopold II : .....  
 Leopold III:.....  
 Leopold IV:.....  
 Djj : .....  
 Genetalia : .....  
 Ekstremitas : .....

3. Pemeriksaan dalam: tgl....jam.....

v/v

Pembukaan

Effisement

Ketuban

Hodge

Bagian terdahulu

Denominator

Moulage

Bagian kecil yang menyertai  
bagian terdahulu

4. Pemeriksaan penunjang : tanggal.....

Urine :.....

Protein :.....

Reduksi :.....

Hb :.....

Goldar :.....

VDRL :.....

B. IDENTIFIKASI DIAGNOSA MASALAH AKTUAL

C. IDENTIFIKASI DIAGNOSA MASALAH POTENSIAL

D. IDENTIFIKASI KEBUTUHAN SEGERA

E. INTERVENSI

F. IMPLEMENTASI

G. EVALUASI

## **KALA II**

A. DATA SUBJEKTIF

B. DATA OBJEKTIF

C. ANALISA

D. PENATALAKSANAAN

## **KALA III**

A. DATA SUBJEKTIF

B. DATA OBJEKTIF

C. ANALISA

D. PENATALAKSANAAN

## **KALA IV**

- A. DATA SUBJEKTIF
- B. DATA OBJEKTIF
- C. ANALISA
- D. PENATALAKSANAAN

## **G. PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN (SOAP)**

### **1. Kala I**

- a. Data subyektif, kehamilan kedua dan tidak pernah keguguran
- b. Data Objektif, GII,PI,A0, ekspresi wajah tampak meringis saat ada kontraksi
- c. Assesment, **“Ny.....G....P.....dengan kala II”**
- d. Penatalaksanaan, memantau kemajuan persalinan, memberikan informed consent pada ibu dan keluarga untuk mengetahui tindakan yang akan dilakukan, mengajarkan ibu tehnik relaksasi dengan cara menarik nafas panjang melalui hidung dan mengeluarkan melalui mulut, melakukan pemeriksaan dalam, memberikan intake makanan dan minuman, memberikan support pada ibu guna memberi semangat dalam menghadapi persalinan.

### **2. Kala II**

- a. Data Subyektif, Ibu merasakan perutnya semakin sakit dan ingin buang air besar
- b. Data Objektif, adanya dorongan meneran Tekanan pada anus Perineum menonjol Vulva vagina membuka
- c. Asessment , **“Ny.....G....P.....dengan kala II”**
- d. Penatalaksanaan, memastikan adanya tanda pasti gejala kala II persiapan penolong, persiapan tempat persalinan, peralatan dan bahan, persiapan tempat dan lingkungan untuk kelahiran bayi, persiapan ibu dan keluarga, pembersihan perineum, pengosongan kandung kemih, periksa dalam dan amniotomi, pengaturan posisi ibu meneran pencegahan laserasi/melakukan episiotomi, pertolongan kelahiran bayi (melahirkan kepala, pemeriksaan tali pusat dileher, melahirkan bahu (cek tanda dan gejala distosia bahu), melahirkan seluruh tubuh bayi.

### **3. Kala III**

- a. Data subjektif, ibu dapat mengungkapkan perasaan lega setelah bayi dilahirkan, ibu merasakan perutnya masih sedikit mules.
- b. Data objektif, perubahan bentuk dan tinggi fundus. Setelah bayi lahir dan sebelum miometrium mulai berkontraksi, uterus bulat penuh dan tinggi fundus biasanya dibawah pusat. Setelah uterus berkontraksi dan plasenta terdorong ke bawah, uterus berbentuk segitiga atau seperti buah alpukat dan fundus berada diatas pusat (seringkali mengarah kesisi kanan), Tali pusat memanjang menjulur keluar melalui vulva, Adanya semburan darah mendadak dan singkat, yang akan membantu mendorong plasenta keluar dibantu oleh gaya gravitasi.
- c. Asessment, **“Ny...P...dengan kala III”**
- d. Penatalaksanaan, pemberian suntikan oksitosin dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir, Melakukan peregang tali pusat terkendali (PTT), melakukan masase fundus uteri

#### **4. Kala IV**

- a. Data subjektif, Ibu dapat mengungkapkan perasaan gembiranya setelah bayi dan plasenta lahir, ibu merasakan perutnya kadang merasa sedikit mules, bila ibu mengalami luka robek pada perineumnya ibu mengeluh merasa perih.
- b. Data objektif, keadaan umum ibu, mencakup dengan kesadaran, tekanan darah, pernafasan, suhu, dan nadi yang akan memberikan gambaran terhadap kondisi ibu baik atau bermasalah, tinggi fundus uteri dan kontraksi, kandung kemih apakah penuh atau tidak, melakukan deteksi apakah perdarahan aktif atau tidak, melakukan estimasi jumlah kehilangan darah.
- c. Asessment, **“Ny.....P....dengan kala IV”**
- d. Penatalaksanaan, pemantauan persalinan kala IV, tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan, tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, kandung kemih dan perdarahan .(Suprpti dan Mansur, 2018)

# BAB 3

## FISIOLOGI PERSALINAN NORMAL

---

### A. POWER (HIS)

His adalah kontraksi uterus karena otot-otot polos Rahim bekerja dengan baik dan sempurna. Sifat his yang baik adalah kontraksi simetris, fundus dominan, terkoordinasi dan relaksasi. Walaupun his itu kontraksi yang fisiologis akan tetapibertentangan dengan kontraksi fisiologis nyeri lainnya, tiap his dimulai sebagai gelombang dari salah satu sudut Dimana tuba masuk ke dalam dinding uterus. Ditempat tersebut ada suatu face maker darimana gelombang tersebut berasal

Kontraksi ini bersifat involunter karena berada dibawah pengaruh saraf intrinsic. Ini berarti Wanita tidak memiliki kendali fisiologis terhadap frekuensi dan durasi kontraksi. Kontraksi uterus juga bersifat intermitten sehingga ada periode relaksasi uterus diantara kontraksi, fungsi relaksasi yaitu mengistirahatkan otot uterus, memberi kesempatan istirahat bagi ibu, mempertahankan kesejahteraan bayi karena kontraksi uterus menyebabkan kontraksi pembuluh darah plasenta dari ibu ke janinnya.(Ai Nurasih, 2012)

Tanda-tanda persalinan akan berlangsung apabila his atau kontraksi yang semakin sering, mula-mula lemah dan teratur, lama-kelamaan semakin sering seiring mendekatnya waktu bersalin. Timbulnya his atau kontraksi uterus tidak bergantung pada kemauan ibu, tetapi seolah-olah dipengaruhi oleh uterus ibu sendiri, yaitu his terjadi akibat kerja hormon oksitosin, regangan dinding uterus oleh isi konsepsi, rangsangan terhadap plexus saraf frankenhauser yang tertekan massa konsepsi. His yang baik dan ideal/sempurna meliputi:

1. Kontraksi simultan simetris di seluruh uterus atau bersifat teratur, interval makin pendek, dan kekuatannya makin besar
2. Kekuatan terbesar (dominasi) di daerah fundus, dimana pinggang terasa sakit yang menjalar ke depan
3. Terdapat periode relaksasi di antara dua periode kontraksi dan terdapat retraksi otot-otot korpus uteri setiap sesudah his



4. Mempunyai pengaruh terhadap perubahan serviks, serviks uteri yang banyak mengandung kolagen dan kurang mengandung serabut otot akan tertarik keatas oleh retraksi otot-otot korpus, kemudian terbuka secara pasif dan mendatar (cervical effacement), ostium uteri eksternumpun akan terbuka.
5. Makin beraktivitas (berjalan) kekuatan his makin bertambah, hal tentang his yang baik dan ideal tersebut dapat diterangkan dengan ringkas sebagai berikut: timbulnya his tersebut adalah karena kontraksi otot-otot dalam dinding uterus yang berpangkal pada sudut uterus, kiri dan kanan di atas sedikit dari tempat masuknya tuba. Dari kedua daerah tersebut uterus mulai berkontraksi serentak dan secara bergelombang ke arah tengah korpus uteri. Setelah kedua gelombang kontraksi dari kiri dan kanan bertemu di bagian tengah uterus maka dengan adanya penguasaan (dominasi) dari fundus uteri gelombang kontraksi yang sekarang melingkari badan atau korpus uterus menuju ke bawah ke bagian segmen bawah uterus dan berakhir di daerah ostium internum uteri. Kontraksi uterus tersebut adalah bersifat setangkup (simetris), artinya sama pada bagian kanan dan kiri. Setelah kontraksi tersebut berhenti, datanglah waktu pause pada saat dimana otot-otot dinding uterus menjadi kendur kembali dan mendapat kesempatan untuk beristirahat. Keadaan inilah yang dinamakan relaksasi. Demikian keadaannya sampai datang kembali his yang baru. Makin ibu beraktivitas (berjalan) maka kekuatan hisnya makin bertambah.

## **B. SIFAT HIS PADA BERBAGAI FASE PERSALINAN**

1. Kala I Awal (fase laten) Timbul tiap 10 menit dengan amplitudo 40 mmHg, lama 20- 30 detik. Serviks terbuka sampai 3 cm. Frekuensi dan amplitudo terus meningkat.
2. Kala I Lanjut (fase aktif) sampai Kala I akhir Terjadi peningkatan rasa nyeri, amplitudo makin kuat sampai 60 mmHg, frekuensi 2-4 kali/10 menit, lama 60-90 detik. Serviks terbuka sampai lengkap ( $\pm 10$  cm). His pada Kala I ini disebut 'his pembukaan', yang sifatnya adalah datangnya teratur, makin lama makin kuat dan cepat, disertai perasaan sakit di perut dan di pinggang.
3. Kala II Amplitudo 60 mmHg, frekuensi 3-4 kali/10 menit. Refleks mengejan terjadi juga akibat stimulasi dari tekanan bagian terbawah janin (pada persalinan normal yaitu kepala) yang menekan anus dan rektum. Tambahan tenaga meneran dari ibu, dengan kontraksi otot-otot dinding abdomen dan

diafragma, berusaha untuk mengeluarkan bayi. His dalam Kala II ini disebut sebagai his pengeluaran, yang biasanya lebih kuat daripada his pembukaan dan selamanya disertai oleh tenaga lain, yaitu tenaga ibu meneran/mengejan dengan dinding perutnya.

4. Kala III Amplitudo 60-80 mmHg, frekuensi kontraksi berkurang aktifitas uterus menurun. Plasenta dapat lepas spontan dari aktifitas uterus ini, namun dapat juga tetap menempel (retensio) dan memerlukan tindakan aktif. His pada Kala III ini disebut 'his pelepasan uri dimana dengan tenaga his dapat keluar sendiri atau dengan sedikit tekanan (tindakan aktif tadi).
5. Pengeluaran Pembawa Tanda (lendir bercampur darah), keluar lendir kemerahan (bloody show) berupa lendir ber campur darah warna merah terang yang berasal dari vagina. Perdarahan sedikit ini disebabkan karena terlepasnya selaput janin dari kutub bawah uterus. Lendir berasal dari saluran leher rahim (serviks uteri).
6. Pendataran dan pembukaan (dilatasi) dari leher rahim/ servik uteri, pendataran dan pembukaan (dilatasi) ditimbulkan karena terjadinya perubahan pada serviks karena pengaruh dari his persalinan. Pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas. Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah (berkaitan dengan pengeluaran pembawa tanda lendir bercampur darah).
7. Pengeluaran Cairan, Pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap. Pecahnya ketuban menandakan persalinan akan segera dimulai. Air ketuban biasanya jernih dan tidak berbau, ibu mungkin merasa seperti mengompol (Maryunani, 2010).

### **C. SIFAT HIS DALAM PERSALINAN**

Ada sifat-sifat anatomik yang unik pada otot miometrium (dan otot polos lainnya) dibandingkan dengan otot rangka. Miometrium pada segmen atas uterus tidak berelaksasi menjadi panjang aslinya setelah berkontraksi, namun menjadi relatif terpaku pada ukuran yang lebih pendek, tetapi tegangannya tetap sama seperti sebelum kontraksi. Karena semakin memendeknya serat-serat otot setiap kontraksi segmen atas uterus (segmen aktif) menjadi semakin menebal pada Kala I dan Kala II persalinan dan menjadi sangat tebal segera

setelah kelahiran bayi. Kontraksi uterus tidak sama kuat, yang terkuat di fundus dan terlemah di segmen bawah rahim atau disebut fundus dominant. Unikunya, meskipun fisiologis kontraksi otot-otot uterus terasa sakit. Penyebab rasa nyeri tersebut tidak diketahui dengan pasti, beberapa hipotensi tentang penyebab rasa nyeri di kemukakan sebagai berikut:

1. Hipoxia miometrium yang berkontraksi menimbulkan anoxia sel-sel otot dalam korpus uteri tempat terdapat banyak serabut saraf
2. Kompresi ganglia saraf di serviks dan uterus bawah oleh berkas-berkas otot yang saling mengunci
3. Peregangan serviks pada waktu dilatasi
4. Peregangan peritoneum yang membungkus uterus.

Namun perasaan sakit pada waktu his amat subjektif, tidak hanya tergantung pada intensitas his, tetapi tergantung pula pada keadaan mental orangnya. Jika ia tahu apa yang akan terjadi padanya, tidak ada perasaan takut dan ia dapat menerima segala sesuatu yang terjadi dan yang akan terjadi. Ketenangan ini membuat perasaan sakit hanya sedikit atau sama sekali tidak terasa.

Kontraksi uterus pada saat persalinan sebagian besar bersifat otonom, namun kadang-kadang dapat dipengaruhi dari luar secara fisik, kimia dan psikis. Terdapat pace maker, yaitu pusat koordinasi his yang berada pada uterus di sudut tuba atau cornu uteri dimana gelombang ini berasal. Dari sini gelombang bergerak ke dalam dan ke bawah dengan kecepatan 2 cm tiap detik mencakup seluruh otot-otot uterus, sehingga kontraksi ini bersifat terkoordinasi, simetri dan intermiten. Durasi atau lamanya his dalam persalinan berkisar antara 45- 75 detik, intensitas bervariasi dari 20 mmHg-60 mmHg. Rata-rata sekitar 40 mmHg, interval teratur secara bertahap semakin memendek, frekuensi minimal 3 kali dalam 10 menit.

#### **E. HIS PERSALINAN MENURUT FAAL:**

1. His Pembukaan, adalah his yang menimbulkan pembukaan dan serviks. His ini terjadi sampai pembukaan serviks lengkap 10 cm, his ini mulai kuat, teratur dan sakit.
2. His Pengeluaran (His mendedan/His Kala II), his sangat kuat, teratur, simetris, terkoordinasi dan lama. His pengeluaran berfungsi untuk mengeluarkan janin.

Terjadi koordinasi bersama antara his kontraksi otot perut, kontraksi diafragma dan ligament

3. His Pelepasan Uri (Kala II), kontraksi mulai turun, berfungsi untuk melepaskan dan mengeluarkan plasenta
4. His Pengiring (Kala IV), kontraksi bersifat lemah, masih sedikit nyeri, menyebabkan pengecilan rahim.

## **F. PERUBAHAN-PERUBAHAN AKIBAT HIS**

Perubahan pada uterus dan serviks, uterus teraba keras atau padat karena kontraksi. Tekanan hidrostatik air ketuban dan tekanan intrauterin naik serta menyebabkan serviks menjadi mendatar (effacement) dan dilatasi. Perubahan pada ibu, rasa nyeri, karena iskemia rahim akibat kontraksi Rahim juga ada kemajuan nadi dan tekanan darah. Perubahan pada janin, pertukaran oksigen pada sirkulasi utero-plasenta berkurang, maka timbul hipoksia janin. Denyut jantung janin melambat dan kurang jelas didengar karena adanya iskemia fisiologis. Jika benar-benar terjadi hipoksia yang agak lama misalnya pada kontraksi tetanik maka akan terjadi gawat. (Marmi, 2012)

## **G. HIS YANG BAIK DAN IDEAL MELIPUTI**

Kontraksi simultan simetris di seluruh uterus dan kekuatan terbesar (dominasi) di daerah fundus. Terdapat periode relaksasi di antara dua periode kontraksi Terdapat retraksi otot-otot korpus uteri setiap sesudah his. Serviks uteri yang banyak mengandung kolagen dan kurang mengandung serat otot, akan tertarik ke atas oleh retraksi otot-otot korpus, kemudian terbuka secara pasif dan mendatar (cervical effacement). Ostium uteri eksternum dan internum pun akan terbuka.

## **H. HIS DIKATAKAN SEMPURNA**

1. Kerja otot paling tinggi di fundus uteri yang lapisan otot-ototnya paling tebal
2. Bagian bawah uterus dan serviks yang hanya mengandung sedikit otot dan banyak kelenjar kolagen akan mudah tertarik hingga menjadi tipis dan membuka
3. Adanya koordinasi dan gelombang kontraksi, kontraksi simetris dengan dominasi di fundus uteri, dan amplitudo sekitar 40- 60mmHg selama 60-90 detik

## I. PERBEDAAN ANTARA HIS SEJATI DAN HIS PALSU

| Jenis perubahan         | His palsu                                                                                                      | His sejati                                                               |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Karakteristik kontraksi | Tidak teratur dan tidak semakin sering (disebut kontraksi braxton hicks)                                       | Timbul secara teratur dan semakin sering,berlangsung selama 30 -70 detik |
| Pengaruh gerakan tubuh  | Jika ibu berjalan atau beristirahat atau jika posisi tubuh ibu berubah,kontraksi akan menghilang atau berhenti | Meski posisi atau gerakan ibu berubah kontraksi tetap di rasakan         |
| Kekuatan kontraksi      | Biasanya lemah dan tidak semakin kuat (mungkin menjadi kuat atau melemah)                                      | Kontraksinya semakin kuat                                                |
| Nyeri karna kontraksi   | Biasanya hanya dirasakan ditubuh bagian depan                                                                  | Biasanya berawal di punggung dan menjalar kedepan                        |

## J. PERUBAHAN-PERUBAHAN AKIBAT HIS

### 1. Pada Uterus dan Serviks

Uterus teraba keras atau padat karena kontraksi. Tekanan hidrostatik air ketuban dan tekanan intrauterin naik serta menyebabkan serviks menjadi mendatar (effacement) dan terbuka (dilatasi).

### 2. Pembagian His dan Sifat-ifatnya:

- His pendahuluan, his tidak kuat dan tidak teratur namun menyebabkan keluarnya *bloody show*.
- His pembukaan (Kala I ), menyebabkan pembukaan serviks, semakin kuat, teratur dan sakit.
- His pengeluaran (Kala II ), untuk mengeluarkan janin, sangat kuat, teratur, simetris, terkoordinir dan lama koordinasi bersama antara kontraksi otot perut, diafragma dan ligament.
- His pelepasan uri (Kala III), kontraksi sedang untuk melepaskan dan melahirkan plasenta.
- His pengiring (Kala IV), kontraksi lemah, masih sedikit nyeri (merian), terjadi pengecilan rahim dalam beberapa jam atau hari .(Marmi, 2012)

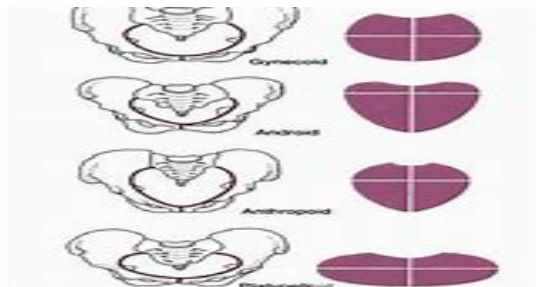
## K. PASAGGER

Keadaan janin, plasenta dan cairan amnion. Cara penumpang (passenger) atau janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yakni ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin. Pada kelahiran normal yang mempengaruhi penumpang (passenger) terdiri dari ukuran kepala janin, persentasi janin (letak janin, sikap janin, posisi janin). Plasenta juga harus melalui jalan lahir, implantasi plasenta normal adalah pada bagian fundus uteri, maka pada persalinan normal jarang menghambat proses kelahiran.

## L. PASSAGE

Passageway atau bentuk dan ukuran jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yakni bagian tulang yang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus vagina (lubang luar vagina). Empat jenis panggul dasar dikelompokkan sebagai berikut:

1. Ginekoid (tipe wanita klasik)
2. Android (mirip panggul pria)
3. Antropoid (mirip panggul kera antropoid)
4. Platipeloid (panggul pipih) (Eka Nurhayati, 2019).



Gambar 5. Bentuk Panggul

## M. POSISI IBU DALAM PERSALINAN

1. Posisi Berbaring

Berbaring horizontal (supine) secara umum tidak nyaman. Posisi itu dapat mengakibatkan uterus menekan pembuluh darah vena cava, menurunkan aliran

darah ke plasenta dan menekan diafragma yang membuat ibu sulit untuk bernafas. Untuk meningkatkan kenyamanan dan dukungan, letakkan bantal dibawah lutut dan tekuk lutut sedikit atau duduk semi fowler dengan kepala dan bahu terangkat dan tersangga oleh setumpuk bantal.

**Kelebihan:** dokter bisa lebih leluasa membantu proses persalinan. Jalan lahir pun menghadap ke depan, sehingga dokter dapat lebih mudah mengukur perkembangan pembukaan dan waktu persalinan pun bisa diprediksi secara lebih akurat. Kepala bayi lebih mudah dipegang dan diarahkan.

**Kelemahan:** posisi berbaring membuat ibu sulit untuk mengejan hal ini karena gaya berat tubuh ibu yang berada di bawah dan sejajar dengan posisi bayi Posisi ini pun diduga bisa mengakibatkan kan perineum meregang sedemikian rupa sehingga menyulitkan persalinan pengiriman oksigen melalui darah yang mengalir dari si ibu ke janin melalui plasenta pun jadi relatif berkurang, Hal ini karena letak pembuluh besar berada di bawah posisi bayi dan tertekan oleh massa atau berat badan bayi. Apalagi jika letak ari-ari juga berada di bawah si bayi. Akibatnya, tekanan pada pembuluh darah bisa meninggi dan menimbulkan perlambatan peredaran darah balik ibu.

## 2. Posisi berbaring miring

Berbaring miring (lateral), mencegah terjadinya penekanan pada perineum dan mencegah penekanan pada vena cava sehingga memaksimalkan aliran darah ke uterus dan janin. Pada saat melahirkan, pasangan dapat membantu menyangga kaki ibu yang mencegah penekanan terhadap kepala bayi ibu terlentang di tempat tidur bersalin dengan menggantung kedua pahanya pada penopang kursi khusus untuk bersalin.

Dilakukan pada kala I dan kala II, caranya wanita berbaring dengan kedua pinggul dan lutut dalam keadaan fleksi dan diantar kakinya ditempatkan disebuah bantal. Pengaruh posisi ini :

- a. Memungkinkan wanita yang lelah untuk beristirahat
- b. Dapat mengatasi masalah detak jantung jika berkaitan dengan terjadinya hipotensi
- c. Menghindarkan tekanan terhadap tulang sacrum

Posisi miring tidak di anjurkan, jika wanita menolak posisi tersebut dan merasakan nyeri yang amat sangat dan meningkatkan posisi yang lain.

**Kelebihan:** selain peredaran darah balik ibu bisa mengalir lancar, pengiriman

oksigen dalam darah dari ibu ke janin melalui plasenta juga tidak terganggu. Sehingga proses pembukaan akan berlangsung secara perlahan-lahan sehingga persalinan berlangsung lebih nyaman.

**Kelemahan:** posisi miring ini menyulitkan dokter untuk membantu proses persalinan karena letak kepala bayi susah dimonitor, dipegang maupun disahkan. Dokter pun akan mengalami kesulitan saat melakukan tindakan pisiotomy.

### 3. Posisi Setengah Duduk

Posisikan si Ibu dengan bantal di punggungnya atau minta suami untuk duduk membelakangi si Ibu. Pada waktu kontraksi bungkukkan badan ke depan atau tarik kaki ke atas. Pada posisi ini, ibu duduk dengan punggung bersandar bantal, kaki ditekuk dan paha dibuka ke arah samping. Posisi ini cukup membuat ibu nyaman. Posisi setengah duduk dilakukan pada kala I dan kala II

**Kelebihan:** sumbu jalan lahir yang perlu ditempuh janin untuk bisa keluar jadi lebih pendek, suplai oksigen dari ibu ke janin pun juga dapat berlangsung secara maksimal.

**Kelemahan:** posisi dapat menimbulkan rasa lelah dan kelelahan punggung pegal, apalagi jika proses persalinan tersebut berlangsung lama.

### 4. Bergoyang - goyang Sambil Duduk

Pada waktu melahirkan pergerakan yang berirama dapat membuat nyaman. Gerakan badan perlahan-lahan ketika duduk di atas bola hamil (sebuah bola karet besar biasanya digunakan sebagai alat untuk melahirkan secara natural), di pinggir kasur atau di kursi yang kuat. Kalau si Ibu duduk di atas kursi, mintalah seseorang untuk duduk di lantai sambil bersandar ke kaki si Ibu. Bila si Ibu duduk sambil bersandar ke kursi, tekanan pada lutut nya bisa mengurangi sakit punggung si Ibu.

### 5. Bergoyang - goyang Sambil Berdiri

Bendiri atau berjalan menolong proses kelahiran untuk mendapatkan momentum, terutama di tahap-tahap awal. Bersandar pada suami untuk menahan selagi kontraksi berlangsung. Atau lingkarkan tangan si bu ke leher suami dan mulai bergoyang-goyang, seperti sedang sleet An Posisi ini juga enak untuk mengelus punggung.

### 6. Bersandar ke depan



Kalau punggung si ibu terasa sakit, bersandar ke depan bisa membuat lebih enak. Duduk di kursi seperti di gambar atau bersandar ke atas meja. Posisi ini juga enak untuk mengelus punggung.

Manfaatnya: mengurangi nyeri punggung ibu boleh bersandar ke depan waktu berdiri. Angkat satu kaki ke atas kursi, perlahan-lahan bersandar kedepan sewaktu kontraksi. Gunakan kursi yang kecil agar tidak terlalu tinggi dan terasa nyaman. Si Ibu bisa bersandar tanpa kursi bila diinginkan, letakkan satu kaki di depan, dan tekuk ke depan perlahan-lahan.

#### 7. Duduk Dengan Satu Kaki di Atas

Posisi yang tidak simetris memberikan banyak variasi. Cobalah mengangkat satu kaki waktu duduk. Si Ibu sebaiknya agak sedikit membungkuk ke arah kaki yang di angkat sewaktu kontraksi.

#### 8. Berlutut

Kadang kala berlutut menolong rasa sakit di punggung, gunakan bola hamil atau bantal yang banyak. Di rumah sakit, angkat kasur di bagian kepala. Berlutut di bagian bawah kasur sambil mengistirahatkan tangan dan badan bagian atas di atas kasur.

#### 9. Jongkok

Posisi jongkok menolong membuka pelvis si Ibu, memberikan si bayi ruang untuk berputar sewaktu bergerak melalui lorong rahim Jongkok juga membuat si ibu mendorong lebih efektif. Sewaktu melahirkan gunakan kursi yang kuat atau palang jongkok yang disediakan di kasur untuk menahan jongkok dengan bertahan ke tembok atau ke suami juga diperbolehkan. Dilakukan terutama pada kala II. Manfaatnya:

- a. Membutuhkan usahamengejan yang lebih sedikit
- b. Meningkatkan perasaan ingin mengejan
- c. Dapat mendorong penurunan janin
- d. Dapat mengurangi nyeri punggung.

Posisi jongkok tidak baik digunakan apabila ekstremitas bawah cedera atau adanya kelemahan kaki. Biasanya ibu berjongkok di atas bantalan empuk yang berguna menahan kepala dan tubuh bayi. Kelebihan: merupakan posisi melahirkan yang alami karena memanfaatkan gaya gravitasi bumi, sehingga ibu tidak usah terlalu kuat mengejan.

**Kekurangan:** selain berpeluang membuat cedera kepala bayi, posisi ini dinilai kurang menguntungkan karena menyulitkan pemantauan perkembangan pembukaan dan tindakan-tindakan persalinan lainnya, semisal episiotomi.

#### 10. Posisi Dada, Lutut Terbuka

Posisi ini dapat digunakan pada kala I dan kala II, caranya: wanita berlutut, bersandar kedepan untuk menyangga gaya berat tubuhnya pada kedua tangan. Lalu dada direndahkan kearah lantai, sehingga bokongnya lebih tinggi dibandingkan dengan dada. Pada posisi ini kedua pinggul kurang fleksi (sudut > 90) dibandingkan dengan posisi dada, lutut tertutup biasa. Posisi yang lebih terbuka membuat panggul berada pada sudut yang sangat berbeda dibandingkan jika lutut ditarik kebawah batang tubuh. Manfaatnya :

- a. Melindungi dari terjadinya gawat janin dengan prolaps tali pusat
- b. Dapat mengatasi masalah detak jantung janin
- c. Mengurangi nyeri punggung
- d. Mengurangi hemoroid. (Marmi, 2012)

# BAB 4

## ASUHAN PADA BAYI BARU LAHIR NORMAL

---

### A. PEMERIKSAAN FISIK PADA BAYI BARU LAHIR NORMAL

#### 1. Definisi Bayi Baru Lahir

Pada Waktu kelahiran tubuh bayi baru lahir mengalami sejumlah adaptasi psikologik. Bayi memerlukan pemantauan ketat untuk menentukan masa transisi kehidupannya ke kehidupan luar uterus yang lebih baik. Bayi baru lahir juga membutuhkan asuhan yang dapat meningkatkan kesempatan untuknya menjalani masa transisi dengan baik. Tujuan asuhan pada bayi baru lahir untuk memberikan asuhan kebidanan yang komprehensif kepada bayi baru lahir.

Masa neonatal adalah masa sejak lahir sampai dengan 4 minggu (28 hari) sesudah kelahiran. Neonatus merupakan bayi yang berumur 0 (baru lahir) sampai dengan usia 1 bulan sesudah lahir. Neonatus dini adalah bayi berusia 0-7 hari sedangkan neonates lanjut bayi yang berusia 7-28 hari.(Wafinur, 2010)

#### 2. Tanda-Tanda Bayi Baru Lahir Normal

Bayi baru lahir dikatakan normal jika Berat Badan bayi 2500-4000 gram, Panjang Badan 48-52 cm, Lingkar dada 30-38, Lingkar kepala 33-35 cm, Frekuensi denyut jantung 120-160x/l, pernafasan 40-60x/l, kulit kemerah-merahandan licin karena jaringan subkutan yang cukup, Rambut Lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna, kuku agak Panjang dan lemas, Genetalia pada Perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora, pada laki-laki testis sudah turun skrotum sudah ada, bayi lahir langsung menangis kuat, Refleks sucking (isap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik, refleks morro (Gerakan memeluk bila dikagetkan dan sudah terbentuk dengan baik, refleks grasping (mengenggam) sudah baik, refleks rooting (mencari putting dengan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut sudah terbentuk dengan baik, eliminasi baik yang ditandai dengan keluarnya meconium dalam

waktu 24 jam pertama dan berwarna hitam kecoklatan, Refleks bayi baru lahir merupakan indikator penting perkembangan normal.

### **3. Pemeriksaan Fisik pada Bayi**

#### **a. Tujuan pemeriksaan fisik :**

- 1) Untuk menentukan kelainan yang segera memerlukan pertolongan dan sebagai dasar untuk pemeriksaan selanjutnya.
- 2) Mampu memperagakan pemeriksaan kepala sampai kaki pada bayi
- 3) Menyebutkan nilai pemeriksaan bayi normal pada masing-masing daerah pemeriksaan fisik
- 4) Mengidentifikasi minimal 6 variasi bayi yang lazim ditemukan

#### **b. Pedoman Pengkajian Fisik**

- 1) Lakukan pengkajian secara umum dari ujung kepala sampai kaki
- 2) Pemeriksa harus mampu mengkaji secara tepat
- 3) Beberapa pemeriksaan dapat diabaikan selama pengkajian harian, tergantung kesehatan, umur dan alasan kontak dengan nakes. Contoh: uji neurologis, uji tendon
- 4) Pemeriksaan dilakukan berurutan dan sistematis dapat menjadi tidak mungkin, FLEKSIBILITAS IS ESSENSIAL
- 5) Seringkali pemeriksaan dapat dilakukan sekali waktu (bersamaan)
- 6) Lakukan aspek-aspek pemeriksaan yang tidak menimbulkan stress terlebih dahulu
- 7) Gunakan pendekatan yang ramah dan tenang
- 8) Gunakan kedua tangan bila perlu
- 9) Jangan meninggalkan bayi diatas meja pemeriksaan tanpa pengawasan

#### **c. Prinsip-prinsip utama melakukan pemeriksaan**

- 1) Jelaskan tindakan yang akan dilakukan
- 2) Cuci tangan
- 3) Cara terarah
- 4) Bandingkan satu sisi tubuh dengan sisi lainnya
- 5) Ekspos bagian tubuh yang sedang dikaji
- 6) Komunikasi (*Touch, Feel*)

#### **d. Hal-Hal Yang Harus Diperhatikan**

- 1) Gunakan tempat yang hangat dan bersih untuk pemeriksaan

- 2) Cuci tangan sebelum dan sesudah pemeriksaan dan Gunakan sarung tangan
  - 3) Bertindak lembut saat menangani bayi
  - 4) Lihat, dengarkan dan rasakan masing-masing daerah di bawah ini, dimulai dari kepala dan lanjut secara sistematis menuju jari kaki
  - 5) Jika ditemukan kelainan, cari bantuan lebih lanjut jika diperlukan
  - 6) Catat hasil pengamatan dan setiap tindakan yang dilakukan
- e. Cara pemeriksaan
- 1) Inspeksi
  - 2) Palpasi
  - 3) Auskultasi
  - 4) Perkusi

Pemeriksaan bayi dilakukan sesaat sesudah bayi lahir pada saat kondisi atau suhu tubuh bayi sudah stabil dan setelah dilakukan pembersihan jalan napas/resusitasi, pembersihan badan bayi, perawatan tali pusat dan bayi ditempatkan di tempat yang hangat. Maksud pemeriksaan adalah untuk mengenal/menemukan kelainan yang perlu mendapat tindakan segera.(sri sukamti, 2009)

- a. Petunjuk
- 1) Baca dan pelajari lembar kerja.
  - 2) Siapkan alat-alat yang dibutuhkan dan susun secara ergonomis
  - 3) Ikuti petunjuk yang ada pada job sheet.
  - 4) Bekerja secara hati-hati dan teliti.
- b. Keselamatan Kerja
- 1) Patuhi prosedur pekerjaan.
  - 2) Perhatikan keadaan umum bayi, cegah agar bayi tidak hipotermi
  - 3) Pemeriksaan dilakukan dengan hati-hati, perhatikan keamanan dan keselamatan bayi selama melakukan tindakan.
- c. Peralatan dan Perlengkapan
- 1) kapas,
  - 2) senter,
  - 3) thermometer.
  - 4) stetoskop,

- 5) flanel/selimut bayi;
- 6) bengkak
- 7) timbangan berat badan bayi (timbangan tidur);
- 8) pita meter (metlin);
- 9) pengukur tinggi badan

d. Prosedur Pelaksanaan

- 1) Jelaskan pada ibu atau keluarga maksud dan tujuan dilakukan pemeriksaan.
- 2) Lakukan anamnese riwayat dari ibu meliputi faktor genetik, faktor lingkungan, sosial, faktor ibu dan perinatal, faktor neonatal
- 3) Susun alat secara ergonomis untuk memudahkan dalam bekerja
- 4) Cuci tangan menggunakan sabun di bawah air mengalir, keringkan dengan handuk bersih.
- 5) Letakkan bayi pada tempat yang rata tempat tidur (upayakan tempat untuk pemeriksaan aman, menghindari bayi terjatuh).



- 6) Lakukan penimbangan, letakan kain atau kertas pelindung dan atur skala timbangan ke titik nol sebelum penimbangan. Hasil timbangan dikurangi dengan berat alas dan pembungkus bayi



- 7) Lakukan pengukuran panjang badan, letakkan bayi di tempat datar. Ukur panjang badan bayi menggunakan alat pengukur panjang badan dari kepala sampai rumit dengan kaki, badan bayi diluruskan.



- 8) Ukur lingkar kepala, pengukuran dilakukan dari dahi kemudian melingkan kepala kembali lag ke dahi
- 9) Ukur lingkar dada dari daerah dada ke punggung kembali ke dada (pengukuran dilakukan melalui kedua puting susu).



- 10) Lakukan pemeriksaan kepala, lakukan pengecekan kontur rulang tengkorak, penonjolan daerah yang cekung, perhatikan juga hubungan kedua telinga simetris atau tidak, dan keadaan mata, apakah ada tanda-tanda infeksi Perhatikan juga bibir dan mulut.



- 11) Periksa leher, amati apakah ada pembengkakan atau pembesaran kelenjar

12) Periksa dada, perhatikan, bunyi napas, bunyi jantung



13) Periksa bahu, lengan, tangan, perhatikan gerakan dan jumlah jari.



14) Periksa sistem saraf, adanya reflek moro.



15) Periksa perut, perhatikan bentuk, penonjolan sekitar pusat, perdarahan tali pusat, benjolan.

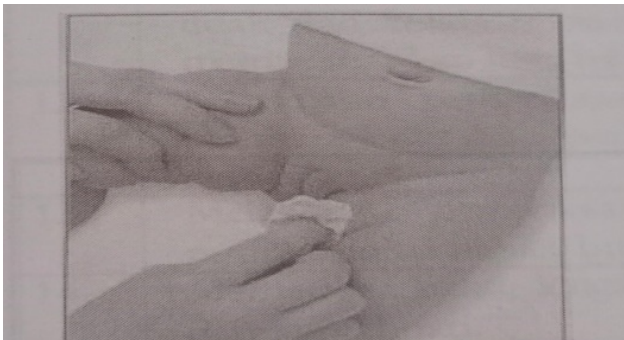




- 16) Periksa genetalia laki-laki, perhatikan skrotum apa sudah turun, penis berlubang



- 17) Periksa genetalia perempuan, perhatikan rugina berlubang, antara berlubang, labiya mayora dan minora



- 18) Periksa tungkai dan kaki, perhatikan gerakan, jumlah jari dan bentuk



- 19) Periksa panggung dan anus, perhatikan adakah pembengkakan atau ada cekungan, periksa anus berlobang atau tidak.



- 20) Periksa kulit, perhatikan vernik, warna kulit, pembengkakan dan bercak hitam dan tanda lahir.



- 21) Jelaskan pada ibu atau keluarga tentang hasil pemeriksaannya

- 22) Rapikan bayi
- 23) Bereskan alat-alat
- 24) Lakukan pendokumentasian tindakan dan hasil pemeriksaan. (Kusmiati, 2012)

## B. TABEL APGAR SCORE

| Skor                                             | 0         | 1                                | 2                           |
|--------------------------------------------------|-----------|----------------------------------|-----------------------------|
| <b>Appearance color</b><br>(warna kulit)         | Pulse     | Badan merah, ekstremitas biru    | Seluruh tubuh merah-merahan |
| <b>Pulse (heart rate) atau frekuensi jantung</b> | Tidak ada | <100x / menit                    | >100x / menit               |
| <b>Grimace (reaksi terhadap rangsangan)</b>      | Tidak ada | Sedikit gerakan mimic            | Menangis batuk/bersin       |
| <b>ctivity (tonus otot)</b>                      | Lumpuh    | Ekstermitas dalam fleksi sedikit | Gerakanaktif                |
| <b>Respiration (usaha nafas)</b>                 | Tidak ada | Lemah, tidak teratur             | Menangis kuat               |

(Ai Yeyeh dan Rukiyah, 2012)

# BAB 5

## KOMPLIKASI PERSALINAN

---

### A. KALA I FASE AKTIF DAN LATEN MEMANJANG

Kala 1 Fase laten memanjang Friedman mendefinisikan protrakasi sebagai kecepatan pembukaan atau penurunan yang lambat, yang untuk nullipara adalah kecepatan pembukaan atau penurunan kurang dari 1 cm per jam. Untuk multiparaprotrakasi didefinisikan sebagai kecepatan pembukaan kurang dari 1,5 cm perjam atau penurunan kurang dari 2 cm per jam. Kemacetan pembukaan didefinisikan sebagai tidak adanya perubahan serviks dalam 2 jam, dan kemacetan penurunan sebagai tidak adanya penurunan janin dalam waktu 1 jam.

Keterkaitan atau factor yang berperan dalam persalinan yang berkepanjangan dan macet adalah sedasi berlebihan, anastesi regional, dan mal posisi janin, misalnya oksiput posterior persisten. Pada persalinan yang berkepanjangan dan macet Friedman menganjurkan pemeriksaan fetovelfik untuk mendiagnosa disproporsi pelvik. Terapi yang dianjurkan untuk persalinan yang berkepanjangan adalah penatalaksanaan menunggu, sedangkan oksitosin dianjurkan untuk persalinan yang macet tanpa disproporsi sefalo pelvik.(Sari, 2014)

Pada kala I meminimalkan ketidaknyaman dan meningkatkan usaha ibu untuk mengejan dapat di terima, kemampuan untuk mengubah postur dan posisi tubuh dengan bebas berguna untuk memperlebar diameter panggul dan mempengaruhi kemajuan Posisi-posisi persalinan diantaranya seperti posisi duduk atau setengah duduk bagi petugas kesehatan lebih mudah bagi petugas kesehatan untuk membimbing kelahiran kepala bayi dan mengamati atau mensupport perineum. Posisi merangkak: membantu bayi melakukan rotasi, peregangan minimal pada perineum, posisi jongkok dan berdiri: membantu penurunan kepala bayi, memperbesar ukuran panggul. Posisi berbaring miring

ke kiri memberi rasa santai bagi ibu yang letih, memberi oksigenasinya baik bagi bayi, membantu mencegah terjadinya laserasi (Sulfianti, 2020).

## B. PERDARAHAN POSTPARTUM

Perdarahan nifas merupakan perdarahan dimana jumlahnya lebih dari 500 cc dalam 24 jam pertama setelah melahirkan. Perdarahan sesudah 24 jam setelah anak lahir disebut perdarahan postpartum yang lambat dan biasanya disebabkan oleh jaringan plasenta yang tertinggal. Perdarahan postpartum sebab penting kematian ibu: 1/4 dari kematian ibu yang disebabkan oleh perdarahan (perdarahan post partum, placenta previa, solutio placenta, kehamilan ektopik, dan ruptur uteri) disebabkan oleh perdarahan postpartum.

Selain dari itu dimana perdarahan postpartum tidak menyebabkan kematian, kejadian ini sangat mempengaruhi morbiditas karena mempengaruhi daya tahan. Perdarahan postpartum lebih sering terjadi pada ibu-ibu di Indonesia dibandingkan dengan kejadian di luar negeri. Adapun sebab sebab terjadinya perdarahan perdarahan atonis, robekan serviks, tertinggalnya bagian plasenta dan terjadinya cuagulopati.

| Perdarahan karena atonia                                                          | Perdarahan karena robekan cervix                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| a. Kontraksi uterus lemah<br>b. Darah berwarna merah tua karena berasal dari vena | a. Kontraksi uterus kuat.<br>b. Darah berwarna merah muda karena berasal dari arteri<br>c. Biasanya timbul setelah persalinan operatip |

## C. ATONIA UTERI

### 1. Pengertian Atonia Uteri

Atonia uteri adalah kondisi Dimana myometrium tidak dapat berkontraksi segera setelah melahirkan. Atonia uteri terjadi jika uterus tidak berkontraksi dalam waktu 15 detik setelah dilakukan rangsangan taktil (massage) fundus uteri, segera setelah lahirnya plasenta.(Norma, 2013)

Atonia uteri juga merupakan kondisi Rahim tidak dapat berkontraksi dengan baik setelah persalinan, terjadi pada Sebagian besar perdarahan pasca

persalinan. Faktor risiko adalah gravid multivara, uterus yang sebelumnya mengalami overdistensi akibat kehamilan ganda dan hidramnion, makrosomia janin, distensi rongga Rahim akibat bekuan, partus presipitatus atau partus lam, stimulasi uterotonika, anastesi berhalogen, atau anastesia konduksi, amnionitis, dan Riwayat perdarahan pasca persalinan. (Lisnawati, 2013)

Meskipun beberapa faktor telah diketahui dapat meningkatkan risiko perdarahan pascaperdarahan, dua per tiga dari semua kasus perdarahan pascapersalinan terjadi pada ibu tanpa faktor risiko yang diketahui sebelumnya dan tidak mungkin memperkirakan ibu mana yang akan mengalami atonia uteri atau perdarahan pasca persalinan. Karena alasan tersebut maka manajemen aktif kala tiga merupakan hal yang sangat penting dalam upaya menurunkan kesakitan dan kematian ibu akibat perdarahan pascapersalinan. (JNPK-KR, 2008)

#### **D. PENATALAKSANAAN ATONIA UTERI**

Atonia uteri terjadi jika uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah dilakukan rangsangan taktil (masase) fundus uteri:

##### **1. Segera lakukan kompresi bimanual internal**

- d. Pakai sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi atau steril dengan lembut masukkan secara obstetrik (menyatukan kelima ujung jari) melalui introitus dan ke dalam vagina ibu
- e. Periksa vagina dan serviks, jika ada selaput ketuban atau bekuan darah pada kavum uterus mungkin hal ini menyebabkan uterus tak dapat berkontraksi secara penuh
- f. Kepalkan tangan dalam dan tempatkan pada forniks anterior tekan dinding anterior uterus, ke arah tangan luar yang menahan dan mendorong dinding posterior uterus ke arah depan sehingga uterus ditekan dari arah depan dan belakang.
- g. Tekan kuat uterus di antara kedua tangan, kompresi uterus ini memberikan tekanan langsung pada pembuluh darah yang terbuka (bekas implantasi plasenta) di dinding uterus dan juga merangsang miometrium untuk berkontraksi.



Gambar 6. : Kompresi Bimanual Internal. (Eniyati, 2012)

## 2. Evaluasi keberhasilan:

- a. Jika uterus berkontraksi dan perdarahan berkurang, teruskan melakukan KBI selama dua menit, kemudian perlahan-lahan keluarkan tangan dan pantau ibu secara melekat selama kala empat.
- b. Jika uterus berkontraksi tapi perdarahan masih berlangsung periksa ulang perineum, vagina dan serviks apakah terjadi laserasi. Jika demikian, segera lakukan penjahitan untuk menghentikan perdarahan (lihat Lampiran 4).
- c. Jika uterus tidak berkontraksi dalam waktu 5 menit, ajarkan keluarga untuk melakukan kompresi bimanual eksternal (KBE, Gambar 4-7) kemudian lakukan langkah-langkah penatalaksanaan atonia uteri selanjutnya minta keluarga untuk mulai menyiapkan rujukan.

*Alasan: Atonia uteri seringkali bisa diatasi dengan KBI jika KBI tidak berhasil dalam waktu 5 menit diperlukan tindakan-tindakan lain.*

- a. Berikan 0,2 mg ergometrin IM atau misoprostol 600-1000mcg per rektal. Jangan berikan ergometrin kepada ibu dengan hipertensi karena ergometrin dapat menaikkan tekanan darah.
- b. Gunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16 atau 18) pasang infus dan berikan 500 cc larutan Ringer Laktat yang mengandung 20 unit oksitosin.

*Alasan: Jarum berdiameter besar memungkinkan pemberian cairan IV secara cepat dan dapat dipakai untuk transfusi darah (jika perlu). Oksitosin secara IV*

*cepat merangsang kontraksi uterus Ringer Laktat diberikan untuk restorasi volume cairan yang hilang selama perdarahan*

- a. Pakai sarung tangan steril atau disinfeksi tingkat tinggi dan ulangi KBL.
- b. *Alasan: KBI dengan ergometrin dan oksitosin akan membantu uterus berkontraksi*
- c. Jika uterus tidak berkontraksi dalam waktu 1 sampai 2 menit, segera rujuk ibu karena hal ini bukan atonia uteri sederhana. Ibu membutuhkan tindakan gawat darurat di fasilitas kesehatan rujukan yang mampu melakukan tindakan operasi dan transfusi darah
- d. Sambil membawa ibu ke tempat rujukan, teruskan tindakan KBI dan infus cairan hingga ibu tiba di tempat rujukan.
  - 1) Infus 500 ml pertama dihabiskan dalam waktu 10 menit
  - 2) Berikan tambahan 500 ml/jam hingga tiba di tempat rujukan atau hingga jumlah cairan yang diinfuskan mencapai 1,5 L dan kemudian lanjutkan dalam jumlah 125 cc/jam.
  - 3) Jika cairan infus tidak cukup, infuskan 500 ml (botol kedua) cairan infus dengan tetesan sedang dan ditambah dengan pemberian cairan secara oral untuk rehidrasi.

### **3. Kompresi Bimanual Eksternal**

- a. Letakkan satu tangan pada dinding abdomen dan dinding depan korpus uteri dan di atas simfisis pubis (Gambar 4-7)
- b. Letakkan tangan lain pada dinding abdomen dan dinding belakang korpus uteri, sejajar dengan dinding depan korpus uteri. Usahakan untuk mencakup/memegang bagian belakang uterus seluas mungkin
- c. Lakukan kompresi uterus dengan cara saling mendekatkan tangan depan dan belakang agar pembuluh darah di dalam anyaman miometrium dapat dijepit secara manual. Cara ini dapat menjepit pembuluh darah uterus dan membantu uterus untuk berkontraksi.





Gambar 7. : Kompresi Bimanual Eksternal (Eniyati,2012)

## **E. RETENSIO PLASENTA**

### **1. Konsep Dasar Retensio Plasenta**

Pada Sebagian besar kasus mencapai 80% lamanya kala III adalah kurang dari 10 menit, hanya 6 % Wanita kala tiga yang lebih dari 30 menit, definisi retensio plasenta yang konvensional tetapi berubah-ubah. Faktor predisposisi untuk retensio plasenta adalah kehamilan ganda, overdistensi Rahim, atonia uteri, persalinan yang tidak baik, jika retensio plasenta didiagnosa maka kemungkinan kehilangan darah yang besar dan intervensi operatif dengan pengangkatan plasenta secara manual. Pengangkatan plasenta secara manual perlu dilakukan dengan infus intravena dibawah antersi yang adekuat. Jika bidang pemisahan tidak dapat ditemukan dan tidak berkembang dengan lengkap maka pertimbangkan kemungkinan terdapatnya plasenta akreta.

Plasenta juga dapat terjepit di dalam rongga endometrium karena Rahim berkontraksi secara tonik akibat pemijatan Rahim yang berlebihan atau menggunakan obat uterotonika, hentikan pijat Rahim, biarkan efek obat uterotonika menghilang atau berikan anastesi umum dengan demikian tidak diperlukan Tindakan manual.(Lisnawati, 2013)

### **2. Fisiologi Plasenta**

Klasifikasi plasenta merupakan proses fisiologis yang terjadi dalam kehamilan akibat deposisi kalsium pada plasenta. Klasifikasi pada plasenta terlihat mulai kehamilan 29 minggu dan semakin meningkat dengan bertambahnya usia kehamilan, terutama setelah kehamilan 33 minggu. Selama kehamilan pertumbuhan uterus lebih cepat dari pada pertumbuhan plasenta. Sampai usia kehamilan 20 minggu plasenta menempati sekitar 1/4 luar permukaan myometrium dan ketebalannya tidak lebih dari 2-3 cm. Ketebalan plasenta yang normal jarang melebihi 4 cm, plasenta yang menebal (placentomegali) dapat dijumpai pada ibu yang menderita diabetes mellitus, ibu anemia ( $HB < 8$  gr%), hidrop fetalis tumor plasenta, kelainan kromosom, infeksi (sifilis, CMV) dan perdarahan plasenta. Plasenta yang menipis dapat dijumpai pada pree eklampsia, pertumbuhan janin terhambat (PJT), infark plasenta.

Belum ada batasan yang jelas mengenai ketebalan minimal plasenta yang masih dianggap normal. Beberapa penulis memakai batasan tebal minimal plasenta antara 1,5-2,5 cm.

### **3. Klasifikasi menurut perlekatan**

- a. Plasenta adhesiva adalah plasenta yang melekat pada desidua endometrium lebih dalam
- b. Plasenta akreta menembus lebih dalam kedalam myometrium tetapi belum menembus serosa.
- c. Plasenta inkreta Dimana villi khorialis tumbuh lebih dalam dan menembus desidua sampai ke miometrium
- d. Plasenta perkreta menembus sampai serosa atau peritoneum dinding rahim
- e. Plasenta inkarserata adalah tertahannya plasenta di dalam kavum uteri, disebabkan oleh kontraksi ostium uteri. (Eniyati, 2012)

### **4. FISILOGIS PELEPASAN PLASENTA**

Pemisahan plasenta ditimbulkan dari kontraksi dan retraksi mome trium sehingga mempertebal dinding uterus dan mengurangi ukuran area plasenta. Area plasenta menjadi lebih kecil sehingga plasenta mulai memisahkan diri dan dinding uterus dan tidak dapat berkontraksi atau berintraksi pada area pemisahan bekuan darah retroplasenta terbentuk. Berat bekuan darah ini menambah pemisahan kontraksi uterus berikutnya akan melepaskan keseluruhan plasenta dari uterus dan mendorongnya keluar vagina disertai dengan pengeluaran selaput ketuban dan bekuan darah retroplasenta.

### **5. Penyebab Retensio Plasenta**

Secara fungsional dapat terjadi karena his kurang kuat (penyebab terpenting), dan plasenta sukar terlepas karena tempatnya (insersi disudut tuba), bentuknya (plasenta membranosa, plasenta anularis) dan ukurannya (plasenta yang sangat kecil) Plasenta yang sukar lepas karena penyebab diatas disebut plasenta adhesiva.

### **6. Tertinggalnya Sebagian Plasenta (Sisa Plasenta)**

Sewaktu suatu bagian dari plasenta (satu atau lebih lobus) tertinggal, maka uterus tidak dapat berkontraksi secara efektif dan keadaan ini dapat menimbulkan perdarahan. Tetapi mungkin saja pada beberapa keadaan tidak ada perdarahan dengan sisa plasenta.

Penemuan secara dini, hanya dimungkinkan dengan melakukan pemeriksaan kelengkapan plasenta setelah dilahirkan. Pada kasus sisa plasenta dengan perdarahan pasca persalinan lanjut, sebagian besar pasien akan kembali lagi ke tempat bersalin dengan keluhan perdarahan setelah beberapa hari pulang ke rumah dan subinvolusi uterus.

- a. Penemuan secara dini, hanya dimungkinkan dengan melakukan pemeriksaan kelengkapan plasenta setelah dilahirkan. Pada kasus sisa plasenta dengan perdarahan pasca persalinan lanjut, sebagian besar pasien akan kembali lagi ke tempat bersalin dengan keluhan perdarahan setelah beberapa hari pulang ke rumah dan subinvolusi uterus.
- b. Berikan antibiotika (Sesuai Instruksi dokter) karena perdarahan juga merupakan gejala metritis. Antibiotika yang dipilih adalah ampicilin dosis awal 1 g IV dilanjutkan 3 x 1 g oral dikombinasi dengan metronidazol 1 g supositoria dilanjutkan 3 x 500 mg oral.
- c. Lakukan eksplorasi digital (Bidan boleh melakukan) (bila serviks terbuka) dan mengeluarkan bekuan darah atau jaringan. Bila serviks hanya dapat dilalui oleh instrumen, lakukan evakuasi sisa plasenta dengan dilatasi dan kuretase (dilakukan oleh dokter obgyn).
- d. Bila kadar Hb  $< 8$  g/dL, berikan transfusi darah. Bila kadar Hb  $> 8$  g/dL, berikan sulfas ferosus 600 mg/hari selama 10 hari (sesuai petunjuk dokter kandungan).

## **7. Tanda dan gejala**

Gejala yang selalu ada, Plasenta belum lahir setelah 30 menit, perdarahan segera, kontraksi uterus baik. Gejala yang kadang-kadang timbul: tali pusat putus akibat traksi berlebihan, inversi uteri akibat tarikan, perdarahan lanjutan. Tertinggalnya plasenta (sisa plasenta), gejala yang selalu ada: Plasenta atau sebagian selaput (mengandung pembuluh darah) tidak lengkap dan perdarahan segera. Gejala yang kadang-kadang timbul: Uterus berkontraksi baik tetapi tinggi fundus tidak berkurang.

## **8. Penatalaksanaan**

Retensio Plasenta Dengan Separasi Parsial

- a. Tentukan jenis retensio yang terjadi karena berkaitan dengan tindakan yang akan diambil

- b. Regangkan tali pusat dan minta pasien untuk mengedan. Bila ekspulsi plasenta tidak terjadi, coba traksi terkontrol tali pusat.
- c. Pasang infus oksitosin 20 IU dalam 500 mL NS/RL dengan 40 tetes per menit. Bila perlu, kombinasikan dengan misoprostol 400 mg per rektal (sebaiknya tidak menggunakan ergometrin karena kontraksi tonik yang timbul dapat menyebabkan plasenta terperangkap dalam kavum uteri)
- d. Bila traksi terkontrol gagal untuk melahirkan plasenta, lakukan manual plasenta secara hati-hati dan halus untuk menghindari terjadinya perforasi dan perdarahan
- e. Lakukan transfusi darah apabila diperlukan
- f. Beri antibiotika profilaksis (ampisilin 2 g IV/oral + metronidazol 1g supositoria/oral)
- g. Segera atasi bila terjadi komplikasi perdarahan hebat, infeksi, syok neurogenic.

## **F. PLASENTA INKARSERATA**

1. Tentukan diagnosis kerja melalui anamnesis, gejala klinik dan pemeriksaan
2. Siapkan peralatan dan bahan yang dibutuhkan untuk menghilangkan konstriksi serviks dan melahirkan plasenta.
3. Pilih fluethane atau eter untuk konstriksi serviks yang kuat, siapkan infus oksitosin 20 IU dalam 500 mL NS/RL dengan 40 tetes per menit untuk mengantisipasi gangguan kontraksi yang diakibatkan bahan anestesi tersebut.
4. Bila prosedur anestesi tidak tersedia dan serviks dapat dilalui cunam ovum, lakukan manuver sekrup untuk melahirkan plasenta. Untuk prosedur ini berikan analgesik (Tramadol 100 mg IV atau Pethidine 50 mg IV) dan sedatif (Diazepam 5 mg IV) pada tabung suntik yang terpisah.
5. Manuver sekrup:
  - a. Pasang spekulum Sims sehingga ostium dan sebagian placenta tampak dengan jelas
  - b. Jepit porsio dengan klem ovarium pada jam 12, 4 dan 8 mudian lepaskan spekulum
  - c. Tarik ketiga klem ovarium agar ostium, tali pusat dan plasenta tampak lebih jelas
  - d. Tarik tali pusat ke lateral sehingga menampakkan plasenta

- e. Di sisi berlawanan agar dapat dijepit sebanyak mungkin Minta asisten untuk memegang klem tersebut. Lakukan hal yang sama untuk plasenta pada sisi yang berlawanan
- f. Satukan kedua klem tersebut kemudian sambil diputar searah jarum jam, tarik plasenta keluar perlahan-lahan melalui pembukaan ostium.

Pengamatan dan perawatan lanjutan meliputi pemantauan tanda vital, kontraksi uterus, tinggi fundus uteri dan perdarahan pasca tindakan. Tambahan pemantauan yang diperlukan adalah pemantauan efek samping atau komplikasi dari bahan-bahan sedati, analgetika atau anestesi umum misal: mual, muntah, hipotonia uteri, pusing/vertigo, halusinasi, mengantuk.

### **G. PLASENTA AKRETA**

1. Tanda penting untuk diagnosis pada pemeriksaan luar adalah ikutnya fundus atau korpus bila tali pusat ditarik. Pada pemeriksaan dalam sulit ditentukan tepi plasenta karena implantasi yang dalam
2. Upaya yang dapat dilakukan pada fasilitas kesehatan dasar adalah menentukan diagnosis, stabilisasi pasien dan rujuk ke rumah sakit rujukan karena kasus ini memerlukan tindakan operatif.

### **H. TERTINGGALNYA SEBAGIAN PLASENTA (SISA PLASENTA),**

Sewaktu suatu bagian dari plasenta (satu atau lebih lobus) tertinggal, maka uterus tidak dapat berkontraksi secara efektif dan keadaan ini dapat menimbulkan perdarahan. Tetapi mungkin saja pada beberapa keadaan tidak ada perdarahan dengan sisa plasenta.

Penemuan secara dini, hanya dimungkinkan dengan melakukan pemeriksaan kelengkapan plasenta setelah dilahirkan. Pada kasus sisa plasenta dengan perdarahan pasca persalinan lanjut, sebagian besar pasien akan kembali lagi ke tempat bersalin dengan keluhan perdarahan setelah beberapa hari pulang ke rumah dan subinvolusi uterus :

1. Penemuan secara dini, hanya dimungkinkan dengan melakukan pemeriksaan kelengkapan plasenta setelah dilahirkan. Pada kasus sisa plasenta dengan perdarahan pasca persalinan lanjut, sebagian besar pasien akan kembali lagi ke tempat bersalin dengan keluhan perdarahan setelah beberapa hari pulang ke rumah dan subinvolusi uterus

2. Berikan antibiotika (Sesuai Instruksi dokter) karena perdarahan juga merupakan gejala metritis. Antibiotika yang dipilih adalah ampicilin dosis awal 1 g IV dilanjutkan 3x 1 g oral dikombinasi dengan metronidazol 1 g supositoria dilanjutkan 3 x 500 mg oral
3. Lakukan eksplorasi digital (Bidan boleh melakukan) (bila serviks terbuka) dan mengeluarkan bekuan darah atau jaringan. Bila serviks hanya dapat dilalui oleh instrumen, lakukan evakuasi sisa plasenta dengan dilatasi dan kuretase (dilakukan oleh dokter obgyn)
4. Bila kadar Hb < 8 g/dL, berikan transfusi darah. Bila kadar Hb > 8 g/dL, berikan sulfas ferosus 600 mg/hari selama 10 hari (sesuai petunjuk dokter kandungan)

## **I. PLASENTA MANUAL**

Plasenta manual adalah tindakan untuk melepas secara manual (menggunakan tangan) dari tempat implantasinya dan melahirkan keluar dari kavum uteri. Prosedur:

1. Persiapan
  - a. Pasang set dan cairan infuse
  - b. Jelaskan pada ibu prosedur dan tujuan tindakan
  - c. Lakukan anestesi verbal atau analgesia per rectal
  - d. Siapkan dan jelaskan prosedur pencegahan infeksi
2. Tindakan Penetrasi ke Dalam Kavum Uteri
  - a. Pastikan kandung kemih dalam keadaan kosong
  - b. Jepit tali pusat dengan klem pada jarak 5-10 cm dari vulva, tegangkan dengan satu tangan sejajar lantai
  - c. Secara obstetric masukkan tangan lainnya (punggung tangan menghadap ke bawah) ke dalam vagina dengan menelusuri sisi bawah tali pusat
  - d. Setelah mencapai bukaan serviks, minta seorang asisten / penolong lain untuk memegang klem tali pusat kemudian pindahkan tangan luar untuk menahan fundus uteri
  - e. Sambil menahan fundus uteri, masukkan tangan dalam hingga ke kavum uteri sehingga mencapai tempat implantasi plasenta
  - f. Bentangkan tangan obstetric menjadi datar seperti memberi salam (ibu jari merapat ke jari telunjuk dan jari-jari lain saling merapat)

3. Melepas Plasenta Dari Dinding Uterus
4. Tentukan implantasi, temukan tepi plasenta paling bawah
  - a. Bila plasenta berimplantasi di korpus belakang, tali pusat tetap di sebelah atas dan sisipkan ujung jari-jari tangan diantara plasenta dan dinding uterus dimana punggung tangan menghadap ke bawah.
  - b. Bila di korpus depan maka pindahkan tangan ke sebelah atas tali pusat dan sisipkan ujung jari-jari tangan diantara plasenta dan dinding uterus dimana punggung tangan menghadap ke atas.
  - c. Setelah ujung-ujung jari masuk diantara plasenta dan dinding uterus maka perluas pelepasan plasenta dengan jalan menggeser tangan ke kanan dan ke kiri sambil digeserkan ke atas (cranial ibu) hingga semua perlekatan plasenta terlepas dari dinding uterus.
  - d. Mengeluarkan Placenta
  - e. Sementara satu tangan masih di dalam kavum uteri, lakukan eksplorasi untuk menilai tidak ada sisa plasenta yang tertinggal.
  - f. Pindahkan tangan luar dari fundus ke supra simfisis (tahan segmen bawah uterus) kemudian instruksikan asisten atau penolong untuk menarik tali pusat sambil tangan dalam membawa plasenta keluar
  - g. Lakukan penekanan (dengan tangan yang menahan suprasimfisis) uterus ke arah dorso-kranial setelah plasenta dilahirkan dan tempatkan plasenta di dalam wadah yang telah disediakan.
5. Pencegahan infeksi pasca tindakan
  - a. Dekontaminasi sarung tangan (sebelum dilepaskan) dan peralatan lain yang digunakan
  - b. Lepaskan dan rendam sarung tangan dan peralatan lainnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
  - c. Cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir
  - d. Keringkan tangan dengan handuk bersih dan kering.
6. Pemantauan pasca tindakan
  - a. Periksa kembali tanda vital ibu
  - b. Catat kondisi ibu dan buat laporan tindakan
  - c. Tuliskan rencana pengobatan, tindakan yang masih diperlukan dari asuhan lanjutan

- d. Beritahukan pada ibu dan keluarganya bahwa tindakan telah selesai tetapi ibu masih memerlukan pemantauan dan asuhan lanjutan
  - e. Lanjutan pemantauan ibu hingga 2 jam pasca tindakan sebelum dipindah ke ruang rawat gabung
7. Rangsangan taktil (masase) pada dinding uterus atau fundus uteri
- a. Minta ibu untuk meletakkan telapak tangannya pad adinding uterus
  - b. Instruksikan untuk mengusap dinding uterus dengan gerakan sirkuler
  - c. Beritahukan bahwa mungkin timbul rasa kencang atau tidak nyaman
  - d. Uterus yang mengencang menunjukkan respon adekuat terhadap rangsangan
  - e. Teruskan rangsangan taktil bila uterus masih belum berkontraksi
  - f. Periksa plasenta dan selaputnya untuk memastikan keduanya lengkap dan utuh.:
    - 1) Periksa plasenta sisi maternal (yang melekat pada dinding uterus) untuk memastikan bahwa semuanya lengkap dan utuh(tidak ada bagian yang hilang).
    - 2) Pasangkan bagian-bagian plasenta yang robek atau terpisah untuk memastikan tidak ada bagian yang hilang
    - 3) Periksa plasenta sisi foetal (yang menghadap ke bayi) untuk memastikan tidak adanya kemungkinan lobus tambahan (suksenturiata)
    - 4) Evaluasi selaput untuk memastikan kelengkapannya periksa kembali uterus setelah satu hingga dua menit.

## **J. PRESENTASE PERSALINAN, LETAK DAN DISTOSIA BAHU**

### **1. Presentase Persalinan**

Presentase persalinan dapat mengalami kemajuan hingga menuju kelahiran per vagina jika janin memiliki presentasi normal, berada pada *station* yang tepat, dan posisi yang tepat. Presentasi adalah bagian janin yang terletak dipintu atas panggul dan dilahirkan pertama kali. Presentasi dapat dipastikan melalui pemeriksaan ultrasonografi atau palpasi bagian presentase saat pemeriksaan dalam dengan menggunakan jari yang terpasang sarung tangan.

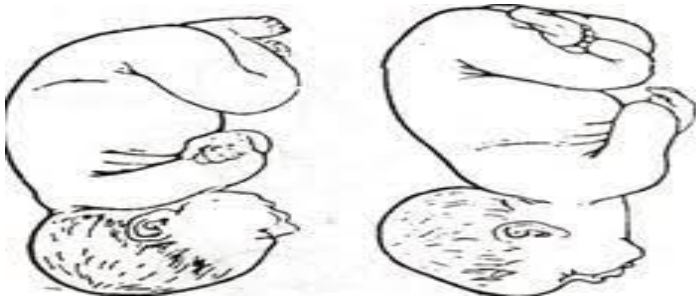
Tiga jenis presentase: kepala (sefalik), panggul (sungsang), dan bahu (letak lintang). Presentase yang paling sering ditemukan adalah presentase kepala. Saat kepala janin terpalpasi pada pemeriksaan dalam, hal ini dicatat



sebagai presentase “verteks”. Kata verteks berarti “bagian tertinggi, teratas, apeks, puncak” suatu objek. Presentase verteks sama dengan presentase kepala. (Rangga, 2009)

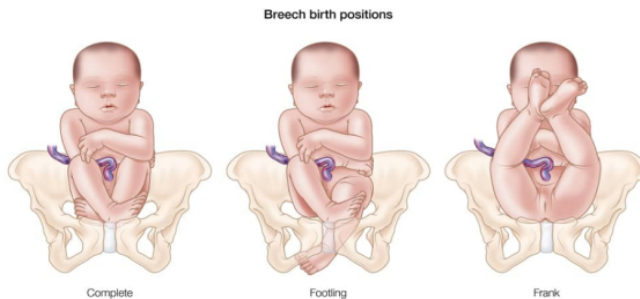
## 2. Presentase kepala (sefalik)

Presentase kepala disertai prolaps extremitas atas atau bawah. Dengan kata lain, lengan atau tungkai jatuh disebelah kepala atau bokong. Prolaps ekstremitas bawah disebelah kepala janin terjadi saat kaki fleksi pada pinggul dan tungkai lurus pada lutut. Pada dasarnya, bayi melengkung separuh tubuhnya.



Gambar 8. Presentase Kepala

## 3. Presentase Panggul (Sungsang)



Gambar 9. Presentase Sungsang

Saat janin duduk dengan spina janin mengarah kesisi kiri dan bagian belakang panggul ibu, posisi bayi berada pada sakrum kiri posterior (left *sacrum posterior, LSP*). Persalinan memanjang dengan presentase bokong merupakan indikasi pelaksanaan seksio sesaria segara. Kegagalan persalinan untuk maju harus dianggap sebagai tanda kemungkinan disproporsi sefalopelvik.

#### 4. Bahu (letak lintang)

Sumbu panjang janin tegak lurus dengan sumbu panjang tubuh. Kadang-kadang sudut yang ada tidak tegak lurus sehingga terjadi *letak oblique* yang sering bersifat sementara oleh karena akan berubah menjadi presentasi kepala atau presentasi bokong *unstable lie*. Pada letak lintang, bahu biasanya berada di Pintu atas panggul dengan bokong dan kepala berada pada fossa iliaca. Deskripsi letak lintang: Akromial kiri dan kanan dan dorso-anterior atau dorso-posterior. Angka kejadian 1: 300 persalinan tunggal (0.3%).(Marmi, 2012)



Gambar 10. Resentase Bahu

## K. DISTOSIA BAHU

### 1. Pengertian Distosia Bahu

Distosia bahu merupakan kelahiran kepala janin dengan bahu anterior macet di atas sacral promontory karena itu tidak lewat masuk ke dalam panggul, atau bahu tersebut bisa lewat promontorium, tetapi mendapat halangan dari tulang sacrum (tulang ekor). Lebih mudahnya atau distosia bahu juga persis dimana tersangkutnya bahu janin dan tidak dapat dilahirkan setelah kepala janin dilahirkan. Angka kejadian distosia bahu tergantung distosia bahu adalah yang digunakan.

Salah satu kriteria diagnose distosia bahu adalah bahu dalam persalinan pervaginam untuk melahirkan bahu harus dilakukan maneuver khusus seperti

traksi curam bawah dan episiotomy). Dengan menggunakan kriteria di atas menyatakan bahwa dari 0.9% kejadian distosia bahu yang tercatat direkam medis, hanya 0.2% yang memenuhi kriteria diagnosa di atas menggunakan kriteria objektif untuk menentukan adanya distosia bahu yaitu *interval waktu* antara lahirnya kepala dengan seluruh tubuh.

Nilai normal interval waktu antara persalinan kepala dengan seluruh tubuh adalah 24 detik, pada distosia bahu 79 detik. Mereka mengusulkan bahwa distosia bahu adalah bila interval waktu tersebut lebih dari 60 detik.

## **2. Patofisiologi**

Setelah kelahiran kepala, akan terjadi putaran paksi luar yang menyebabkan kepala berada pada sumbu normal dengan tulang belakang bahu pada umumnya akan berada pada sumbu miring (oblique) di bawah rumus pubis. Dorongan pada saat ibu meneran akan menyebabkan bahu depan (anterior) berada di bawah pubis, bila bahu gagal untuk mengadakan putaran menyesuaikan dengan sumbu miring dan tetap berada pada posisi anteroposterior, pada bayi yang besar akan terjadi benturan bahu depan terhadap simfisis sehingga bahu tidak bisa lahir mengikuti kepala.

## **3. Etiologi**

Distosia bahu terutama disebabkan oleh deformitas panggul, kegagalan bahu untuk “melipat” ke dalam panggul misal pada makrosomia disebabkan oleh fase aktif dan persalinan kala II yang pendek pada multipara sehingga penurunan kepala yang terlalu cepat menyebabkan bahu tidak melipat pada saat melalui jalan lahir atau kepala telah melalui pintu tengah panggul setelah mengalami pemanjangan kala II sebelah bahu berhasil melipat masuk ke dalam panggul.

## **4. Penilaian klinik**

- a. Kepala janin telah lahir namun masih erat berada di vulva
- b. Kepala bayi tidak melakukan putaran paksi luar
- c. Daggu tertarik dan menekan perineum
- d. Tanda ke kepala kura-kura yaitu penarikan Kembali kepala terhadap perineum sehingga tampak masuk Kembali ke dalam vagina. Penarikan kepala tidak berhasil melahirkan bahu yang terperangkap di belakang symphysis.

## **5. Faktor risiko Distosia Bahu**

- a. Ibu dengan diabetes, 7% insiden distosia bahu terjadi pada ibu dengan diabetes gestasional. Terutama pada diabetes kehamilan atau diabetes tipe A, karena kemungkinan makrosomia. Pada bayi ini mempunyai rasio lingkaran bahu-kepala lebih besar dari pada ibu non diabetes walaupun memiliki berat lahir yang sama.
- b. Janin besar (Macrossomia), distosia bahu lebih sering terjadi pada bayi dengan berat lahir yang lebih besar, meski demikian hampir separuh dari kelahiran distosia bahu memiliki berat kurang dari 4000 g.
- c. Lewat waktu, karena bayi terus tumbuh dan menjadi lebih besar seiring peningkatan makrosomia antara minggu ke -40 dan 42 minggu. Terdapat rasio lingkaran bahu-kepala yang lebih besar sejalan pertumbuhan diameter bahu dan dada.
- d. Riwayat obsetri atau persalinan dengan bayi besar
- e. Ibu dengan obesitas
- f. Multiparitas
- g. Riwayat obsetri dengan persalinan lama /persalinan sulit atau riwayat distosia bahu
- h. Cephalopelvic disproportion (bentuk pelvis yang memperpendek diameter anterior-posterior dan atau deformitas pelvis misalnya akibat kecelakaan atau riketsia).
- i. fase aktif yang tidak tentu pada kala I, pada fase ini pasien hanya mengalami sedikit kemajuan, hal ini dapat mengindikasikan disproporsi sefalopelvik, yang dalam persalinan hal ini dapat menjadi tanda bahwa distosia bahu akan terjadi.

## **6. Penatalaksanaan Distosia Bahu**

- a. Tetap tenang, anda tahu apa yang harus dilakukan dan akan menangani situasi ini dengan efektif. Kesiapan penolong persalinan dalam mengatasi distosia bahu sangat diperlukan.
- b. Bersikap relaks, hal ini akan mengkondisikan penolong untuk berkonsentrasi dalam menangani situasi gawat darurat secara efektif.
- c. Memanggil dokter Bila bidan terus menolong sampai bayi lahir sebelum dokter datang, maka dokter akan menangani perdarahan yang mungkin terjadi atau untuk tindakan resusitasi.

- d. Siapkan peralatan tindakan resusitasi
- e. Menyiapkan peralatan dan obat-obatan untuk penanganan perdarahan
- f. Beritahu ibu prosedur yang akan dilakukan
- g. Atur posisi Mc Robert
- h. Teknik ini ditemukan pertama kali oleh gonik dan selanjutnya William mempopulerkannya di University of Texas di Houston. Maneuver ini terdiri dari melepaskan kaki dari penyangga dan melakukan fleksi sehingga paha menempel pada abdomen ibu. Tindakan ini dapat menyebabkan sacrum mendatar, rotasi sumfisi pubis kearah kepala maternal dan mengurangi sudut inklinasi. Meskipun ukuran panggul tak berubah, rotasi cephalad panggul cenderung untuk membebaskan bahu depn yang terhimpit.
- i. Cek posisi bahu, ibu diminta tidak mengejan. Putar bahu menjadi diameter oblik dari pelvis atau anteroposterior 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 plekus syaraf brakhialis.
- j. Minta pendamping persalinan untuk menekan daerah supra pubik untuk menekan kepala ke arah bawah dan luar. Hati-hati dalam melaksanakan tarikan ke bawah karena dapat menimbulkan kerusakan pleksus syaraf brakhialis . Cara menekan daerah supra pubik dengan cara kedua tangan saling menumpuk diletakkan di atas simpisis. Selanjutnya ditekan kearah luar bawah perut.
- k. Bila persalinan belum dilahirkan istirahat sebentar (sekitar 40- 45 detik) agar anda lebih memahami situasi , mendapat kesempatan, dan sedikit ruang untuk melahirkan bahu. Kosongkan kandung kemih karena dapat mengganggu turunnya bahu, pastikan VT untuk mencari kemungkinan adanya penyebab lain distosia bahu. Tangan diusahakan memeriksa kemungkinan: tali pusat pendek, bertambah besarnya janin pada daerah thorak dan abdomen oleh karena tumor, lingkaran bandl yang mengindikasikan akan terjadi rupture uteri, *locked twins* dan *Conjoined twins*.

- l. Mencoba Kembali melahirkan bahu seperti langkah-langkah diatas . bila distosia bahu ringan-sedang , janin akan dapat di lahirkan.
- m. Maneuver Woods (*"Wood crock screw maneuver"*) lakukan Tindakan perasat seperti menggunakan alat untuk membuka botol (*cokrew*) 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 putar 180. Lakukan gerakan pemutaran paling sedikit 4 kali, kemudian melahirkan bahu dengan menekan kepada kearah luar belakang disertai dengan penekanan daerah supra pubik.
- n. Maneuver rubin terdiri dari 2 langkah , menguncang bahu anak dari satu sisi ke sisi lain dengan melakukan tekanan pada abdomen ibu, bila tidak berhasil maka dilakukan langkah berikutnya yaitu, tangan mencari bahu anak yang paling mudah untuk dijangkau dan kemudian ditekan ke depan ke arah dada anak. Tindakan ini untuk melakukan abduksi kedua bahu anak. Sehingga diameter bahu mengecil dan melepaskan bahu depan dari simpisis pubis
- o. Manuever Rubin II . Diameter bahu terlihat antara kedua tanda panah. Bahu anak yang paling mudah dijangkau didorong kearah dada anak sehingga diameter bahu mengecil dan membebaskan bahu anterior yang terjepit Bila belum berhasil, ulangi melakukan pemutaran bahu janin seperti Langkah 12-13 melahirkan bahu belakang operator memasukkan tangan ke dalam vagina menyusuri humerus posterior janin dan kemudian melakukan fleksi lengan didepan dada dengan mempertahankan posisi fleksi siku. Tangan janin dicekap dan lengan diluruskan melalui wajah janin Lengan posterior dilahirkan.
- p. Kleidotomi pematangan klavikula dilakukan dengan menekan klavikula anterior kearah SP.
- q. Manuever Zavanelli menembalikan kepala kedalam jalan lahir dan anak dilahirkan melau SC, memutar kepala anak menjadi occiput anterior atau posterior sesuai dengan PPL yang sudah terjadi membuat kepala anak menjadi fleksi dan secara perlahan mendorong kepala ke dalam vagina (Marmi, 2012).

## DAFTAR PUSTAKA

- Ai Nurasih, A.R.D. (2012). Asuhan Persalinan Normal Bagi Bidan. Bandung: PT. Refika Aditama.
- Ai Yeyeh. (2009). Asuhan Kebidanan II Persalinan. Jakarta Timur: CV. Trans Info Media.
- Ai Yeyeh, Rukiyah. (2012). Asuhan Neonatal Bayi dan Anak Balita. Jakarta Timur: CV. Trans Info Media.
- Alimul, A.A. (2008). Dokumentasi Kebidanan. Jakarta Selatan: Penerbit Salemba.
- Aprilia, N.B. (2011). Biologi Reproduksi Kehamilan dan Persalinan. Sleman: Graha Ilmu.
- Eka Nurhayati. (2019). Patologi dan Fisiologi Persalinan Distosia dan Konsep Dasar Persalinan. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Eniyati. (2012). Asuhan Kebidanan Pada Persalinan Patologi. Yogyakarta: Pustaka Belajar.
- JNPK-KR. (2008). Asuhan Esensial, Pencegahan dan Penanggulangan Segera Komplikasi Persalinan dan Bayi Baru Lahir . Jakarta: JNPK-KR.
- Lisnawati, L. (2013). Asuhan Kebidanan Terkini Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal. Jakarta Timur: CV. Trans Info Media.
- Mangkuji, B., Ginting, I., Suswaty, Lubis, R., Wildan. (2012). Asuhan Kebidanan 7 Langkah Soap. Jakarta: EGC.
- Marmi. (2012). Intranatal Care Asuhan Kebidanan Persalinan. Yogyakarta: Pustaka Belajar.
- Maryunani, A. (2010). Nyeri Dalam Persalinan. Jakarta Timur: CV. Trans Info Media.
- Maryunani, A. (2010). Buku Ilmu Kesehatan Anak. Jakarta Timur: CV. Trans Info Media.
- Norma, N. (2013). Asuhan Kebidanan Patologi. Yogyakarta: Nuha Medika.

- POGI. (2014). Asuhan Persalinan Normal. Jakarta: JNPK-KR.
- POGI. (2014). Asuhan Persalinan Normal Asuhan Esensial Bagi Ibu Bersalin dan Bayi Baru Lahir Serta Penatalaksanaan Komplikasi Segera Pasca Persalinan dan Nifas. Jakarta: JNPKR.
- Rangga, D.W. (2009). Persalinan dan Melahirkan. Jakarta: EGC.
- Rukiyah, A.Y., Yulianti, M., Susilawati, L. (2014). Asuhan Kebidanan 2 (Persalinan). Jakarta Timur: CV. Trans Info Media.
- Sari, E.P. (2014). Asuhan Kebidanan Persalinan. Jakarta Timur: CV Trans Info Media.
- Sri Sukamti. (2009). Pemeriksaan Fisik pada Bayi dan Anak. Jakarta Timur: CV. Trans Info Media.
- Sudarti, Fauziah, A. (2011). Buku Ajar Dokumentasi Kebidanan. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Sulfianti, I. (2020). Asuhan Kebidanan Persalinan. Medan: Yayasan Kita Menulis.
- Sumarah. (2008). Perawatan Ibu Bersalin. Yogyakarta: Fitramaya.
- Sumarah. (2010). Perawatan Ibu Bersalin. Jakarta Timur: CV. Trans Info Media.
- Sumarah. (2011). Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin. Yogyakarta: Fitramaya.
- Suprpti, Mansur, H. (2018). Praktik Klinik Kebidanan II. Jakarta: Kemenkes RI.
- Varney, H., Kriebs, J.M., Gegor, C.L. (2007). Buku Ajar Asuhan Kebidanan Bab Graviditas. Jakarta: EGC.
- Wafinur. (2010). Asuhan Neonatus, Bayi dan Balita. Yogyakarta: Fitramaya.
- Kusmiati, Y. (2012). Keterampilan Dasar Praktik Klinik Kebidanan. Yogyakarta: Fitramaya.



## PROFIL PENULIS



**Indryani** Lahir di Bone pada tanggal 25 Maret 1991. Menyelesaikan kuliah dan mendapatkan gelar Ahli Madya Kebidanan 2013, dan merupakan alumni Akademi Kebidanan Batari Toja Watampone. Pada tahun 2014 mengikuti program Sarjana sains terapan dan lulus pada tahun 2015 dari Stikes Mega Rezki Makassar tahun 2016, dan mengikuti Program Magister Kesehatan Masyarakat dan lulus pada Tahun 2018 dari Universitas Muslim Indonesia. Pada tahun 2016 diangkat menjadi Dosen tetap Yayasan Sipatokkong Mambo Fakultas Kesehatan Prodi DIII Kebidanan.

Asuhan Kebidanan Persalinan dan bayi baru lahir (BBL) merujuk pada serangkaian tindakan dan perhatian kesehatan yang diberikan oleh tenaga kebidanan kepada ibu hamil, selama persalinan, dan pasca persalinan pada bayi baru lahir (BBL). Buku ini dirancang untuk memastikan kesehatan dan keamanan ibu dan bayi selama proses persalinan dan masa pasca persalinan. Adapun beberapa pokok bahasan diantaranya: Konsep dasar Asuhan Persalinan normal; Manajemen kebidanan dalam persalinan; Fisiologi persalinan normal; Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir normal, dan Komplikasi dalam persalinan. Buku ini disusun guna memberikan kontribusi dalam upaya peningkatan mutu pembelajaran, sehingga memudahkan proses belajar mengajar bagi para dosen dan mahasiswa kebidanan.



Pallantikang, Kabupaten Maros

Website: [penerbit.salnesia.id/index.php/press](http://penerbit.salnesia.id/index.php/press)

ISBN 978-623-09-7722-0



9

786230

977220