

Program Studi  
**Sarjana Terapan Kebidanan**



# **MODUL PRAKTIK 2**

# **ASUHAN KEBIDANAN KALBORASI PATOLOGI DAN KOMPLIKASI**

---

# **2019**



**KEMENTERIAN  
KESEHATAN  
REPUBLIK  
INDONESIA**

**Jurusan Kebidanan**  
Politeknik Kesehatan Kemenkes Palangka Raya

---

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

**VISI DAN MISI**  
**PRODI SARJANA TERAPAN KEBIDANAN**  
**POLTEKKES KEMENKES PALANGKARAYA**

**VISI**

“Menghasilkan Lulusan Sarja Terpan Kebidanan  
yang Unggul, Berkarakter, Berbasis Kearifan Lokal  
Menuju daya saing Global Tahun 2024 Dengan  
Unggulan Kebidanan Komunitas”

**MISI**

1. Menyelenggarakan pendidikan Sarjana Terapan Kebidanan Yang berkualitas mengikuti perkembangan IPTEK berbasis kearifan Lokal dengan keunggulan Kebidanan Komunitas.
2. Melaksanakan penelitian yang mengikuti perkembangan IPTEK serta selaras dengan kearifan lokal dengan unggulan kebidanan komunitas.
3. Melaksanakan pengabdian kepada masyarakat yang berorientasi pada kebidanan komunitas melalui pemberdayaan masyarakat dibidang kesehata ibu dan anak serta Kesehatan reproduksi.
4. Meningkatkan Produktifitas kualitas sumber daya manusia serta pengelolaan sarana dan perasana untuk mendukung pelaksanaan Tri Dharma Perguruan Tinggi

MODUL 2  
BAHAN AJAR CETAK  
KEBIDANAN

**ASUHAN KEBIDANAN  
KALABORASI PADA KASUS  
PATOLOGI DAN KOMPLIKASI**

## DAFTAR ISI

<b>BAB I: ASUHAN KEBIDANAN PADA KEHAMILAN PATOLOGI</b>	<b>46</b>
<b>Topik 1.</b>	
<b>Asuhan Kebidanan Kehamilan dengan Hiperemisis Gravidarum .....</b>	<b>47</b>
Latihan .....	54
Ringkasan .....	54
Tes 1 .....	55
<b>Topik 2.</b>	
<b>Asuhan Kebidanan pada Kehamilan dengan Anemia</b>	<b>57</b>
Latihan .....	66
Ringkasan .....	67
Tes 2 .....	67
<b>Topik 3.</b>	
<b>Asuhan Kebidanan pada Kehamilan dengan Oligihidramion Dan Polihidramion</b>	<b>70</b>
Latihan .....	76
Ringkasan .....	77
Tes 3 .....	78
<b>KUNCI JAWABAN TES FORMATIF .....</b>	<b>80</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>81</b>

DAFTAR ISI

<b>BAB II: ASKEB PADA PERSALINAN PATOLOGIS</b>	<b>130</b>
<b>Topik 1.</b>	
<b>Patologi Kala I Persalinan</b>	<b>131</b>
Latihan .....	142
Ringkasan .....	142
Tes 1 .....	143
<b>Topik 2.</b>	
<b>Patologi Kala II Persalinan</b> .....	<b>145</b>
Latihan .....	156
Ringkasan .....	156
Tes 2 .....	156
<b>Topik 3.</b>	
<b>Patologi Kala III Persalinan</b>	<b>158</b>
Latihan .....	162
Ringkasan .....	162
Tes 3 .....	162
<b>Topik 4.</b>	
<b>Patologi Kala IV Persalinan</b> .....	<b>164</b>
Latihan .....	167
Ringkasan .....	168
Tes 4 .....	168
<b>Topik 5.</b>	
<b>Patologi Kala IV Persalinan</b> .....	<b>170</b>
Latihan .....	177
Ringkasan .....	177
Tes 5 .....	178
<b>KUNCI JAWABAN TES FORMATIF</b> .....	<b>180</b>
<b>GLOSARIUM</b> .....	<b>184</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	<b>185</b>

## **BAB II**

# **ASKEB PADA PERSALINAN PATOLOGIS**

### **PENDAHULUAN**

Bab praktik Asuhan Kebidanan pada Persalinan Patologis ini akan mempraktikkan bagaimana memberikan asuhan kebidanan pada ibu dengan kasus patologis mulai dari awal persalinan sampai bayi lahir. Dimulai dari kala I persalinan adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan 0-10 cm (pembukaan lengkap). Kala II adalah kala pengeluaran bayi, dimulai dari pembukaan lengkap sampai bayi lahir. Kala III adalah waktu untuk pelepasan dan pengeluaran plasenta. Kala IV mulai dari lahirnya plasenta selama 1-2 jam.

Tujuan praktik Asuhan Kebidanan pada Persalinan Patologis ini memberikan gambaran keterampilan kepada mahasiswa sesuai dengan kompetensi bidan dalam asuhan selama persalinan dan kelahiran. Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, tanggap terhadap kebudayaan setempat selama persalinan, memimpin suatu persalinan yang bersih dan aman, melakukan deteksi dini situasi kegawatdaruratan tertentu untuk mengoptimalkan kesehatan wanita dan bayinya yang baru lahir.

Topik 1: Patologi Kala I Persalinan

Topik ini terdiri atas :

1. Asuhan kebidanan pada gangguan kemajuan persalinan / persalinan lama
2. Asuhan kebidanan pada Ketuban pecah dini
3. Asuhan kebidanan pada Fetal distress

Topik 2: Patologi Kala II Persalinan

Topik ini terdiri atas :

1. Asuhan kebidanan pada Distosia bahu
2. Asuhan kebidanan pada Persalinan sungsang

Topik 3: Patologi Kala III Persalinan

Topik ini terdiri atas :

1. Asuhan kebidanan pada Retensio plasenta

Topik 4: Patologi Kala IV Persalinan

Topik ini terdiri atas :

1. Asuhan kebidanan pada atonia uteri
2. Asuhan kebidanan pada Resusitasi BBL

## Topik 1

# Patologi Kala I Persalinan

Saat ini anda akan mulai melaksanakan Topik 1. Apakah Anda sudah siap? Mari kita mulai! Pada Topik ini Anda akan mempraktikkan asuhan kebidanan terhadap ibu bersalin Kala I patologis. Selamat mencoba!!

### A. URAIAN TEORI

Tahukah Anda? Banyak permasalahan yang dapat terjadi pada saat kala I persalinan. Pada Topik kali ini kita akan membahas beberapa permasalahan yang sering terjadi pada kala I antara lain Gangguan Kemajuan persalinan/ persalinan lama, Malposisi dan Malpresentasi, Ketuban Pecah Dini dan Fetal Distress.

#### 1. Asuhan Kebidanan pada Gangguan Kemajuan Persalinan/ Persalinan Lama

Persalinan dikatakan terlalu lama jika persalinan berlangsung selama > 12 jam untuk multipara dan > 24 jam untuk primipara. Persalinan lama akan menyebabkan masalah serius, termasuk fistula, ruptur uterus, atau kematian ibu dan bayi. Saat ibu mengalami persalinan lama, observasi ibu secara ketat untuk mendeteksi tanda peringatan. Apakah jarak antar nyeri semakin jauh? Apakah ibu menunjukkan tanda infeksi? Apakah ibu mulai kelelahan? Apakah denyut jantung normal?

Yang perlu diingat adalah : “jangan pernah membuat ibu merasa bersalah jika persalinan lama atau sulit, tetapi kuatkan ibu”.

Pada prinsipnya, persalinan lama dapat disebabkan faktor-faktor yang satu sama lain saling berhubungan yaitu *power, passenger, passage, psychologic*, dan *position of mother* (5 P). Marilah kita bahas satu persatu.

##### a. *Power atau his tidak efisien (tidak adekuat) / disfungsi uterus hipotonik/ inersia uteri*

Disfungsi uterus merupakan diagnosis yang dapat ditegakkan dengan melakukan observasi pemanjangan waktu setiap fase atau kala persalinan yang melebihi waktu yang diperkirakan. Hal ini dapat diidentifikasi berdasarkan sedikitnya kemajuan pendataran serviks atau dilatasi atau penurunan bagian presentasi janin.

Pada disfungsi uterus hipotonik, kontraksi memiliki pola gradien normal (paling besar di fundus dan menurun sampai paling lemah di segmen bawah uterus dan serviks), tetapi tonus atau intensitas sangat buruk (kurang dari 15 mmHg tekanan), tekanan ini sangat sedikit untuk menyebabkan serviks berdilatasi. Keadaan ini meningkatkan resiko distresses maternal, perdarahan, dan jika ketuban pecah terjadi infeksi intra uterus, serta jika terlalu lama berlangsung menimbulkan distress janin

Tanda dan gejala disfungsi uterus hipotonik adalah:

- 1) Ibu tidak merasakan nyeri, persalinan mengalami kemajuan namun kemudian berhenti
- 2) Pada pemeriksaan kontraksi tidak sering, durasi singkat, intensitas ringan

- 3) Pemeriksaan dalam tidak ada kemajuan dilatasi serviks atau penurunan janin karena kontraksi tidak efektif

Beberapa pilihan asuhan yang dapat dilaksanakan kepada ibu dengan disfungsi uterus hipotonik (Varney, 2008)

- 1) Mengubah lingkungan untuk menurunkan stress pada ibu
- 2) Menganjurkan ibu istirahat dan memenuhi asupan cairan
- 3) Berkomunikasi dan mendukung dengan ibu untuk mengurangi kekhawatiran dan ketakutan
- 4) Ambulasi
- 5) Hidroterapi (shower, berendam air hangat, *jacuzzi*)
- 6) Stimulasi puting susu
- 7) Bila perlu, pecahkan ketuban
- 8) Bila perlu, stimulasi pitocin

Penanganan disfungsi uterus(Sarwono, 2002):

- 1) Lakukan induksi dengan oksitosin 5 unit dalam 500 cc dektrosa (atau NaCl) atau prostaglandin
- 2) Evaluasi ulang dengan pemeriksaan vaginal setiap 4 jam:
  - a) Bila garis tindakan dilewati (memotong) lakukan SC
  - b) Bila ada kemajuan evaluasi setiap 2 jam.

b. *Passanger atau Faktor janin (malpresentasi, malposisi, janin besar)*

Malpresentasi, malposisi dan janin besar akan kita bahas di bab yang lain.

c. *Passage Faktor jalan lahir (panggul sempit, kelainan serviks, vagina, tumor)*

Panggul sempit, kelainan serviks, vagina dan tumor akan dibahas di bab yang lain.

d. *Psikologi*

Apakah Anda pernah melihat persalinan lambat atau persalinan macet yang disebabkan oleh faktor psikologi ibu? Faktor ini ditandai dengan ibu menjadi tegang, khawatir atau ketakutan. Banyak penyebab yang mempengaruhi psikologi ibu saat persalinan, diantaranya:

- 1) Nyeri fisik persalinan membuat ibu ketakutan
- 2) Ibu belum berpengalaman karena merupakan bayi pertama
- 3) Bayi terdahulu lahir mati atau meninggal setelah dilahirkan
- 4) Ibu tidak menginginkan kehamilan
- 5) Ibu tidak memiliki suami, pasangan atau keluarga untuk membantunya
- 6) Terdapat masalah keluarga
- 7) Ibu pernah mengalami kekerasan seksual di masa lampau

Asuhan yang diberikan adalah:

- 1) Bantu ibu merelaksasi tubuhnya, dengan massase, memandikan dengan air hangat atau memberi pakaian hangat
- 2) Bantu ibu untuk menyambut kontraksi dengan mengajarkan teknik relaksasi
- 3) Perlakukan ibu dengan penuh perhatian dan penghargaan

*e. Position of Mother*

Persalinan seringkali menguat jika ibu berdiri atau berjalan-jalan karena dalam posisi tersebut, kepalabayi menekan serviks dan menyebabkan kontraksi lebih kuat. Beberapa ibu mengalami kontraksi yang lebih kuat hanya dengan mengubah posisi.

Asuhan yang dapat diberikan saat persalinan yaitu bantu ibu berpindah tempat selama persalinan. Ibu dapat jongkok, duduk, berlutut atau mengambil posisi lain. Ibu boleh berdiri, berjalan, berayun-ayun, bergoyang-goyang atau bahkan menari untuk membantu tubuh ibu menjadi rileks. Ibu boleh tidur miring dengan disangga bantal diantara tungkai atau berbaring telentang dengan bagian atas tubuh diganjil bantal. Yang harus diingat, ibu tidak boleh tidur berbaring datar telentang ( Klein, 2009).

## **2. Asuhan Kebidanan pada Ketuban Pecah Dini (KPD)**

Yaitu pecah ketuban sebelum awitan persalinan, tanpa memperhatikan usia gestasi.

Insiden KPD lebih tinggi pada perempuan dengan serviks inkompeten, polihidramnion, malpresentasi janin, kehamilan kembar, atau infeksi vagina/ serviks. Selain itu, KPD dapat terjadi pada ibu dengan kelelahan.

Komplikasi yang dapat terjadi pada KPD adalah persalinan prematur, infeksi intrauteri (korioamnionitis), kompresi tali pusat akibat prolaps tali pusat atau oligohidramnion.

Deteksi dini KPD didapatkan dari pengumpulan data Subjektif dan Objektif.

*a. Data Subjektif*

- 1) Mempunyai risiko terjadinya KPD : riwayat KPD atau persalinan prematur, serviks tidak kompeten, riwayat tindakan pada serviks/ robekan serviks, infeksi serviks/ vagina, peningkatan PH vagina, perdarahan selama persalinan, gemelli, polyhidramnion, kelainan plasenta, prosedur saat prenatal (amniosentesis, chorionic Villus sampling), kebiasaan merokok, penggunaan narkoba, hipertensi, diabetes, malnutrisi, sosial ekonomi rendah.
- 2) Waktu terjadi pecah ketuban
- 3) Tanda dan gejala infeksi
- 4) Jumlah cairan yang keluar (menyembur, sedikit terus menerus, perasaan basah pada celana dalam)
- 5) Ketidakmampuan mengendalikan kebocoran dengan latihan kegel (untuk membedakan inkontinensia uteri dan KPD)
- 6) Warna cairan (jernih atau keruh, bercampur mekoneum atau lainnya)
- 7) Bau cairan (khas, membedakan dengan urine)
- 8) Hubungan seksual terakhir

*b. Data Objektif*

- 1) Pemeriksaan abdomen untuk menentukan volume cairan amnion
- 2) Pemeriksaan spekulum (inspekulo) : pengeluaran cairan dari orifisium, dilatasi serviks, prolaps tali pusat)
- 3) Pemeriksaan laboratorium : Uji kertas nitrazin positif bila warna kertas menjadi biru gelap (basa, PH amnion 7,0-7,5) dan USG untuk mendeteksi oligohidramnion

Saat mengetahui bahwa ibu mengalami KPD, bidan hendaknya melakukan observasi ketuban, yakinkan warna ketuban apakah berwarna jernih? kuning muda atau hijau atau bahkan berupa gumpalan feces bayi pada ketuban (hitam). Setelah itu, observasi denyut jantung janin dan observasi tanda peringatan lain.

Saat menunggu persalinan atau bila ibu mendapatkan perawatan konservatif, bantu ibu untuk mencegah agar kuman tidak masuk ke dalam vaginanya dengan cara : Tidak melakukan periksa dalam, tidak memasukkan apapun ke dalam vagina, memastikan ibu tidak berendam saat mandi, memastikan agar ibu tidak melakukan hubungan seksual, meminta ibu membersihkan genital luarnya dari arah depan ke belakang setelah berkemih dan menganjurkan ibu mengganti pakaian dalam secara teratur (Klein, 2009).

**Penatalaksanaan**

Konservatif:

- 1) Rawat di Rumah Sakit
- 2) Berikan antibiotika (ampisilin 4 x 500 mg atau eritromisin) dan metronidazol 2 x 500 mg selama 7 hari
- 3) Jika umur kehamilan < 32-34 minggu, rawat selama air ketuban masih keluar atau sampai air ketuban tidak keluar lagi
- 4) Jika usia kehamilan 32-37 minggu, belum in partu, tidak ada infeksi, tes busa negatif : beri deksametason, observasi tanda-tanda infeksi, dan kesejahteraan janin. Terminasi pada kehamilan 37 minggu
- 5) Jika usia kehamilan 32-37 minggu, sudah in partu, tidak ada infeksi, berikan tokolitik (salbutamol), deksametason dan induksi sesudah 24 jam
- 6) Jika usia kehamilan 32-37 minggu, ada infeksi, beri antibiotik dan lakukan induksi
- 7) Nilai tanda-tanda infeksi (suhu, leukosit, tanda-tanda infeksi uterin)
- 8) Pada usia kehamilan 32-34 minggu berikan steroid, untuk memacu kematangan paru janin, dan kalau memungkinkan periksa kadar lesitin dan spingomielin tiap minggu. Dosis betametason 12 mg sehari dosis tunggal selama 2 hari, deksametason IM 5 mg setiap 6 jam sebanyak 4 kali

Aktif

- 1) Kehamilan >37 minggu, induksi dengan oksitosin, bila gagal seksio sesaria. Dapat pula diberikan misoprostol 50 µg intravaginal tiap 6 jam maksimal 4 kali.
- 2) Bila ada tanda-tanda infeksi berikan antibiotik dosis tinggi dan persalinan diakhiri : a. Bila skor pelvik < 5, lakukan pematangan serviks, kemudian insuksi. Jika tidak berhasil,

akhiri persalinan dengan SC. b. Bila skor pelvik >5, induksi persalinan, partus pervaginam

### **3. Asuhan Kebidanan pada Fetal Distress (Gawat Janin)**

Denyut Jantung Janin (DJJ) normal adalah antara 110 dan 160 kali/menit. DJJ dapat direkam secara intermitten dengan auskultasi menggunakan stetoskop pinard atau secara elektronik menggunakan alat doppler. Janin disebut dalam keadaan gawat janin atau fetal distress apabila terjadi takikardi atau bradikardi.

Takikardi adalah kondisi dimana denyut jantung janin > 160 x/ menit yang berlangsung dalam 10 menit atau lebih, sering dihubungkan dengan penurunan variabilitas. Takikardi ini dikatakan berat jika >180x menit

Penyebab:

- a. Prematuritas
- b. Demam maternal
- c. Hipoksia janin
- d. Penggunaan obat-obatan pada ibu
- e. Anomali jantung janin
- f. Dehidrasi pada ibu
- g. Diabetes ketoasidosis
- h. Anemia janin (isoimunisasi Rh, perdarahan fetomaternal, abrupcio plasenta)
- i. Hipertiroidisme Maternal

Bradikardi yaitu Kondisi dimana denyut jantung janin berkisar < 110 x/menit. Perlambatan kurang < 110x/menit yang progresif atau tiba-tiba menunjukkan dekompensasi janin.

Penyebab:

- a. Hipotermi maternal
- b. Kompresi tali pusat (prolaps tali pusat, kompresi tali pusat intermiten)
- c. Hipoksia atau asfiksia janin dan penurunan variabilitas
- d. Stimulasi vagal (valsava maternal, pemeriksaan vagina, penurunan yang cepat, kepala janin pada posisi posterior atau melintang)
- e. Anomali jantung janin
- f. Pengobatan maternal

Penanganan:

- a. Bila sedang dalam infus oksitosin : STOP
- b. Ibu berbaring miring ke kiri
- c. Cari penyebab DJJ yang abnormal. Misalnya : ibu demam, atau efek obat tertentu. Bila penyebab diketahui, atau permasalahannya
- d. Lakukan pemeriksaan dalam untuk mengetahui hal-hal berikut:
  - 1) Kemajuan persalinan

- 2) Adakah kompresi tali pusat?
  - 3) Air ketuban sedikit?
- e. Bila terdapat oligohidramnion akibat ketuban pecah maka kompresi tali pusat dapat diatasi dengan amnio infusi.
- f. Bila DJJ tetap tak normal, segera akhiri persalinan dengan cara yang sesuai syarat tindakan (EV, FE atau Seksio sesaria)
- g. Pada kala II sebanyak 30-40% dapat terjadi bradikardia akibat kompresi, bila persalinan lancar tidak perlu tindakan

## **B. PELAKSANAAN PRAKTIK**

### **1. Gangguan Persalinan**

#### *a. Tujuan*

Melaksanakan asuhan kebidanan pada persalinan Kala I patologis (gangguan kemajuan persalinan)

#### *b. Prosedur Praktik*

Alat dan bahan yang harus disediakan:

- Buku catatan rekam medik
- Alat tulis
- Alat Pemeriksaan Fisik
- Partograf
- Ruang yang tertutup untuk menjaga privacy

Nilailah setiap kinerja yang diamati menggunakan skala sebagai berikut :

**0 : Langkah kerja atau kegiatan tidak dilakukan**

**1 : Langkah atau tugas tidak dikerjakan dengan benar atau tidak sesuai urutan (jika harus berurutan) atau tidak dikerjakan**

**2 : Langkah atau tugas dikerjakan dengan benar dan berurutan (jika harus berurutan) tetapi ragu-ragu**

**3 : Langkah atau tugas dikerjakan dengan benar sesuai dengan urutan (jika harus berurutan) dan percaya diri**

**N/A: Langkah kerja atau kegiatan tidak diperlukan dalam observasi**

**PENUNTUN BELAJAR  
PADA KASUS GANGGUAN KEMAJUAN PERSALINAN**

LANGKAH/TUGAS	KASUS				
<b>Persiapan</b>	1	2	3	4	5
1. Memberi salam pada ibu dan keluarga dan perkenalkan diri sebagai pemberi asuhan.					
2. Menjelaskan pada ibu dan keluarga mengenai masalah kemajuan persalinan yang sudah teridentifikasi.					
3. Memberikan respon terhadap reaksi dan pertanyaan ibu.					
<b>Membuat Assessment</b>					
4. Melakukan evaluasi secara cepat dan tepat kondisi umum ibu.					
5. Mengkaji ulang status ibu.					
6. Mengkaji ulang jam dan keadaan ibu saat baru datang ke tempat pelayanan.					
7. Mengkaji ulang partograf.					
8. Melakukan pemeriksaan fisik.					
9. Melakukan pemeriksaan keton urine/berkolaborasi untuk pemeriksaan keton urine.					
<b>Evaluasi Penyebab</b>					
10. Membuat diagnosa diferensial.					
11. Melakukan Kolaborasi atau rujukan.					
12. Mempertimbangkan cara pertolongan persalinan.					
13. Memberikan manajemen yang tepat berdasarkan kemungkinan penyebab.					
14. Memberikan informasi dan memberikan pemahaman akan kondisinya.					
15. Meneruskan observasi dengan partograf.					

**2. Ketuban Pecah Dini**

*a. Tujuan*

Melaksanakan asuhan kebidanan pada persalinan Kala I patologis (Ketuban Pecah Dini)  
Mendeteksi Ketuban Pecah Dini.

*b. Prosedur Praktik*

Alat dan bahan yang harus disediakan:

- 1) 1 buah baki dan alasnya
- 2) 1 buah bak instrumen, berisi:
  - 1 pasang sarung tangan DTT/steril
  - Kertas lakmus/nitrazin
  - 1 buah spekulum kutsko/cocor bebek
  - Kapas DTT/steril
  - 1 buah lidi kapas DTT/steril ukuran 18 - 20 cm atau
  - 1 buah tampon tang

- 3) Kom berisi air DTT
- 4) Bungkuk
- 5) Waskom berisi larutan chlorin 0,5%
- 6) Handuk/kain lap tangan
- 7) Barakhort, alas kaki
- 8) Tempat sampah basah dan sampah kering
- 9) Lampu sorot

NO	Prosedur	Kasus		
		1	2	3
<b>ANAMNESA</b>				
1	Menyapa klien dan keluarga serta memperkenalkan diri.			
2	Mempersilakan klien duduk atau berbaring di tempat tidur.			
3	Menanyakan alasan klien datang memeriksakan diri.			
4	Menentukan usia kehamilan.			
5	Mengkaji tanda-tanda persalinan.			
6	Menggali dan menanyakan faktor risiko KPD.			
7	Menanyakan : - Waktu pecah ketuban - Tanda dan gejala infeksi - Jumlah cairan yang keluar - Warna cairan - Bau cairan - Hubungan seksual terakhir			
<b>PEMERIKSAAN PADA KLIEN</b>				
8	Memberikan penjelasan tentang tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan pada klien dan atau keluarga.			
9	Mempersiapkan alat secara ergonomis.			
10	Menentukan pemeriksaan tanda vital dan pemeriksaan fisik lainnya.			
11	Mempersiapkan pasien dalam posisi litotomi atau dorsal recumbent.			
12	Mempersiapkan lingkungan: memasang tirai penutup dan lampu sorot.			
13	Memakai alat perlindungan diri: barakshort, alas kaki.			
14	Mencuci tangan sesuai SOP dan mengeringkan tangan dengan handuk bersih.			
15	Memakai sarung tangan steril/DTT.			
16	Melakukan vulva higiene dengan menggunakan kapas DTT.			
17	Memasang spekulum secara lembut dan perlahan sampai terlihat porsio.			
18	Melakukan observasi terhadap adanya prolaps tali pusat dan prolaps membran di ostium uteri eksternum.			
19	Melakukan observasi adanya cairan ketuban di fornix posterior			

NO	Prosedur	Kasus		
		1	2	3
	meliputi warna dan baunya. *Jika tidak terlihat cairan, minta pasien untuk mengedan atau batuk atau melakukan dorongan ringan pada fundus, lalu perhatikan cairan yang keluar dari ostium uteri eksternum.			
20	Menyentuh lidi kapas ke cairan yang terkumpul di fornix posterior dengan prinsip No Touch lalu mengoleskannya pada kertas lakmus, atau Menjepit kertas lakmus dengan tampon tang, dengan teknik yang sama sentuhkan pada cairan yang terkumpul pada fornix posterior.			
21	Menilai perubahan warna yang terjadi pada kertas lakmus: Terlihat perubahan warna menjadi biru (untuk kertas lakmus merah) atau tetap biru (untuk kertas lakmus biru) dengan Ph 7,0 – 7,5.			
22	Membuka dan melepaskan spekulum secara perlahan dan merendamnya dalam larutan chlorin 0,5%.			
23	Membersihkan vulva dari cairan dengan kapas DTT.			
24	Melepaskan sarung tangan secara terbalik dan merendamnya dalam larutan chlorin 0,5%.			
25	Mencuci tangan sesuai SOP dan mengeringkan tangan dengan handuk bersih.			
<b>MEMBUAT KEPUTUSAN KLINIK</b>				
28	Menganalisa data yang telah terkumpul.			
29	Membuat keputusan klinik mengenai kondisi klien apakah yang harus diberikan atau jika membutuhkan rujukan ke tempat yang lebih lengkap.			
26	Memberi tahu hasil pemeriksaan pada pasien dan keluarga.			
27	Melakukan pendokumentasian.			

### 3. Fetal Distress / Gawat Janin

#### a. Tujuan

Melaksanakan asuhan kebidanan pada persalinan Kala I patologis (Fetal Distress).

#### b. Prosedur Praktik

Alat dan bahan yang harus disediakan:

- 1 buah baki dan alasnya
- 1 buah bak instrumen, berisi 1 pasang sarung tangan DTT/steril Kom berisi air DTT
- Monoaural
- Partograf
- Cairan infus NaCL/ RL
- Infus set
- Bengkok
- Waskom berisi larutan chlorin 0,5%
- Handuk/kain lap tangan
- Barakchort, alas kaki
- Tempat sampah basah dan sampah kering

**PENUNTUN BELAJAR  
PADA KASUS FETAL DISTRESS**

LANGKAH/TUGAS	KASUS		
	1	2	3
<b>PERSIAPAN</b>			
1. Menjelaskan dan meyakinkan kembali kondisi kepada ibu dan keluarga.			
2. Mereview perbedaan antara kondisi fetal distress dan variasi normal DJJ janin: <ul style="list-style-type: none"> <li>- DJJ yang normal selama kontraksi akan mengalami penurunan, akan tetapi biasanya akan segera kembali normal setelah uterus relaksasi.</li> <li>- DJJ yang sangat menurun dalam keadaan tidak ada kontraksi atau menetap setelah kontraksi dianggap fetal distress.</li> <li>- Peningkatan DJJ bisa terjadi karena terjadi demam pada ibu.</li> </ul>			
<b>PENGELOLAAN UMUM</b>			
1. Melakukan kolaborasi dengan dokter/lakukan rujukan.			
2. Memposisikan ibu miring kiri / semi fowler.			
3. Menghentikan pemberian oksitosin jika sebelumnya sudah diberikan			
4. Memberikan oksigen bila tersedia, jika tidak ada bantu ibu untuk bernafas dalam.			
5. Memberikan infus NaCl atau RL dengan tetesan cepat dan periksa golongan darah untuk pemeriksaan crossmatch.			

LANGKAH/TUGAS	KASUS		
MENGIDENTIFIKASI PENYEBAB FETAL DISTRESS			
1. Mengidentifikasi penyebab dari ibu: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menanyakan kapan terakhir diberikan.</li> <li>- Mengkaji tanda-tanda vital.</li> <li>- Menilai status hidrasi.</li> <li>- Mencek tanda-tanda infeksi selaput ketuban panas, uterus keras, pengeluaran vagina berbau, nyeri perut, sedikit perdarahan pervaginam.</li> <li>- Mencek perdarahan pervaginam dan kemungkinan terjadinya solusio plasenta.</li> </ul>			
2. Mendengarkan DJJ minimal pada 3 kali kontraksi.			
3. Mencuci tangan, dan keringkan. Setelah itu memakai sarung tangan steril.			
4. Memeriksa vagina untuk melihat tanda-tanda distress: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tanda adanya obstruksi : berhentinya pembukaan serviks dan penurunan bagian bawah kemudian terjadi caput, terjadi molase tingkat 3, odema serviks, segmen bawah rahim terjadi pembengkakan.</li> <li>- Periksa adanya mekonium dalam cairan ketuban.</li> <li>- Periksa apakah ada tali pusat menumbung pada vagina.</li> </ul>			
5. Mencuci tangan dan keringkan.			
PENGAMBILAN KEPUTUSAN KLINIK			
1. Menganalisa informasi yang diperoleh dan pastikan penyebab fetal distress.			
2. Mengelola sesuai dengan penyebab: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi penyebab dari ibu, kelola secara tepat.</li> <li>- Jika penyebabnya bukan dari ibu, DJJ tetap abnormal setelah 3 kali kontraksi, kemungkinan ada perdarahan atau sakit menetap kemungkinan ini terjadi solusio plasenta.</li> <li>- Jika tali pusat menumbung, kelola prolaps tali pusat.</li> <li>- Jika DJJ tetap tidak normal atau ada tanda-tanda lain dari distress (ada nya mekoneum yang banyak dalam air ketuban), siapkan untuk menolong persalinan.</li> </ul>			
3. Jika kemungkinan bisa lahir pervaginam: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Merencanakan monitor persalinan melalui partograf.</li> <li>- Mencek DJJ setiap 15 menit.</li> <li>- Mencatat semua hasil temuan.</li> </ul>			
4. Mengkomunikasikan pada ibu dan keluarga hasil temuan, dan minta persetujuan untuk tindakan yang akan dilakukan.			

#### 4. Petunjuk Penyerahan Laporan

- a. Anda harus menyerahkan laporan praktikum satu minggu setelah praktik dilakukan.
- b. Laporan dibuat dalam bentuk dokumentasi SOAP.
- c. Penilaian laporan ditentukan oleh kesesuaian dengan kasus.

## Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi praktikum di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Faktor apakah yang termasuk ke dalam Gangguan kemajuan persalinan?
- 2) Apakah komplikasi yang dapat terjadi pada kasus ketuban pecah dini?
- 3) Apakah penanganan yang diberikan untuk kasus ketuban pecah dini?
- 4) Apakah yang dimaksud dengan fetal distress?
- 5) Apakah penanganan yang diberikan untuk fetal distress?

#### *Petunjuk Jawaban Latihan*

Jika anda mengalami kesulitan untuk mengerjakan latihan diatas cobalah untuk membaca kembali bab yang membahas tentang Asuhan persalinan Patologis atau uraian materi mengenai persalinan kala I patologis.

## Ringkasan

Beberapa faktor yang dapat menyebabkan gangguan kemajuan persalinan atau persalinan lama yaitu : his tidak efisien (disfungsi uterus hipotonis/inersia uteri), faktor janin (malpresentasi, malposisi, janin besar) dan faktor jalan lahir (panggul sempit, kelainan serviks, vagina, tumor). Faktor-faktor tersebut sering saling berhubungan.

Insiden KPD lebih tinggi pada perempuan dengan serviks inkompeten, polihidramnion, malpresentasi janin, kehamilan kembar, atau infeksi vagina/ serviks. Selain itu, KPD dapat terjadi pada ibu dengan kelelahan. Penanganan KPD dapat dilakukan secara konservatif dan aktif.

Keadaan janin dikatakan fetal distress atau gawat janin apabila terjadi takikardi (>160 x/menit) atau bradikardi (<110x/menit).

## Tes 1

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Seorang perempuan datang ke BPM pada jam 05.00 dengan keluhan mules. Hasil pemeriksaan TD 120/70 mmHg, nadi 80x/menit, pernafasan 24x/menit, suhu 37<sup>o</sup>C. His 2x10'30", pemeriksaan dalam pembukaan 5 cm, ketuban utuh, stasion 3, U2K kanan depan. Pada jam 09.00 His 2x10'35", pembukaan 5 cm stasion 3.  
Apakah diagnosa yang paling tepat untuk kasus tersebut?
  - A. Gangguan kemajuan persalinan karena CPD
  - B. Gangguan kemajuan persalinan karena malposisi
  - C. Gangguan kemajuan persalinan karena inersia uteri
  - D. Gangguan kemajuan persalinan karena malpresentasi
  
- 2) Seorang perempuan datang ke BPM pada jam 05.00 dengan keluhan mules. Hasil pemeriksaan TD 120/70 mmHg, nadi 80x/menit, pernafasan 24x/menit, suhu 37<sup>o</sup>C. His 2x10'30", pemeriksaan dalam pembukaan 5 cm, ketuban utuh, stasion 3, U2K kanan depan.  
Apakah asuhan yang paling tepat untuk kasus tersebut?
  - A. Drip oksitosin
  - B. Melakukan rujukan
  - C. Anjurkan untuk ambulasi
  - D. Anjurkan ibu untuk istirahat
  
- 3) Seorang perempuan hamil 33 minggu datang ke BPM dengan keluhan keluar air-air dari jalan lahir sejak 1 jam yang lalu. Hasil pemeriksaan TD 120/70 mmHg, nadi 75x/menit, pernafasan 25x/menit, suhu 37,3<sup>o</sup>C. Hasil pemeriksaan his tidak ada, tes lakmus positif.  
Apakah tindakan yang tepat untuk kasus tersebut?
  - A. Beri antibiotik
  - B. Berikan tokolitik
  - C. Lakukan rujukan
  - D. Induksi dengan oksitosin drip
  
- 4) Seorang perempuan ke BPM jam 08.00 dengan keluhan ingin melahirkan. Semalam ibu tidak bisa tidur karena mules, makan minum terakhir jam 21.00. Hasil pemeriksaan TD 120/70 mmHg, nadi 80x/menit, pernafasan 30x/menit, suhu 37,5<sup>o</sup>C. Hasil pemeriksaan his 4x/10'40", DJJ 163x/menit Pemeriksaan dalam pembukaan 9 cm, ketuban (+), stasion 3, U2K depan.  
Apakah kemungkinan diagnosa pada kasus tersebut?
  - A. Gawat Janin

- B. Malpresentasi
  - C. Persalinan lama
  - D. Panggul Sempit (CPD)
- 5) Seorang perempuan ke BPM jam 08.00 dengan keluhan ingin melahirkan. Semalam ibu tidak bisa tidur karena mules, makan minum terakhir jam 21.00. Hasil pemeriksaan TD 120/70 mmHg, nadi 80x/menit, pernafasan 30x/menit, suhu 37,50C. Hasil pemeriksaan his 4x/10'40", DJJ 163x/menit Pemeriksaan dalam pembukaan 9 cm, ketuban (+), stasion 3, U2K depan.
- Apakah asuhan yang diberikan untuk kasus tersebut?
- A. Lakukan rujukan
  - B. Beri ibu parasetamol
  - C. Beri ibu drip oksitosin
  - D. Penuhi kebutuhan hidrasi ibu

## Topik 2

# Patologi Kala II Persalinan

Kini tibalah anda pada Topik 2. Bagaimana perasaan anda saat ini? Tentunya anda merasa senang karena pengetahuan dan kemampuan anda semakin bertambah. Untuk lebih meningkatkan kompetensi anda asuhan persalinan patologis, anda akan mulai mempraktikkan asuhan kebidanan persalinan Kala II Patologis yaitu Distosia Bahu dan Persalinan Sungsang. Selamat mencoba!!

### A. URAIAN TEORI

#### 1. Asuhan persalinan dengan Distosia Bahu

Tahukah anda apa yang dimaksud dengan distosia bahu? Distosia bahu adalah presentasi sefalik dengan bahu anterior terjepit diatas simfisis pubis (Varney, 2008) atau dengan kata lain Kepala janin sudah lahir tetapi bahu tidak dapat (sukar) dilahirkan atau bahu gagal melewati pangul secara spontan setelah pelahiran kepala.

Penilaian klinik :

- a. Kepala janin telah lahir namun masih erat berada di vulva.
- b. Daggu tertarik dan menekan perineum.
- c. Penarikan kepala tidak berhasil melahirkan bahu yang terperangkap di belakang simpisis.

Terdapat beberapa jenis distosia bahu:

- a. *Turtle sign*, kepala bayi tersangkut di perineum, seolah olah akan masuk kembali ke dalam vagina.
- b. *Snug shoulder*, kedua bahu diatas pintu atas panggul, biasanya terjadi pada bayi besar dan kadang kala pada ibu dengan obesitas.
- c. *Bed dystocia*, distosia yang disebabkan karena tempat tidur yang empuk di bagian bokong ibu sehingga tidak ada ruang yang cukup untuk melahirkan bayi.

Apakah kemungkinan penyebab terjadinya distosia bahu?

- a. Janin besar
- b. Diabetes Maternal, terutama Diabetes Kehamilan atau diabetes kelas A Tipe 1
- c. Serotinus
- d. Riwayat Obstetri bayi besar
- e. Riwayat keluarga dengan saudara kandung besar
- f. Obesitas maternal
- g. Riwayat obstetri sebelumnya distosia bahu
- h. Panggul sempit atau Cepalopelvic Disproporsi (CPD)
- i. Perlambatan fase aktif
- j. Kala II Memanjang

Komplikasi yang terjadi akibat distosia bahu pada janin yaitu kerusakan otak, fraktur klavikula, *paralisis pleksus brakhialis* (Erb), bahkan kematian. Sedangkan komplikasi pada ibu yaitu lacerasi perineum dan vagina yang luas, distress emosional akibat persalinan traumatis, dan syok emosional serta rasa berduka jika bayi mengalami cedera atau kematian.

Waktu yang aman dalam pertolongan persalinan yaitu 5 sampai 10 menit jika tidak ada gangguan sebelumnya. Namun, untuk mengantisipasi dan memberikan kesempatan terbaik untuk menyelamatkan dan meminimalkan kerusakan otak bayi akibat hipoksia adalah 3 menit.

Sebagai seorang bidan, anda perlu mengetahui bahwa pencegahan trauma lahir dapat dilakukan dengan identifikasi melalui faktor resiko terjadinya distosia bahu serta melakukan penatalaksanaan yang tepat. Apakah deteksi dini pada distosia bahu ? Berikut deteksi dini yang perlu anda ketahui:

- a. Kemajuan persalinan yang lambat dari 7 – 10 cm pada kala I persalinan
- b. Kala II yang lama
- c. Penurunan berhenti atau kegagalan penurunan kepala
- d. Makrosomia (>4000 gram)
- e. Perlunya tindakan persalinan

Asuhan kebidanan pada distosia bahu :

- a. Lakukan tindakan HELPER  
  - 1) Help! Panggil bantuan, aktivasi protokol.
  - 2) Episiotomi : memungkinkan akses lebih baik bagi janin dan manuver internal
  - 3) Legs (tungkai) : manuver Mc Robert (30-60 detik), yaitu hiperfleksi tungkai ibu membentuk posisi lutut mendekati dada, untuk memperbaiki hubungan sakrum dengan lumbal dan memungkinkan simpisis pubis berotasi ke arah superior sehingga PAP (pintu atas panggul) tegak lurus terhadap kekuatan maksimum ekspulsif maternal, serta mengurangi sudut inklinasi.
  - 4) Pressure (tekanan) : tekanan suprapubis eksternal (30-60 detik) yaitu memberikan tekanan lembut dengan telapak tangan atau pangkal tangan terhadap punggung janin, arahkan tekanan ke arah garis tengah janin. Tindakan ini akan mengaduksi bahu dan mengurangi diameter bisakromial sehingga memungkinkan bahu untuk memutar tulang pubis dan ke dalam panggul. Yakinkan kandung kemih dalam keadaan kosong
  - 5) Enter the vagina (masuk vagina) : Manuver wood's screw; Rubin (30-6- detik). Manuver woows's srew memerlukan bantuan asisten yang memberikan tekanan ke bawah secara lembut pada bokong janin dengan satu tangan sementara bidan memasukkan dua jari ke dalam vagina sampai menemukan dingsing dada anterior yang berhadapan dengan bahu posterior dan mendorong bahu posterior ke belakang dengan arkus 180<sup>0</sup>. Manuver Rubin dijelaskan sebagai kebalikan manuver woods' screw.

- 6) *Remove* (keluarkan) lengan posterior. Pelahiran lengan posterior dilakukan jika manuver rotasional gagal menurunkan impaksi janin yang tersangkut pada PAP. Tekanan ke dalam fossa antekubiti membantu lengan bawah fleksi sehingga dapat melewati dada. Pelahiran lengan posterior dapat memudahkan rotasi janin dengan arkus 180<sup>0</sup>.
  - 7) *Roll* (putar) melalui manuver all fours. Jika manuver Mc Robert bukan tindakan yang tepat, posisikan ibu dalam keadaan menungging dengan tangan dan lutut menjadi tumpuan (posisi *all four*).
- b. Lakukan pencatatan
  - c. Komunikasikan dengan ibu dan pasangannya atau keluarga.
  - d. Praktik Manuver
  - e. Refleksikan pengalaman dengan teman sejawat
  - f. Pertimbangkan isu penatalaksanaan risiko

## 2. Asuhan Kebidanan pada Persalinan Sungsang

Menurut PERMENKES 1464 pasal tentang izin dan Penyelenggaraan praktik bidan pada pasal 10 point (d), bahwa pelayanan kebidanan kepada ibu meliputi pertolongan persalinan. Sehingga dapat disimpulkan bahwa seorang bidan hanya boleh melakukan pertolongan persalinan dalam kategori normal, sedangkan sungsang merupakan kategori tidak normal. Jika seorang perempuan (klien) mengalami kehamilan dalam letak sungsang, bidan harus mengetahui sebelumnya (melalui diagnosis) dan keadaan tersebut harus segera diinformasikan kepada klien dan keluarga sehingga dapat segera tertangani.

Namun sesuai dengan Permenkes 1464 pasal 14 (1) menyatakan bahwa Bagi bidan yang menjalankan praktik di daerah yang tidak memiliki dokter, dapat melakukan pelayanan kesehatan diluar kewenangan. Sehingga dapat disimpulkan bahwa bidan harus dapat melakukan pertolongan sungsang, terutama apabila di kemudian hari bekerja di tempat yang tidak tersedia tenaga kesehatan terlatih dan fasilitas yang terbatas.

Semua bidan harus mempertahankan pengetahuan tentang prosedur kelahiran letak sungsang karena ada kemungkinan letak sungsang yang tidak terdiagnosis dan tidak terduga pada kala II. Prioritas bagi bidan adalah mendapatkan bantuan, mempertahankan lingkungan yang tenang dan mempersiapkan resusitasi neonatus dan kehangatan lingkungan untuk mencegah hipotermia dan hipoglikemia pada neonatus.

Tindakan pertama yang dilakukan bidan saat dihadapkan dengan persalinan sungsang yang tak terduga adalah memanggil bantuan berupa bantuan medis apabila di lingkungan Rumah Sakit atau berupa layanan kedaruratan di komunitas. Diskusikan posisi dengan ibu, posisi yang paling sering adalah semi rekumben dengan memposisikan ibu pada ujung tempat tidur. Yakinkan dilatasi serviks sudah lengkap. (Boyle, 2002)

Pada Topikum 2 ini, kita akan membahas mengenai pertolongan persalinan pada letak sungsang.

Persalinan sungsang dapat dilakukan dengan beberapa metode, yaitu :

- a. Cara Bracht: dilakukan segera setelah bokong lahir dengan mencengkram secara bracht
- b. Cara klasik/Deventer: digunakan jika bahu masih tinggi
- c. Cara Muller: digunakan jika bahu sudah berada di pintu bawah panggul
- d. Cara Lovset: digunakan jika lengan bayi terjungkit di belakang kepala
- e. Cara Mauriceau : digunakan bila bayi dilahirkan secara manual aid atau bila dengan cara bracht kepala belum lahir

## B. PELAKSANAAN PRAKTIK

### 1. Distosia Bahu

#### a. Tujuan

Melaksanakan asuhan persalinan Kala II Patologis (distosia bahu).

#### b. Langkah kerja

Alat dan bahan yang harus disediakan:

- 1) Partus Set
- 2) Model persalinan
- 3) Set Pencegahan Infeksi

Nilailah setiap kinerja yang diamati menggunakan skala sebagai berikut :

**0** : Langkah kerja atau kegiatan tidak dilakukan

**1** : Langkah atau tugas tidak dikerjakan dengan benar atau tidak sesuai urutan (jika harus berurutan) atau tidak dikerjakan

**2** : Langkah atau tugas dikerjakan dengan benar dan berurutan (jika harus berurutan) tetapi ragu-ragu

**3** : Langkah atau tugas dikerjakan dengan benar sesuai dengan urutan (jika harus berurutan) dan percaya diri

N/A: Langkah kerja atau kegiatan tidak diperlukan dalam observasi

## PENUNTUN BELAJAR PENATALAKSANAAN DISTOSIA BAHU

ASPEK YANG DINILAI	KASUS			
	1	2	3	4
PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIK				
PERSIAPAN SEBELUM TINDAKAN				
1. Pasien				
2. Penolong				
PENCEGAHAN INFEKSI SEBELUM TINDAKAN				
TINDAKAN SEBELUM MELAKUKAN PENATALAKSANAAN DISTOSIA BAHU				

ASPEK YANG DINILAI	KASUS			
	1	2	3	4
<b>ANESTESI LOKAL DAN EPISIOTOMI</b>				
1. Menempatkan jari telunjuk dan jari tengah (tangan kiri) antara kepala bayi dan perineum. Hal ini sangat penting untuk mencegah jarum suntik mengenai kepala bayi yang dapat menyebabkan kematian bayi.				
2. Memasukkan jarum secara subkutan, mulai komisura posterior, menelusuri sepanjang perineum dengan sudut 45° ke arah kanan ibu (tempat akan dilakukan episiotomi).				
3. Aspirasi untuk memastikan ujung jarum tidak memasuki pembuluh darah. Apabila pada aspirasi terdapat cairan darah, tarik jarum sedikit dan kembali masukkan dengan arah yang berbeda. Kemudian ulangi prosedur aspirasi.  Cat: injeksi bahan anestesi ke dalam pembuluh darah dapat menyebabkan detak jantung tidak teratur atau konvulsi.				
4. Menyuntikkan bahan anestesi (Lidokain 1 %) 5-10 ml sambil menarik jarum ke luar.				
5. Menekan tempat infiltrasi agar anestesi menyebar, untuk hasil yang optimal tunggu 1-2 menit sebelum melakukan episiotomy.				
<b>MANUEVER Mc ROBERT</b>				
1. Membaringkan ibu terlentang pada punggung.				
2. Minta ibu melipat kedua pahanya, sehingga kedua lututnya berada sedekat mungkin dengan dada. Gunakan kedua tangan untuk membantu fleksi maksimal paha.				
3. Melahirkan bahu depan dengan menarik kepala bayi ke arah bawah.				
<b>MANUEVER UNTUK MELAHIRKAN BAHU BELAKANG</b>				
1. Memasukkan lengan mengikuti lengkung sakrum sampai jari penolong mencapai fosa antecubiti.  Dengan tekanan jari tengah, melipat lengan bawah ke arah dada.				
2. Setelah terjadi fleksi tangan, keluarkan lengan dari vagina (menggunakan jari telunjuk untuk melewati dada dan kepala bayi atau seperti mengusap muka bayi), kemudian tarik hingga bahu belakang dan seluruh lengan belakang dapat dilahirkan.				
3. Melahirkan bahu depan dapat dengan mudah setelah bahu dan lengan belakang lahir.				
4. Bila bahu depan sulit dilahirkan, memutar bahu belakang ke depan (jangan menarik lengan bayi tetapi dorong bahu posterior) dan putar bahu depan ke belakang (mendorong anterior bahu depan dengan jari telunjuk dan jari tengah operator) mengikuti arah punggung bayi sehingga bahu depan dapat dilahirkan.				
<b>DEKONTAMINASI DAN PENCEGAHAN INFEKSI PASCA TINDAKAN</b>				
<b>ASUHAN PASCA TINDAKAN</b>				

**2. Persalinan Sungsang**

**a. Tujuan**

Melaksanakan asuhan persalinan Kala II Patologis (distosia bahu).

**b. Langkah kerja:**

Alat dan bahan yang harus disediakan:

- 1) Partus Set
- 2) Model persalinan
- 3) Set Pencegahan Infeksi

Nilailah setiap kinerja yang diamati menggunakan skala sebagai berikut :

**0 : Langkah kerja atau kegiatan tidak dilakukan**

**1 : Langkah atau tugas tidak dikerjakan dengan benar atau tidak sesuai urutan (jika harus berurutan) atau tidak dikerjakan**

**2 : Langkah atau tugas dikerjakan dengan benar dan berurutan (jika harus berurutan) tetapi ragu-ragu**

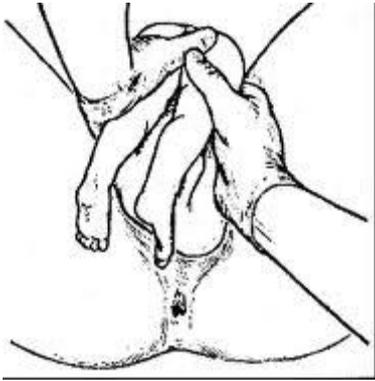
**3 : Langkah atau tugas dikerjakan dengan benar sesuai dengan urutan (jika harus berurutan) dan percaya diri**

N/A: Langkah kerja atau kegiatan tidak diperlukan dalam observasi

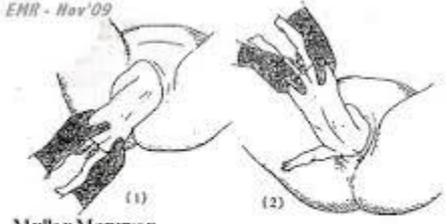
**PENUNTUN BELAJAR  
PENATALAKSANAAN PERSALINAN SUNGSANG**

NO	LANGKAH/TUGAS	KASUS			
		1	2	3	4
1	Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada klien dan atau keluarga dengan lengkap dan tepat.				
2	Mempersiapkan ibu dalam posisi litotomi/ditepi tempat tidur.				
3	Memastikan kandung kemih dan rektum kosong *Jika ibu tidak bisa berkemih, melakukan kateterisasi.				
4	Mempersiapkan alat dan perlengkapan dan menyusun secara ergonomis, meliputi: Partus set berisi: - 2 buah klem kocher - 1 buah gunting tali pusat - 1 buah gunting episiotomi - 1 buah pengikat tali pusat - 1 buah pemecah ketuban - 2 pasang sarung tangan - Kassa secukupnya - 1 buah gunting episiotomi (sesuai indikasi)				

NO	LANGKAH/TUGAS	KASUS			
		1	2	3	4
	Hecting set berisi: - 1 buah nald vouder - 1 buah pinset anatomi				
	- 1 buah nald otot - 1 buah nald kulit - 1 buah gunting benang - Kassasecukupnya Alat resusitasi BBL terdiri dari: - 1 buah ambu bag - Oksigen dan regulator - 1 buah penghisap lendir Delee Bahan dan obat: - 1 buah spuit 3 cc - 1 buah spuit 5 cc - Oksitosin 10 IU - Lidocain 1% - Ergometrin 0,2 mg - Infus set dan cairan infus RL/NaCl 0,9%				
	Alat pemeriksaan: - 1 buah tensimeter - 1 buah stetoskop - Jam tangan/polsteller - 1buah Termometer - 1 buah stetoskop monoaural Alat perlindungan diri dan PI: - Barakschort - Handuk kecil - Kaca mata pelindung dan masker - Sarung kaki - Bengkok - Waskom berisi larutan chlorin 0,5% - Wasom berisi air DTT - Wadah plasenta - Tempat sampah kering, sampah basah, dan sampah tajam - Tempat pakaian kotor - Waslap - Alas bokong - Baju ibu dan bayi				
5	Menggunakan schort, sarung kaki, kacamata pelindung dan masker dengan benar.				
6	Mencuci tangan sesuai dengan SOP dan mengeringkannya dengan benar.				
7	Sarung tangan DTT/steril dipakai.				

NO	LANGKAH/TUGAS	KASUS			
		1	2	3	4
8	Melakukan pemeriksaan dalam dengan teliti untuk memastikan pembukaan lengkap, penurunan bagian terendah, posisi janin.				
9	Memastikan kandung kemih dan rektum kosong *Jika ibu tidak bisa berkemih, lakukan kateterisasi.				
10	Menganjurkan ibu untuk mengedan setelah dipastikan pembukaan lengkap.				
11	Melakukan episiotomi jika ada indikasi → dilakukan pada saat bokong meregang vulva secara benar.				
	Membantu kelahiran bayi				
	a. Cara Bracht				
12	<p>Segera setelah bokong lahir, mencengkram bokong bayi secara Bracht</p> 				
13	Melonggarkan tali pusat bayi setelah lahirnya perut dan sebagian dada.				
14	<p>Melakukan hiperlordosis bayi pada saat angulus skapula inferior tampak di bawah simfisis.</p> 				
15	Menggerakna badan bayi ke atas hingga lahir dagu, mulut, hidung, dahi dan kepala.				

NO	LANGKAH/TUGAS	KASUS			
		1	2	3	4
					
16	Meletakkan bayi di atas perut ibu dan dibungkus dan dikeringkan dengan kain/handuk hangat.				
17	Melakukan pertolongan dan perawatan bayi baru lahir dengan benar.				
b. Cara Klasik/Deventer : digunakan jika bahu masih tinggi					
18	Memegang kedua kaki bayi dengan tangan kanan  <small>Melahirkan Lengan Belakang</small>				
19	Kaki dielevasi ke atas sejauh mungkin.				
20	Melahirkan lengan belakang oleh jari tengah dan telunjuk dengan gerakan seolah-olah lengan bawah mengusap muka bayi.				
21	Kedua kaki bayi kemudian dielevasi ke arah bawah.				
22	Melahirkan lengan depan dengan cara yang sama seperti melahirkan lengan belakang.				
c. Cara Muller: digunakan jika bahu sudah berada di pintu bawah panggul					
23	Memegang kedua kaki bayi oleh tangan kanan penolong.				
24	Kaki di elevasi ke bawah sejauh mungkin.				

NO	LANGKAH/TUGAS	KASUS			
		1	2	3	4
	 <p><i>EMR - Nov'09</i></p> <p><b>Muller Manuver</b>                      (1) Badan bayi ditarik ke bawah sampai bahu depan lahir, kemudian                      (2) badan ditarik ke atas kanan sampai bahu belakang lahir</p>				
25	Melahirkan lengan depan oleh jari tengah dan telunjuk.				
26	Kedua kaki bayi dielevasi ke atas dengan cara yang sama lengan belakang dilahirkan seperti melahirkan lengan depan.				
					
d. Cara Lovset: digunakan jika lengan bayi terjungkit di belakang kepala					
27	Badan bayi dipegang secara femuro pelvik.				
					
28	Memutar badan bayi hingga 180 <sup>0</sup> sehingga bahu belakang berubah menjadi bahu depan.				

NO	LANGKAH/TUGAS	KASUS			
		1	2	3	4
	 <p>melahirkan bahu (Loevset) : kedua bahu dilahirkan lewat depan</p>				
29	Memutar badan bayi lagi hingga 180 <sup>0</sup> sehingga bahu depan berubah menjadi bahu belakang.				
30	Setelah tangan yang terjungkit dibebaskan, melahirkan kedua bahu dan lengan baik secara Muller atau Klasik.				
e. Cara Mauriceau: digunakan bila bayi dilahirkan secara manual aid atau bila dengan Bracht kepala belum lahir					
31	Meletakkan badan bayi di atas lengan bawah kiri penolong seperti menunggang kuda, jari tengah masuk ke dalam mulut bayi, jari telunjuk dan jari manis berada di fossa canina.				
					
32	Tangan kanan penolong memegang bahu dan tengkuk bayi dengan jari tengah berada di suboksiput.				
33	Minta seorang asisten untuk menekan fundus uteri.				
34	Menarik kepala bayi dengan curam ke bawah.				
35	Kepala bayi kemudian dielevasi ke atas ke arah perut ibu sampai lahir muka dan seluruh kepala bayi.				
36	Melakukan asuhan bayi baru lahir sesuai SOP.				
37	Melakukan manajemen kala III sesuai SOP.				
38	Melakukan dekontaminasi alat-alat habis pakai sesuai SOP.				
39	Mencuci tangan pasca tindakan sesuai SOP.				
40	Melakukan perawatan pasca tindakan sesuai SOP.				

## Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi praktikum di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Jelaskan jenis distosia bahu
- 2) Apakah penyebab terjadinya distosia bahu?
- 3) Jelaskan jenis dari presentasi bokong
- 4) Jelaskan metode yang digunakan untuk pertolongan persalinan sungsang
- 5) Jelaskan metode persalinan dengan metode bracht!

### *Petunjuk Jawaban Latihan*

Jika Anda mengalami kesulitan untuk mengerjakan latihan diatas cobalah untuk membaca kembali bab yang membahas tentang Asuhan persalinan Kala II patologis atau uraian materi mengenai asuhan persalinan Kala II Patologis pada Topik 2.

## Ringkasan

Kejadian distosia bahu dapat di deteksi dari awal persalinan, namun terdapat beberapa kasus distosia yang tidak dapat dideteksi sebelumnya. Dengan penapisan awal persalinan, kejadian ini dapat dihindari. Beberapa upaya yaitu melalui anamnesa untuk menggali riwayat ibu DM, riwayat bayi besar, Ibu dengan obesitas dan riwayat sebelumnya distosia bahu serta usia kehamilan serotinus. Selain itu, mendeteksi melalui pemeriksaan besarnya janin, pemeriksaan yang mengarah ke panggul sempit, dan pemantauan perlambatan fase aktif serta mendeteksi dan menghindari kala II Memanjang.

Beberapa metode yang dapat dilakukan dalam pertolongan persalinan sungsang yaitu cara Bracht, Klasik/ Deventer, Muller, Lovset dan Mauriceau.

## Tes 2

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Seorang perempuan usia 34 tahun hamil ke 3 sedang dalam proses persalinan di BPM. Hasil pemeriksaan TFU 40 cm, His 4x10'40", DJJ 140x/menit. Pemeriksaan dalam Portio tidak teraba, pembukaan 10 cm, ketuban negatif, kepala terlihat di vulva, molage +1. Apakah diagnosa potensial yang paling tepat pada kasus tersebut?
  - A. Perdarahan Postpartum
  - B. Persalinan SC
  - C. Distosia bahu
  - D. Bayi asfiksia

- 2) Seorang perempuan usia 34 tahun sedang dalam proses persalinan di BPM. Hasil pemeriksaan TFU 40 cm, His 4x10'40", DJJ 140x/menit. Pemeriksaan dalam Portio tidak teraba, pembukaan 10 cm, ketuban negatif, kepala terlihat di vulva, molage +1. Apakah kemungkinan penyebab pada kasus tersebut?
- A. Kala II Memanjang
  - B. Inersia uteri
  - C. Janin besar
  - D. Obesitas
- 3) Seorang perempuan usia 34 tahun sedang dalam proses persalinan di BPM. Hasil pemeriksaan TFU 40 cm, His 4x10'40", DJJ 140x/menit. Pemeriksaan dalam Portio tidak teraba, pembukaan 10 cm, ketuban negatif, kepala terlihat di vulva, molage +1. Apakah tindakan segera yang dilakukan sesuai dengan kasus tersebut?
- A. Melakukan rujukan
  - B. Memposisikan ibu semi fowler
  - C. Melakukan episiotomi mediolateral
  - D. Mempersiapkan alat resusitasi bayi
- 4) Seorang perempuan usia 34 tahun sedang dalam proses persalinan sungsang di BPM. Saat persalinan, bidan mencengkram bokong bayi hingga lahir seluruh badan. Apakah metode yang sesuai dengan kasus tersebut?
- A. Cara Muller
  - B. Cara Bracht
  - C. Cara Lovset
  - D. Cara Deventer
- 5) Seorang perempuan usia 34 tahun sedang dalam proses persalinan di BPM. Hasil pemeriksaan TFU 26 cm, His 4x10'40", DJJ 140x/menit. Pemeriksaan dalam pembukaan 10 cm, ketuban positif, teraba tuberiskiadii dan anus. Apakah penanganan yang paling tepat pada kasus tersebut?
- A. Lakukan versi luar
  - B. Harus dilakukan SC
  - C. Berikan induksi oksitosin drip
  - D. Tunggu hingga persalinan spontan

## Topik 3

### Patologi Kala III Persalinan

Saat ini Anda akan mulai melaksanakan Topik 3. Apakah Anda sudah siap? Mari kita mulai! Pada Topik ini anda akan mempraktikkan penatalaksanaan retensio plasenta. Selamat mencoba.

#### A. URAIAN TEORI

Retensio plasenta (placental retention) merupakan plasenta yang belum lahir atau terlambatnya dalam kelahiran plasenta selama setengah jam setelah persalinan bayi setelah janin lahir.

Gejala dan tanda yang selalu ada:

1. Plasenta belum lahir setelah 30 menit
2. Perdarahan segera
3. kontraksi Uterus baik

Gejala dan tanda yang kadang-kadang ada:

1. Tali pusat putus akibat traksi berlebihan
2. Inversio uteri akibat tarikan
3. Perdarahan lanjutan

Beberapa predisposisi terjadi retensio plasenta adalah:

1. Grandemultipara
2. Kehamilan ganda, sehingga memerlukan implanisasi plasenta yang agak luas.
3. Kasus infertilitas, karena lapisan endometriumpnya tipis.
4. Plasenta previa, karena dibagian isthmus uterus, pembuluh darah sedikit, sehingga perlu masuk jauh ke dalam.
5. Bekas operasi pada uterus.
6. Plasenta Adhesiva  
Tipis sampai hilangnya lapisan jaringan ikat Nitabush, sebagian atau seluruhnya sehingga menyulitkan lepasnya plasenta saat terjadi kontraksi dan retraksi otot uterus
7. Plasenta akreta  
Hilangnya lapisan jaringan ikat longgar Nitabush sehingga plasenta sebagian atau seluruhnya mencapai lapisan desidua basalis. Dengan demikian agak sulit melepaskan diri saat saat kontraksi atau retraksi otot uterus. Dapat terjadi tidak diikuti perdarahan karena sulitnya plasenta lepas. Plasenta manual sering tidak lengkap sehingga perlu diikuti dengan kuretase.

8. Plasenta inkreta  
Implantasi jonjot plasenta sampai mencapai otot uterus sehingga tidak mungkin lepas sendiri. Perlu dilakukan plasenta manual, tetapi tidak akan lengkap dan harus diikuti: Kuretase tajam dan dalam, histerektomi.
9. Plasenta perkreta  
Jonjot plasenta menembus lapisan otot dan sampai lapisan peritoneum kavum abdominalis. Retensio plasenta tidak diikuti perdarahan. Plasenta manual sangat sukar, bila dipaksa akan terjadi perdarahan dan sulit dihentikan, atau perforasi. Tindakan definitif: hanya histerektomi.
10. Plasenta inkarserata  
Plasenta telah lepas dari implantasinya, tetapi tertahan oleh karena kontraksi SBR.

Sebab-sebabnya plasenta belum lahir bisa oleh karena:

1. Plasenta belum lepas dari dinding uterus; atau
2. Plasenta sudah lepas, akan tetapi belum dilahirkan.

Apabila plasenta belum lahir sama sekali, tidak terjadi perdarahan; jika lepas sebagian, terjadi perdarahan yang merupakan indikasi untuk mengeluarkannya.

Plasenta belum lepas dari dinding uterus karena:

1. Kontraksi uterus kurang kuat untuk melepaskan plasenta (plasenta adhesiva).
2. Plasenta melekat erat pada dinding uterus karena vili korialis menembus desidua sampai miometrium- sampai di bawah peritoneum (plasenta akreta-perkreta).

Plasenta yang sudah lepas dari dinding uterus akan tetapi belum keluar, disebabkan oleh tidak adanya usaha untuk melahirkan atau karena salah penanganan kala III, sehingga terjadi lingkaran konstiksi pada bagian bawah uterus yang menghalangi keluarnya plasenta (inkarserasio plasenta).

## **B. PELAKSANAAN PRAKTIK**

### **1. Tujuan**

Melaksanakan asuhan pada retensio plasenta.

### **2. Prosedur Praktik**

Alat dan bahan yang harus disediakan:

- a. Alat-alat infus
  - Cairan infus
  - Giving set
  - Standar infus
- b. Alat resusitasi kardiopulmoner
- c. Tabung oksigen lengkap dengan regulator

- d. Kain alas bokong, alas perut, sarung kaki
- e. Alat-alat instrumen
  - Kocher 2 buah
  - Kateter nelaton 1 buah
  - Piring plasenta 1 buah
  - Sduit 5 cc 1 buah
- f. Obat-obatan
  - Analgetika (pethidin 1-2 mg/kg)
  - Sedativa (diazepam 10 mg)
  - Sulfas antropin 0,25 mg/ml
  - Uterotonika (oksitosin, ergometrin, methergin)
- g. Larutan antiseptik
- h. Sarung tangan steril panjang 2 pasang
- i. Alas kaki, skhort plastik, msker dan kacamta pelindung, baju

Nilailah setiap kinerja yang diamati menggunakan skala sbb :

- 0 : Langkah kerja atau kegiatan tidak dilakukan
- 1 : Langkah kerja atau kegiatan tidak dilakukan dengan benar atau tidak sesuai urutan (apabila harus berurutan)
- 2 : Langkah kerja atau kegiatan dilakukan dengan benar tetapi ragu-ragu
- 3 : Langkah kerja atau kegiatan dilakukan dengan benar dan percaya diri
- N/A : Langkah kerja atau kegiatan tidak diperlukan dalam observasi ini

PENUNTUN BELAJAR PLASENTA MANUAL					
LANGKAH / KEGIATAN	KASUS				
<b>A. KOMUNIKASI</b>					
1. Menyambut ibu dan seseorang yang menemani ibu.					
2. Memperkenalkan diri kepada ibu.					
3. Menanyakan nama dan usia ibu.					
<b>B. PERSIAPAN PENOLONG</b>					
4. Cuci tangan hingga siku dengan sabun di bawah air mengalir.					
5. Keringkan tangan dengan handuk DTT.					
6. Pakai baju, alas kaki, skhort, masker dan kacamata pelindung.					
<b>C. PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIK</b>					
7. Perkenalkan diri anda selaku petugas yang akan menolong pasien.					
8. Jelaskan diagnosa penatalaksanaan dan komplikasi retensio plsentia.					
9. Jelaskan bahwa tindakan klinik juga mempunyai resiko.					
10. Jelaskan pada suami/keluarga mengenai berbagai aspek tersebut di atas.					

11. Membuat persetujuan tindakan medik, sampai dalam catatan medik.					
<b>PENETRASI KE KAVUM UTERI</b>					
12. Penolong mencuci tangan, memakai baju dan topi kemudian dilakukan vulva hygiene secara obstetrik (pasien dalam posisi litotomi).					
13. Pasang penutup perut, duk bokong dan sarung kaki steril.					
14. Periksa fungsi dan kelengkapan peralatan resusitasi.					
15. Periksa kesiapan instrumen.					
16. Beri sedativa dan analgetik.					
17. Kosongkan kandung kemih.					
18. Jepit tali pusat dengan kocher, tegangkan tali pusat dengan tangan kiri.					
19. Jari telunjuk dan ibu jari tangan kiri membuka labia mayora ke arah lateral, tangan kanan masuk ke introitus vagina secara obstetrik menelusuri tali pusat serviks.					
20. Tangan kiri menahan fundus, tali pusat dipegang oleh asisten.					
21. Lanjutkan penetrasi tangan kanan ke Cavum uteri, temukan implantasi dan tepi plasenta.					
<b>MELEPAS PLASENTA</b>					
22. Sisipkan sisi ulnar tangan diantara plasenta dan dinding uterus.					
23. Setelah penyisipan berhasil, gerakkan tangan ke kiri dan ke kanan secara bertahap sehingga plasenta dapat dilepaskan dengan tepi luar jari tangan dalam.					
<b>MENGELUARKAN PLASENTA</b>					
24. Perhatikan keadaan pasien, segera lakukan tindakan bila terjadi komplikasi.					
25. Penolong mencengkeram seluruh plasenta keluar dari kavum uteri.					
26. Tangan kiri menahan uterus secara dorso cranial pada supra simfisis.					
27. Lahirkan plasenta dan letakkan pada tempatnya, ganti sarung tangan.					
28. Eksplorasi ulang untuk meyakinkan tidak adanya sisa plasenta.					
29. Perhatikan kontraksi uterus dan kemungkinan perdarahan.					
<b>PENCEGAHAN INFEKSI PASCA TINDAKAN</b>					
30. Masukkan instrumen ke dalam wadah yang berisi klorin 0,5 %.					
31. Masukkan sampah bahan habis pakai ke tempatnya.					
32. Bersihkan sarung tangan, lepaskan dan rendam dalam klorin 0,5 %.					
33. Cuci tangan.					
<b>ASUHAN PASCA TINDAKAN</b>					
34. Periksa tanda vital, catat dan buat pendokumentasian.					
35. Beritahu pada suami dan keluarga bahwa tindakan sudah selesai.					

### 3. Petunjuk Penyerahan Laporan

- a. Anda harus menyerahkan laporan praktikum satu minggu setelah praktik dilakukan.
- b. Laporan dibuat dalam bentuk dokumentasi SOAP.
- c. Penilaian laporan ditentukan oleh kesesuaian dengan kasus.

## Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi praktikum di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Apa maksud dari retensio plasenta?
- 2) Apa saja tanda dan gejala dari retensio plasenta?
- 3) Apa saja factor predisposisi dari retensio plasenta?

### *Petunjuk Jawaban Latihan*

Jika anda mengalami kesulitan untuk mengerjakan latihan cobalah untuk membaca kembali uraian teori diatas yang membahas tentang retensio plasenta, mengenai:

- 1) Pengertian retensio plasenta.
- 2) Tanda dan gejala dari retensio plasenta.
- 3) Faktor predisposisi dari retensio plasenta.

## Ringkasan

Retensio plasenta (placental retention) merupakan plasenta yang belum lahir atau terlambatnya dalam kelahiran plasenta selama setengah jam setelah persalinan bayi setelah janin lahir.

Gejala dan tanda yang selalu ada: plasenta belum lahir setelah 30 menit, perdarahan segera, dan uterus kontraksi baik.

## Tes 3

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Seorang bidan sedang menolong persalinan di BPM, ibu usia 36 tahun G5P4A0, setelah bidan melakukan manajemen aktif kala III dan menyuntikan oksitosin kedua ternyata plasenta belum lahir dalam 30 menit, hasil pemeriksaan : kontraksi kurang kuat, blass kosong, tampak tali pusat di vulva, darah mengalir sedikit warna merah kehitaman. Apa diagnosa ibu tersebut?
  - A. Atonia uteri
  - B. Retensio urine

- C. Retensio plasenta  
D. Laserasi perineum
- 2) Seorang perempuan usia 29 tahun, G2P1A0 hamil 9 bulan sedang dipimpin persalinan. Bayi lahir spontan langsung menangis. Bidan segera melakukan penatalaksanaan kala III. Setengah jam setelah bayi lahir, plasenta belum juga lahir. Tidak tampak perdarahan dari jalan lahir. Bidan mendiagnosa ibu mengalami retensio plasenta. Apakah tindakan awal yang harus dilakukan oleh bidan?
- A. Lakukan manual plasenta  
B. Suntik oksitosin  
C. Pasang infus  
D. Rujuk
- 3) Seorang perempuan usia 30 tahun G2P1A0 hamil aterm sedang dipimpin persalinan. Bayi lahir spontan langsung menangis. Bidan segera melakukan penatalaksanaan kala III. Setengah jam setelah bayi lahir, plasenta belum juga lahir. Tidak tampak perdarahan dari jalan lahir. Bidan mendiagnosa ibu mengalami retensio plasenta. Apakah komplikasi yang mungkin timbul pada kasus tersebut?
- A. Retensio urin  
B. Syok neuraghic  
C. Syock hipovolemik  
D. Insrtia uteri hipotonik
- 4) Seorang perempuan usia 33 tahun G3P1A1 baru saja melahirkan. Bayi lahir spontan langsung menangis. Bidan segera melakukan penatalaksanaan kala III. Setengah jam setelah bayi lahir, plasenta belum juga lahir. Tidak tampak perdarahan dari jalan lahir. Bidan mendiagnosa ibu mengalami retensio plasenta. Apakah faktor predisposisi kasus tersebut?
- A. Primiparitas  
B. Multiparitas  
C. Kelainan plasenta  
D. Riwayat abortus berulang

## Topik 4 Patologi Kala IV Persalinan

Kini tibalah Anda pada Topik selanjutnya. Bagaimana perasaan anda saat ini? Untuk lebih meningkatkan kompetensi Anda mengenai persalinan, Anda akan mulai mempraktikkan penatalaksanaan atonia uteri. Ingat bahwa perdarahan karena atonia uteri merupakan penyebab Angka Kematian Ibu, anda harus menguasai keterampilan ini !

### A. URAIAN TEORI

Pengertian Atonia Uteri Adalah pendarahan obstetri yang disebabkan oleh kegagalan uterus untuk berkontraksi secara memadai setelah kelahiran (Cunningham, 2013:415).

*Menurut JNPK-KR (2008), Definisi atonia uteri adalah suatu kondisi dimana myometrium tidak dapat berkontraksi dan keluarnya darah dari tempat implantasi plasenta dan menjadi tidak terkendali.*

*Atonia uteri merupakan penyebab terbanyak perdarahan postpartum dini (50%), dan merupakan alasan paling sering untuk melakukan histerektomi postpartum. Kontraksi uterus merupakan mekanisme utama untuk mengontrol perdarahan setelah melahirkan.*

#### 1. Etiologi

Overdistensi Uterus merupakan faktor resiko yang paling sering mengakibatkan terjadinya atonia uteri. Overdistensi uterus dapat disebabkan oleh kehamilan ganda, janin makrosomia, polihidramnion, abnormalitas janin, kelainan struktur uterus, atau distensi akibat akumulasi darah di uterus baik sebelum maupun sesudah plasenta lahir.

Pimpinan kala III yang salah, dengan memijat-mijat dan mendorong uterus. Lemahnya kontraksi miometrium merupakan akibat dari kelelahan karena persalinan lama atau persalinan yang memerlukan tenaga yang banyak, umur yang terlalu muda dan terlalu tua, terutama apabila diberikan stimulasi pada ibu. Selain itu pengaruh obat-obatan yang dapat mengakibatkan inhibisi kontraksi seperti: anastesi yang terhalogenisasi, nitrat, obat-obatan anti inflamasi nonsteroid, magnesium sulfat dan nipedipin.

Ibu dengan keadaan umum yang buruk, anemis, atau menderita penyakit yang menahun. Penyebab lain yaitu: plasenta letak rendah, partus lama (terlantar) toksin bakteri (korioamnionitis, endometritis, septikemia), hipoksia akibat hipoperfusi atau uterus couvelaire pada abruptio plasenta.

#### 2. Diagnosis Atonia Uteri

Kecuali apabila penimbunan darah intrauterine dan intravagina mungkin tidak teridentifikasi, atau pada beberapa kasus ruptur uteri dengan pendarahan intraperitoneum, diagnosis pendarahan post partum seharusnya mudah. Pembedaan sementara antara pendarahan akibat atonia uteri dan akibat laserasi ditegakkan berdasarkan kondisi uterus. Apabila pendarahan berlanjut walaupun uterus berkontraksi kuat, penyebab pendarahan

kemungkinan besar adalah laserasi. Darah merah segar juga mengisyaratkan adanya laserasi. Untuk memastikan peran laserasi sebagai penyebab pendarahan, harus dilakukan inspeksi yang cermat terhadap vagina, serviks, uterus.

Kadang-kadang pendarahan disebabkan baik oleh atonia maupun trauma, terutama setelah melahirkan operatif besar. Secara umum, harus dilakukan inspeksi serviks dan vagina setelah setiap kelahiran untuk mengidentifikasi pendarahan akibat laserasi. Anestesia harus adekuat untuk mencegah rasa tidak nyaman saat pemeriksaan. Pemeriksaan terhadap rongga uterus, serviks, dan keseluruhan vagina harus dilakukan setelah ekstraksi bokong, versi podalik internal, dan kelahiran pervaginam pada wanita yang pernah menjalani seksio sesarea. Hal yang sama berlaku pada pendarahan berlebihan selama kala dua persalinan (Cunningham, 2013).

### **3. Pencegahan Atonia Uteri**

Melakukan secara rutin manajemen aktif kala III pada semua wanita yang bersalin. Manajemen aktif kala III dapat mengurangi jumlah pendarahan dalam persalinan, anemia, dan kebutuhan transfusi darah. Pemberian oksitosin pada manajemen aktif kala III dapat mengurangi resiko terjadinya pendarahan post partum lebih dari 40% dan juga dapat mengurangi kebutuhan obat yang lain sebagai terapi. Selain mencegah pendarahan, kerja oksitosin didalam tubuh sangat cepat, dan tidak menyebabkan kenaikan tekanan darah.

## **B. PELAKSANAAN PRAKTIK**

### **1. Tujuan**

Melaksanakan asuhan pada atonia uteri.

### **2. Langkah kerja:**

Alat dan bahan yang harus disediakan:

- a. Giving set:
  - Cairan infus NaCl / RL
  - Infus set 2 buah
  - Abocath
  - Plester
  - Gunting plester
  - Kassa
- b. Alat perlindungan diri:  
Apron, masker, google, boot
- c. Oksigen dan regulator
- d. Standar infus
- e. Kain alas bokong
- f. Alas perut
- g. Sarung kaki

- h. Lampu sorot
- i. Obat-obatan:
- j. Uterotonika (oksitosin, ergometrin)
  - S spuit 5 cc/3 cc 2 buah
  - Larutan Antiseptik
- k. Instrumen:
  - Bak Instrumen
  - Sarung tangan panjang DTT/steril 2 pasang
  - Sarung tangan DTT/Steril 1 pasang
  - Kateter nelaton no 12 : 1 buah
  - Bengkok

No	LANGKAH / TUGAS	KASUS				
1	Menjelaskan kepada pasien dan keluarga tentang diagnosa dan komplikasi atonia uteri.					
2	Menjelaskan tentang prosedur tindakan dan risiko tindakan.					
3	Membuat persetujuan tindakan medik.					
4	Mempersiapkan alat secara ergonomis					
5	Mengosongkan kandung kemih.					
6	Mencuci tangan hingga siku dengan sabun di bawah air mengalir.					
7	Mengeringkan tangan dengan handuk.					
8	Memakai apron, alas kaki, masker dan google.					
9	Memakai sarung tangan panjang DTT dengan benar.					
10	Memasukkan tangan kanan secara obstetrik melalui introitus vagina.					
11	Membersihkan bekuan darah dan sisa selaput ketuban yang ada di serviks.					
12	Mengepalkan tangan kanan dan meletakkan dataran punggung jari telunjuk hingga kelingking pada <b>forniks anterior</b> lalu mendorong uterus ke kranio anterior dan secara bersamaan menekan bagian belakang korpus uteri dengan telapak tangan kiri.					
13	Melakukan kompresi dengan jalan mendekatkan telapak tangan kiri dengan kepalan tangan kanan pada forniks anterior selama 5 menit.					
14	Mempertahankan KBI selama 1-2 menit.					
15	Mengeluarkan tangan secara perlahan.					
16	Memantau ketat kala IV.					
17	Melakukan tindakan KBE dan pemberian uterotonika.					
18	Meminta anggota keluarga/asisten untuk meletakkan telapak tangan kirinya menggantikan posisi tangan kiri					

No	LANGKAH / TUGAS	KASUS				
	operator/penolong di abdomen dengan cara yang sama.					
19	Mengeluarkan tangan kanan penolong secara hati-hati dari dalam vagina.					
20	Mengajarkan keluarga/asisten untuk memposisikan telapak tangan kanannya di atas simfisis untuk menekan korpus uteri bagian depan.					
21	Menganjurkan keluarga/asisten untuk menekan korpus uteri dengan jalan mendekatkan telapak tangan kiri dan kanan sekuat mungkin.					
22	Membersihkan sarung tangan, lepas dan rendam secara terbalik dalam wadah berisi cairan klorin 0,5%					
23	Menilai kontraksi dan perdarahan yang terjadi.					
24	Mempertahankan posisi tersebut (KBE) selama 5 menit atau hingga uterus dapat berkontraksi dengan baik.					
25	Memberikan suntikan ergometrin 0,2 mg IM.					
26	Memasang Infus RL/NaCl + 20 IU oksitosin, berikan dengan tetes cepat (guyur).					
27	Mempertahankan KBE selama 1-2 menit.					
28	Memantau ketat kala IV.					
29	Melakukan KBI ulang (langkah 9-12).					
30	Melakukan kompresi aorta abdominalis apabila uterus masih belum berkontraksi dan perdarahan cukup banyak.					

## Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi praktikum di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Apa pengertian atonia uteri?
- 2) Apa penyebab atonia uteri?
- 3) Bagaimana diagnosis atonia uteri?
- 4) Bagaimana pencegahan atonia uteri?

### *Petunjuk Jawaban Latihan*

Jika Anda mengalami kesulitan untuk mengerjakan latihan cobalah untuk membaca kembali uraian teori diatas yang membahas tentang atonia uteri, mengenai:

1. Pengertian atonia uteri
2. Penyebab atonia uteri
3. Diagnosis atonia uteri
4. Pencegahan atonia uteri

## Ringkasan

Atonia uteri adalah suatu kondisi dimana myometrium tidak dapat berkontraksi dan keluarnya darah dari tempat implantasi plasenta dan menjadi tidak terkendali. Etiologi : Overdistensi Pimpinan kala III yang salah, persalinan lama atau persalinan yang memerlukan tenaga yang banyak, umur yang terlalu muda dan terlalu tua, pengaruh obat-obatan yang dapat mengakibatkan inhibisi kontraksi seperti: anastesi yang terhalogenisasi, nitrat, obat-obatan anti inflamasi nonsteroid, magnesium sulfat dan nipedipin, ibu dengan keadaan umum yang buruk, anemis, atau menderita penyakit yang menahun.

## Tes 4

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Seorang Ibu sedang dalam kala IV persalinan, saat masase uterus setelah plasenta lahir, uterus tidak berkontraksi dengan baik, perdarahan banyak. Tidak ada laserasi, plasenta kesan lengkap. Apa yang dialami oleh ibu tersebut?
  - A. Retensio plasenta
  - B. Inversio uteri
  - C. Sisa plasenta
  - D. Atonia uteri
  
- 2) Seorang Ibu akan melahirkan anak ke-2 nya dengan diagnosis sebelumnya PEB sehingga diberikan MgSO<sub>4</sub>, mengalami kala I memanjang sehingga diberikan induksi. Pada kala IV persalinan, saat masase uterus setelah plasenta lahir, uterus tidak berkontraksi dengan baik, perdarahan banyak. Tidak ada laserasi, plasenta kesan lengkap. Apa faktor predisposisi eksternal dari kasus tersebut?
  - A. Persalinan dengan induksi
  - B. Kala I memanjang
  - C. pemberian MgSO<sub>4</sub>
  - D. Multiparitas
  
- 3) Seorang Ibu sedang dalam kala IV persalinan, saat masase uterus setelah plasenta lahir, uterus tidak berkontraksi dengan baik, perdarahan banyak. Tidak ada laserasi, plasenta kesan lengkap.  
Apa tindakan bidan selanjutnya ...
  - A. KBI, KBE, pasang infuse, beri obat, mengosongkan kandung kemih, membersihkan bekuan darah
  - B. Mengosongkan kandung kemih, membersihkan bekuan darah, KBI, KBE, pasang infuse, beri obat

- C. Mengosongkan kandung kemih, membersihkan bekuan darah, KBI, KBE, KAA
  - D. Mengosongkan kandung kemih, membersihkan bekuan darah, pasang infuse, rujuk
- 4) Seorang Ibu sedang dalam kala IV persalinan, saat masase uterus setelah plasenta lahir, uterus tidak berkontraksi dengan baik, perdarahan banyak. Tidak ada laserasi, plasenta kesan lengkap.
- Bagaimana pemberian oksitosin pada kasus tersebut?
- A. 10 unit IM
  - B. 10 unit IV
  - C. 10 unit IV selang
  - D. 10 unit dalam 1L larutan dengan tetesan cepat

## Topik 5 Patologi Kala IV Persalinan

Selamat, kini anda masuk pada kegiatan selanjutnya. Semoga tambah semangat dan yakin untuk terus mengeksplorasi kemampuan. Pada Topik 4 ini anda akan mempraktikkan asuhan kebidanan asfiksia pada bayi baru lahir yaitu dengan melakukan resusitasi.

### A. URAIAN TEORI

Asfiksia adalah keadaan bayi tidak bernapas secara spontan dan teratur segera setelah lahir. Seringkali bayi yang sebelumnya mengalami gawat janin akan mengalami asfiksia sesudah persalinan. Masalah ini mungkin berkaitan dengan keadaan ibu, tali pusat, atau masalah pada bayi selama atau sesudah persalinan.

#### 1. Penyebab Asfiksia

Beberapa keadaan pada Ibu dapat menyebabkan aliran darah ibu melalui plasenta berkurang, sehingga aliran oksigen ke janin berkurang, akibatnya terjadi gawat janin. Hal ini dapat menyebabkan asfiksia BBL.

##### KEADAAN IBU

- Preeklampsia dan eklampsia
- Pendarahan abnormal (plasenta previa atau solusio plasenta)
- Partus lama atau partus macet
- Demam selama persalinan
- Infeksi berat (malaria, sifilis, TBC, HIV)
- Kehamilan Post Matur (sesudah 42 minggu kehamilan)

Keadaan berikut ini berakibat penurunan aliran darah dan oksigen melalui tali pusat ke bayi, sehingga bayi mungkin mengalami asfiksia:

##### KEADAAN TALI PUSAT

- Lilitan tali pusat
- Tali pusat pendek
- Simpul tali pusat
- Prolapsus tali pusat

Pada keadaan berikut, bayi mungkin mengalami asfiksia walaupun tanpa didahului tanda gawat janin:

##### KEADAAN BAYI

- Bayi prematur (sebelum 37 minggu kehamilan)
- Persalinan sulit (letak sungsang, bayi kembar, distosia bahu, ekstraksi vakum, forsepe)
- Kelainan kongenital
- Air ketuban bercampur mekonium (warna kehijauan)

## **PENILAIAN**

Sebelum bayi lahir:

- Apakah kehamilan cukup bulan ?
- Apakah air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium (warna kehijauan) ?
- *Segera setelah bayi lahir (jika bayi cukup bulan):*
- Menilai apakah bayi menangis atau bernapas/tidak megap-megap?
- Menilai apakah tonus otot bayi baik/bayi bergerak aktif ?

## **KEPUTUSAN**

Memutuskan bayi perlu resusitasi jika:

- Bayi tidak cukup bulan dan atau
- Air ketuban bercampur mekonium dan atau
- Bayi megap-megap/tidak bernapas dan atau
- Tonus otot bayi tidak baik atau bayi lemas

## **TINDAKAN**

Mulai lakukan resusitasi jika:

- Bayi tidak cukup bulan dan atau bayi megap-megap/tidak bernapas dan atau tonus otot bayi tidak baik/bayi lemas
- Air ketuban tercampur mekonium

Lakukan penilaian usia kehamilan dan air ketuban sebelum bayi lahir. Segera setelah lahir, sambil meletakkan & menyelimuti bayi di atas perut ibu atau dekat perineum, lakukan penilaian cepat usaha napas dan tonus otot. Penilaian ini menjadi dasar keputusan apakah bayi perlu resusitasi.

Nilai (skor) APGAR tidak digunakan sebagai dasar keputusan untuk tindakan resusitasi. Penilaian harus dilakukan segera sehingga keputusan resusitasi tidak didasarkan penilaian APGAR; tetapi cara APGAR tetap dipakai untuk menilai kemajuan kondisi BBL pada saat 1 menit dan 5 menit setelah kelahiran.

Dalam Manajemen Asfiksia, proses penilaian sebagai dasar pengambilan keputusan bukanlah suatu proses sesaat yang dilakukan satu kali. Setiap tahapan manajemen asfiksia, senantiasa dilakukan penilaian untuk membuat keputusan, tindakan apa yang tepat dilakukan.

## **DASAR ASUHAN BBL:**

Dalam setiap persalinan, penataksanaan bayi baru lahir menganut beberapa prinsip yang penting untuk kelangsungan hidup bayi baru lahir diantaranya:

### 1. Kering, bersih dan hangat:

Sangat penting bagi semua bayi baru lahir untuk dijaga agar tetap kering, bersih dan hangat untuk mencegah bayi kedinginan (hipotermi) yang membahayakan. Prinsip ini tetap dianut dalam penatalaksanaan resusitasi Bayi Baru Lahir dan terlebih lagi bayi Asfiksia sangat rentan terhadap hipotermi.

2. Bebaskan dan Bersihkan Jalan Napas BBL:

Bersihkan jalan napas bayi dengan cara mengusap mukanya dengan kain atau kasa yang bersih dari darah dan lendir segera setelah kepala bayi lahir (masih diperineum ibu).

Apabila bayi baru lahir segera dapat bernapas secara spontan atau segera menangis, jangan lakukan pengisapan secara rutin pada jalan napasnya.

Apabila bayi baru lahir tidak bernapas atau bernapas megap-megap, maka penghisapan lendir amat penting sebagai bagian mutlak dari langkah awal resusitasi.

Apabila terdapat air ketuban bercampur mekonium, begitu bayi lahir tidak bernapas atau bernapas megap-megap maka penghisapan lendir sangat penting dilakukan segera sebelum melakukan pemotongan tali pusat dan kemudian dilakukan langkah awal.

Posisi kepala bayi baru lahir juga amat penting untuk kelancaran jalan napas sehingga dapat membantu pernapasan bayi. Pada pola persalinan normal, setelah lahir bayi diletakkan di atas perut ibu yang telah dilapisi kain dan diusahakan agar letak kepala setengah tengadah lebih (sedikit ekstensi). Pengaturan posisi sangat penting pada resusitasi BBL.

3. Rangsangan Taktil:

Mengeringkan tubuh bayi pada dasarnya adalah tindakan rangsangan. Untuk bayi yang sehat, prosedur tersebut sudah cukup guna merangsang upaya napas. Akan tetapi untuk bayi dengan Asfiksia, mungkin belum cukup sehingga perlu dilakukan rangsangan taktil untuk merangsang pernapasan. Ada beberapa tindakan yang membahayakan bayi dan perlu dihindari, misalnya menekuk lutut ke arah perut, menepuk bokong, meremas dan mengangkat dada, dilatasi spingter ani, mengguyur air dingin dan hangat bergantian.

**ASI:**

Penting sekali untuk melakukan inisiasi menyusui dini dalam satu jam setelah bayi lahir. Bila bayi sudah bernapas normal, lakukan kontak kulit bayi dan kulit ibu dengan cara meletakkan bayi di dada ibu dalam posisi bayi tengkurap, kepala bayi menghadap dada ibu, kepala bayi di tengah antara kedua payudara ibu, lalu selimuti keduanya untuk menjaga kehangatan. Ibu dianjurkan bersabar selama sekitar 1 jam mengusap/membelai bayi sambil menunggu bayinya meraih puting susu secara mandiri. Biasanya bayi berhasil menyusui pada menit ke 30-60.

**B. PELAKSANAAN PRAKTIK**

1. Tujuan

Melakukan asuhan kebidanan asfiksia pada bayi baru lahir.

2. Prosedur kerja

Alat dan bahan

- Meja resusitasi
- Baki dan alas
- Bak instrument
- Sarung tangan
- Penghisap lendir
- Kain
- Ambubag
- Bengkok
- Stetoskop
- Jam dengan detik
- Lampu sorot

Nilailah setiap kinerja yang diamati menggunakan skala sbb :

0	:	Langkah kerja atau kegiatan tidak dilakukan
1	:	Langkah kerja atau kegiatan tidak dilakukan dengan benar atau tidak sesuai urutan (apabila harus berurutan)
2	:	Langkah kerja atau kegiatan dilakukan dengan benar tetapi ragu-ragu
3	:	Langkah kerja atau kegiatan dilakukan dengan benar dan percaya diri
N /A	:	Langkah kerja atau kegiatan tidak diperlukan dalam observasi ini

LANGKAH/TUGAS	KASUS				
<b>PERSIAPAN</b>					
28. Siapkan peralatan dan bahan habis pakai yang diperlukan <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ruang hangat, terlindung dari tiupan angin, dan penghangat tubuh (kain hangat/kain kering dan hangat atau lampu sorot)</li> <li>- Tiga helai kain bersih dan kering (untuk mengeringkan bayi, untuk membungkus bayi dan pengganjal bahu)</li> <li>- Jam dengan jarum detik atau penunjuk waktu</li> <li>- Penghisap lendir De Lee</li> <li>- Balon dan sungkup (atau pipa dan sungkup)</li> <li>- Sarung tangan</li> <li>- Oksigen (atau udara ruangan)</li> </ul>					
<b>PENILAIAN BBL DAN KEBUTUHAN TINDAKAN RESUSITASI</b>					
1. Nilai bayi baru lahir <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adanya mekonium kental pada bagian tubuh bayi atau cairan mekonium (bila ada, penghisapan lendir dilakukan setelah kepala lahir dan tubuh bayi masih di jalan lahir).</li> <li>- Apakah bayi baru lahir tidak menangis atau bernafas spontan.</li> </ul>					

LANGKAH/TUGAS	KASUS			
<p>29. Segera tentukan apakah bayi memerlukan tindakan resusitasi.</p> <p>Penilaian kebutuhan resusitasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak bernapas</li> <li>- Megap-megap</li> <li>- Frekuensi pernapasan kurang dari 30x/menit</li> </ul> <p>Penilaian kebugaran BBL :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apakah bayi bernapas atau menangis ?</li> <li>- Apakah tonus otot baik ?</li> <li>- Apakah warna kulit kemerahan ?</li> <li>- Apakah denyut jantung normal ?</li> <li>- Apakah bayi bereaksi terhadap rangsangan ?</li> </ul>				
<b>MELAKUKAN LANGKAH AWAL RESUSITASI (dalam waktu kurang 30 detik)</b>				
<p>1. Jaga bayi tetap hangat.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keringkan tubuh bayi dan selimuti dengan kain bersih, kering dan hangat.</li> <li>- Tempatkan pada ruangan hangat dan terhindar dari tiupan angin.</li> <li>- Dekatkan bayi ke pemanas tubuh.</li> <li>- Letakkan pada tempat yang kering dan hangat.</li> <li>- Beri alas kering, bersih dan hangat pada permukaan datar tempat meletakkan bayi.</li> </ul>				
<p>2. Posisikan kepala dan leher bayi menjadi sedikit tengadah (setengah ekstensi) untuk membuka jalan napas dengan cara mengganjal bahu bayi dengan kain yang dilipat.</p>				
<p>30. Bersihkan jalan napas dengan menghisap lendir dari mulut kemudian hidung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gunakan penghisap lendir De Lee</li> <li>- Mulai bersihkan lendir di mulut, baru kemudian hisap lendir di hidung</li> <li>- Penghisapan dilakukan bersamaan dengan penarikan selang penghisap</li> <li>- Jangan melakukan penghisapan terlalu dalam karena dapat menimbulkan reaksi vaso-vagal dan menyebabkan henti napas (lihat langkah no. 2 untuk penghisapan lendir pada kasus adanya mekonium kental pada cairan ketuban dan bagian tubuh bayi)</li> </ul>				
<p>31. Keringkan tubuh bayi dan lakukan rangsangan taktil</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dengan sedikit penekanan, gosok tubuh bayi melalui kain pembungkus tubuh bayi</li> <li>- Dengan telapak tangan, lakukan rangsangan taktil pada telapak kaki atau punggung bayi atau menyentil telapak kaki bayi</li> <li>- Ganti kain yang basah dengan kain baru yang bersih, kering dan hangat. Bagian muka dan dada bayi dibiarkan terbuka untuk keperluan resusitasi dan evaluasi keberhasilan tindakan</li> </ul>				

LANGKAH/TUGAS	KASUS			
<p>32. Atur kembali posisi dan jaga kehangatan tubuh dengan membungkus badan bayi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bila kain pembungkus menjadi basah, ganti dengan kain pembungkus yang baru untuk menjaga kehangatan tubuh bayi</li> <li>- Bagian muka dan dada dibiarkan terbuka untuk memberi keleluasaan bernapas dan memantau gerakan dinding dada</li> <li>- Atur kembali ganjal bahu untuk memberikan posisi terbaik bagi jalan napas.</li> </ul>				
<p>33. Nilai ulang</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nilai apakah bayi bernapas spontan dan normal atau masih mengalami kesulitan bernapas</li> <li>- Bila bayi bernapas spontan dan baik, lakukan asuhan bayi baru lahir yang normal dan berikan pada ibunya</li> <li>- Menjaga suhu tubuh (metode Kangguru atau diselimuti dengan baik)</li> <li>- Mendapat ASI</li> <li>- Kontak batin dan sayang</li> <li>- Bila bayi masih megap-megap atau belum bernapas spontan</li> </ul>				
<b>VENTILASI POSITIF PADA BAYI ASFIKZIA</b>				
<p>1. Jelaskan pada ibu dan keluarganya bahwa bayi memerlukan bantuan untuk memperbaiki fungsi pernapasannya.</p>				
<p>2. Pastikan posisi kepala sudah benar, kemudian pasang sungkup dengan benar sehingga melingkupi hidung dan mulut.</p>				
<p>3. Lakukan ventilasi percobaan (dua kali)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bila menggunakan balon dan sungkup, lakukan ventilasi dengan tekanan yang cukup sebanyak dua kali</li> <li>- Bila menggunakan pipa dan sungkup, tiupkan udara yang dikumpulkan dalam mulut ke dalam pipa (udara ruangan, bukan udara ekspirasi)</li> <li>✓ Pastikan dada mengembang</li> <li>✓ Bila tidak mengembang <ul style="list-style-type: none"> <li>- Periksa posisi kepala</li> <li>- Periksa posisi sungkup</li> <li>- Periksa lendir di jalan napas</li> </ul> </li> </ul>				
<p>4. Bila ventilasi percobaan berjalan baik, lakukan ventilasi tekanan positif sebanyak 20 kali dalam 30 detik.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pastikan dada mengembang saat ventilasi diberikan</li> <li>- Hentikan ventilasi bila bayi menangis atau bernapas spontan</li> </ul>				

LANGKAH/TUGAS	KASUS				
5. Setelah bayi menangis atau bernapas spontan, hentikan ventilasi dan kembalikan resusitator pada tempatnya. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jaga suhu tubuh bayi</li> <li>- Berikan bayi pada ibunya (diselimuti berdua)</li> <li>- Perhatikan : Bila bayi tetap belum bernapas atau megap-megap maka lanjutkan ventilasi 20 kali dalam 30 detik berikutnya dan lakukan penilaian ulang setiap 30 detik dan penilaian kebugaran bayi setiap menit</li> </ul>					
6. Bila bayi tidak bernapas spontan setelah 2-3 menit resusitasi <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beritahu keluarga untuk menyiapkan rujukan</li> <li>- Teruskan resusitasi</li> <li>- Selesaikan prosedur yang belum selesai pada ibu</li> <li>- Pastikan ibu dalam keadaan baik dan stabil</li> </ul>					
7. Bila bayi tetap tidak bernapas setelah 10 menit sejak awal resusitasi maka tindakan ini dinyatakan gagal dan resusitasi dihentikan					
<b>Pemantauan dan perawatan Suportif Pasca Tindakan</b>					
1. Lakukan pemantauan secara seksama. Perhatikan : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tanda-tanda kesulitan bernapas</li> <li>- Retraksi intercostal (cekungan antar iga)</li> <li>- Megap-megap</li> <li>- Frekuensi pernapasan kurang dari 30 atau lebih dari 60 x/menit</li> <li>- Warna kulit kebiruan atau pucat</li> </ul>					
2. Lanjutkan rangsangan taktil untuk merangsang pernapasan bayi					
3. Jaga bayi tetap hangat. Tunda untuk memandikan bayi selama 6-24 jam setelah lahir.					
4. Bila pernapasan dan warna kulit normal, berikan bayi pada ibunya : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menjaga kehangatan/suhu tubuh bayi</li> <li>- Mendapat ASI</li> <li>- Kontak batin dan kasih sayang</li> </ul>					
5. Teruskan pemantauan, bila bayi menunjukkan tanda-tanda di bawah ini, segera lakukan rujukan : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frekuensi pernapasan kurang dari 30 atau lebih dari 60 x/menit</li> <li>- Retraksi intercostal (cekungan antar iga)</li> <li>- Merintih atau megap-megap</li> <li>- Seluruh tubuh pucat atau berwarna kebiruan</li> <li>- Bayi menjadi lemah</li> </ul>					
<b>TINDAKAN SESUDAH PROSEDUR RESUSITASI</b>					

LANGKAH/TUGAS	KASUS				
1. Buanglah kateter penghisap dan ekstraktor lendir sekali pakai (disposable) ke dalam kantong plastik atau tempat yang tidak bocor <ul style="list-style-type: none"> <li>- Untuk kateter dan ekstraktor lendir yang dipakai daur ulang :</li> <li>- Rendam di dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit untuk dekontaminasi.</li> <li>- Lanjutkan ke proses cuci, bilas hingga DTT atau sterilisasi</li> </ul>					
2. Lepaskan sarung tangan dan cuci tangan					
<b>MENCATAT TINDAKAN RESUSITASI</b>					
1. Catat tanggal dan waktu bayi lahir.					
2. Catat kondisi bayi saat lahir.					
3. Catat waktu mulainya tindakan resusitasi.					
4. Catat tindakan apa yang dilakukan selama resusitasi.					
5. Catat waktu bayi bernafas spontan atau resusitasi dihentikan.					
6. Catat hasil tindakan resusitasi.					
7. Catat perawatan suportif pasca tindakan.					

## Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi praktikum di atas, kerjakanlah latihan berikut!

1. Apa yang dimaksud dengan asfiksia?
2. Apa yang dimaksud dengan resusitasi?
3. Apa saja yang dapat menyebabkan bayi asfiksia dilihat dari keadaan ibu?

### *Petunjuk Jawaban Latihan*

Jika anda mengalami kesulitan untuk mengerjakan latihan diatas cobalah untuk membaca kembali teori, mengenai:

- 1) Pengertian asfiksia.
- 2) Pengertian resusitasi.
- 3) Penyebab asfiksia dilihat dari keadaan ibu.

## Ringkasan

Pada pertolongan persalinan, Bidan perlu mengetahui sebelum dan sesudah bayi lahir: apakah bayi ini mempunyai risiko asfiksia? Pada keadaan tersebut, bicarakan dengan ibu dan keluarganya tentang kemungkinan diperlukan tindakan resusitasi. Akan tetapi, pada keadaan tanpa faktor risiko pun beberapa bayi dapat mengalami asfiksia. Oleh karena itu bidan harus siap melakukan resusitasi bayi setiap menolong persalinan.

Tanpa persiapan kita akan kehilangan waktu yang sangat berharga. Walau hanya beberapa menit bila BBL tidak segera bernapas, bayi dapat menderita kerusakan otak atau meninggal. Persiapan yang diperlukan adalah persiapan keluarga, tempat, alat untuk resusitasi dan persiapan diri (bidan).

Bidan harus mampu melakukan penilaian untuk mengambil keputusan guna menentukan tindakan resusitasi.

## Tes 5

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Seorang bidan sedang melakukan pertolongan persalinan di polindes. Setelah bayi lahir, bidan segera melakukan penilaian selintas terhadap bayi baru lahir tersebut. Penilaian apakah yang dimaksud pernyataan tersebut?
  - A. Frekuensi nafas
  - B. Frekuensi jantung
  - C. Bayi menangis atau tidak
  - D. Stimulus bayi terhadap rangsang
  
- 2) Resusitasi dilakukan pada bayi yang mengalami asfiksia. Apa yang harus dilakukan bidan untukantisipasi hal tersebut?
  - A. Deteksi adanya distress pada janin
  - B. Memberikan oksigen pada setiap ibu bersalin
  - C. Skoring risiko tinggi pada ibu hamil dan bersalin
  - D. Melakukan rujukan untuk pemeriksaan USG rutin pada setiap ibu hamil yang sudah dekat taksiran partusnya
  
- 3) Ventilasi tekanan positif merupakan salah satu langkah dalam resusitasi bayi baru lahir. Apa manfaat tindakan tersebut?
  - A. Dapat memasukkan sejumlah volume udara kedalam paru paru dengan tekanan positif untuk membuka alveoli paru sehingga bayi dapat bernapas spontan dan teratur
  - B. Dapat menghangatkan bayi sehingga mencegah hipotermi yang memperberat kondisi kekurangan oksigen pada bayi
  - C. Dapat membuka jalan nafas terbuka, dengan mengambil lender pada mulut dan hidung bayi
  - D. Dapat mengevaluasi sudah ada nafas spontan pada bayi atau belum

- 4) Ventilasi tekanan positif merupakan salah satu langkah dalam resusitasi bayi baru lahir. Kapan tindakan tersebut harus dihentikan jika tidak ada respon nafas pada bayi?
- A. 5 menit
  - B. 10 menit
  - C. 15 menit
  - D. 20 menit
- 5) Ventilasi tekanan positif merupakan salah satu langkah dalam resusitasi bayi baru lahir. Apa tindakan bidan jika tidak ada respon nafas pada bayi pada waktu yang distandarkan?
- A. Bidan melakukan kolaborasi dengan tim dokter
  - B. Bidan melakukan rujukan ke RS
  - C. Bidan memberikan penjelasan dan dukungan psikologis untuk keluarga
  - D. Bidan menganjurkan keluarga ibu untuk menyiapkan transportasi ke RS

## Kunci Jawaban Tes

### Tes 1

- 1) Jawaban C
  - A. Salah. Tidak ada indikasi CPD, penurunan kepala sesuai dengan kemajuan dilatasi serviks.
  - B. Salah. Tidak ada indikasi malposisi karena posisi ubun-ubun sudah sesuai dengan penurunan kepala dan dilatasi serviks.
  - C. Benar. Karena kemajuan his yang tidak adekuat.
  - D. Salah. Tidak ada indikasi malpresentasi.
  
- 2) Jawaban A
  - A. Salah. Bidan Praktik Mandiri tidak berwenang dalam pemberian drip oksitosin.
  - B. Salah. His/ kontraksi yang kurang kuat dapat diberikan tindakan awal sebelum melakukan rujukan.
  - C. Benar. Ambulasi dini dapat meningkatkan kontraksi uterus sehingga akan mempercepat persalinan.
  - D. Salah. Tidak sesuai dengan tujuan asuhan pada kasus tersebut.
  
- 3) Jawaban C
  - A. Salah. Antibiotik diberikan setelah 6 jam ketuban pecah.
  - B. Salah. Tokolitik adalah obat yang digunakan untuk mencegah atau menghentikan kontraksi uterus.
  - C. Benar. Rujukan dilakukan karena ibu mengalami KPD.
  - D. Salah. Bidan praktik mandiri tidak berwenang dalam memberikan oksitosin drip.
  
- 4) Jawaban A
  - A. Benar. DJJ 163 x/ menit.
  - B. Salah. Tidak ada masalah dari presentasi janin dalam kasus tersebut.
  - C. Salah. Tidak ada data yang menyatakan persalinan lama.
  - D. Salah. Penurunan kepala dan dilatasi tidak mengarah kepada kasus CPD.
  
- 5) Jawaban D
  - A. Salah. Tidak ada indikasi untuk melakukan rujukan pada kasus tersebut.
  - B. Salah. Suhu masih dalam batas normal.
  - C. Salah. Bidan Praktik Mandiri tidak berwenang memberikan drip oksitosin, serta tidak ada indikasi pemberian oksitosin drip pada kasus tersebut.
  - D. Benar.

*Tes 2*

- 1) Jawaban C
  - A. Salah. Tidak ada potensial terjadinya perdarahan postpartum.
  - B. Salah. Tidak ada indikasi untuk dilakukan persalinan SC.
  - C. Benar. Salah satu faktor penyebab terjadinya distosia bahu adalah janin besar. Pada kasus tersebut, kemungkinan bayi besar dialami oleh ibu karena TFU 40 cm.
  - D. Salah. Tidak ada potensial terjadinya asfiksia pada bayi.
  
- 2) Jawaban C
  - A. Salah. Bukan disebabkan oleh Kala II memanjang.
  - B. Salah. Bukan disebabkan oleh inersia uteri.
  - C. Benar. Pada kasus tersebut TFU 40 cm. TFU > 40 cm termasuk ke dalam janin besar.
  - D. Salah. Bukan disebabkan oleh obesitas.
  
- 3) Jawaban C
  - A. Salah. Tidak ada indikasi untuk melakukan rujukan.
  - B. Salah. Bukan merupakan tindakan segera.
  - C. Benar. Episiotomi mediolateral untuk memperlebar jalan lahir karena pada kasus tersebut kemungkinan bayi besar.
  - D. Salah. Bukan merupakan tindakan segera.
  
- 4) Jawaban B
  - A. Salah. Metode Muller digunakan jika bahu sudah berada di pintu bawah panggul.
  - B. Benar. Metode bracht dilakukan segera setelah bokong lahir dengan mencengkram secara bracht.
  - C. Salah. Metode Lovset digunakan jika lengan bayi terjungkit di belakang kepala.
  - D. Salah. Metode Deventer digunakan jika bahu masih tinggi.
  
- 5) Jawaban D
  - A. Salah. Versi luar bukan kewenangan bidan dan bukan indikasi untuk dilakukan versi luar.
  - B. Salah. Bukan indikasi dilakukan SC, karena pembukaan sudah 10 cm.
  - C. Salah. Bukan kewenangan bidan praktik mandiri dan bukan indikasi untuk diberikan induksi oksitosin drip.
  - D. Benar. Tunggu hingga persalinan spontan, karena pembukaan sudah 10 cm.

*Tes 3*

- 1) Jawaban C
  - A. Salah. Bukan diagnosa yang tepat.
  - B. Salah. Bukan diagnosa yang tepat.

- C. Benar. Diagnosa yang tepat.
- D. Salah. Bukan diagnosa yang tepat.

2) Jawaban D

- A. Salah. Bukan tindakan yang tepat.
- B. Salah. Bukan tindakan yang tepat.
- C. Benar. Tindakan yang tepat.
- D. Salah. Bukan tindakan yang tepat.

3) Jawaban C

- A. Salah. Bukan komplikasi yang tepat.
- B. Salah. Bukan komplikasi yang tepat.
- C. Benar. Komplikasi yang mungkin terjadi.
- D. Salah. Bukan komplikasi yang tepat.

4) Jawaban B

- A. Salah. Bukan merupakan faktor predisposisi yang tepat.
- B. Salah. Bukan merupakan faktor predisposisi yang tepat.
- C. Salah. Bukan merupakan faktor predisposisi yang tepat.
- D. Benar. merupakan faktor predisposisi yang tepat.

*Tes 4*

1) Jawaban D

- A. Salah, bukan merupakan tanda dan gejala retensio plasenta.
- B. Salah, bukan merupakan tanda dan gejala inversion uteri.
- C. Salah, bukan merupakan tanda dan gejala sisa plasenta.
- D. Benar, merupakan tanda dan gejala atonia uteri.

2) Jawaban C

- A. Salah, bukan merupakan faktor predisposisi eksternal.
- B. Salah, bukan merupakan faktor predisposisi eksternal.
- C. Benar, merupakan faktor predisposisi eksternal.
- D. Salah, bukan merupakan faktor predisposisi eksternal.

3) Jawaban B

- A. Salah, bukan tindakan yang tepat.
- B. Benar, tindakan bidan selanjutnya.
- C. Salah, bukan tindakan yang tepat.
- D. Salah, bukan tindakan yang tepat.

4) Jawaban A

- A. Benar, merupakan jalur pemberian oksitosin yang tepat.

- B. Salah, bukan merupakan jalur pemberian oksitosin yang tepat.
- C. Salah, bukan merupakan jalur pemberian oksitosin yang tepat.
- D. Salah, bukan merupakan jalur pemberian oksitosin yang tepat

*Tes 5*

1) Jawaban C

- A. Salah. Bukan penilaian yang tepat.
- B. Salah. Bukan penilaian yang tepat.
- C. Benar, merupakan penilaian yang tepat.
- D. Salah. Bukan penilaian yang tepat.

2) Jawaban A

- A. Benar, merupakan deteksi dini yang tepat.
- B. Salah. Bukan merupakan deteksi dini yang tepat.
- C. Salah. Bukan merupakan deteksi dini yang tepat.
- D. Salah. Bukan merupakan deteksi dini yang tepat.

3) Jawaban A

- A. Benar. merupakan manfaat VTP.
- B. Salah. bukan merupakan manfaat VTP.
- C. Salah. bukan merupakan manfaat VTP.
- D. Salah. bukan merupakan manfaat VTP.

4) Jawaban B

- A. Salah. Bukan waktu yang tepat.
- B. Benar, waktu yang tepat.
- C. Salah. Bukan waktu yang tepat.
- D. Salah. Bukan waktu yang tepat.

5) Jawaban C

- A. Salah, bukan tindakan yang tepat.
- B. Salah, bukan tindakan yang tepat.
- C. Benar, tindakan yang tepat.
- D. Salah, bukan tindakan yang tepat.

## Glosarium

Abdomen pendulus	:	Disebut juga perut gantung yaitu abdomen pada ibu hamil yang kendur karena otot dinding abdomen menjadi lemah akibat grandemultipara.
Hidroterapi	:	Sejumlah latihan fisik dengan berendam di dalam air hangat untuk mengurangi nyeri.
Kraniotomi	:	Operasi membuka tulang tengkorak.
Embriotomi	:	Tindakan operasi destruktif janin yang telah meninggal sehingga dapat dilahirkan tanpa menimbulkan trauma pada ibunya.
paralisis pleksus brakhialis (Erb),	:	Kerusakan cabang-cabang C5 – C6 dari pleksus brakialis menyebabkan kelemahan dan kelumpuhan lengan untuk fleksi, abduksi, dan memutar lengan keluar serta hilangnya refleks biseps dan moro. Lengan berada dalam posisi abduksi, putaran ke dalam, lengan bawah dalam pronasi, dan telapak tangan ke dorsal.
Pelvimetri	:	Pengukuran dimensi tulang jalan lahir untuk meentukan apakah bayi dapat dilahirkan pervaginam
Serviks inkompeten	:	Suatu kondisi dimana serviks tidak dapat mempertahankan ketahanan uterus sampai janin viabel

## Daftar Pustaka

- Boyle. 2002. *Emergencies Around Childbirth : A Handbook for Midwives*, Radcliffe Medical Press Ltd.
- Depkes RI. 2007. *Kurikulum dan Panduan : Pembelajaran Praktik Klinik Kebidanan*, Depkes.
- Klein Susan etc. 2004. *A Book for Midwives : Care for Pregnancy, Birth and Women's Health*, The Hesperian Foundation.
- Liu. 2008. *Manual Persalinan (Labour Ward Manual) Edisi 3*. Buku Kedokteran EGC.
- Saifudin. 2002. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. POGI-Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta.
- Star Winifred, etc. 1999. *Ambulatory Obstetrics third edition*. University of California, San Francisco.
- Varney. 2002. *Buku Saku Bidan*. Buku Kedokteran EGC.
- Varney. 2008. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Volume 2*, Buku Kedokteran EGC.