

**MODUL PEMBELAJARAN
PRAKTIKUM**

**ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN DAN
BAYI BARU LAHIR**

TIM PENYUSUN:

Dr. Kurnia Indriyanti Purnama Sari, S.ST., M.Kes



**PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
DIAN HUSADA MOJOKERTO
TAHUN 2025-2026**

PRAKATA

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT atas berkat dan rahmat-Nya sehingga dapat menyelesaikan buku dengan judul "Modul Praktikum Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir". Semoga buku ini dapat bermanfaat untuk para dosen dalam memberikan materi serta arahan guna menyukkseskan Mata Kuliah Asuhan Kebidanan Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir.

Mata Kuliah ini memberikan kemampuan kepada mahasiswa untuk memberikan asuhan kebidanan pada ibu dalam persalinan dan bayi segera setelah lahir dengan pendekatan manajemen kebidanan didasari konsep-konsep, sikap dan keterampilan serta hasil *evidence based*. Modul praktikum ini disusun berdasarkan Pedoman Kurikulum Inti Pendidikan Diploma III Kebidanan Tahun 2018 dan disesuaikan dengan kondisi pandemi *covid-19*, sehingga mengikuti ketentuan protokol kesehatan yang terstandar. Semoga "Modul Praktikum Praktikum Asuhan Kebidanan Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir" ini dapat membantu para dosen selama proses pembelajaran praktikum dan mampu membantu para mahasiswa dalam mencapai standar kompetensi Bidan Indonesia pada Mata Kuliah Praktikum Asuhan Kebidanan Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir. Penulis mengharapkan kritik dan saran guna perbaikan modul ini di masa yang akan datang.

Mojokerto, Mei 2026

Penulis

DAFTAR ISI

PRAKATA.....	iii
DAFTAR ISI.....	V
KETENTUAN PRAKTIKUM.....	ix
BAB I	
DESKRIPSI PRAKTIKUM ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN	
DAN BAYI BARU LAHIR.....	1
A. Deskripsi Praktikum.....	1
B. Tujuan Umum Praktikum.....	1
C. Tujuan Khusus Paktikum.....	1
D. Metode Evaluasi.....	2
BAB II	
ANAMNESA IBU BERSALIN.....	3
A. Tujuan Pembelajaran.....	3
B. Review Materi.....	3
C. Kasus.....	6
D. Daftar Pustaka.....	6
E. Rating Scale Anamnesa Ibu Bersalin.....	7
BAB III	
ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN KALA I.....	9
A. Tujuan Pembelajaran.....	9
B. Review Materi.....	9
C. Kasus.....	23
D. Daftar Pustaka.....	23
E. Rating Scale Pemeriksaan Fisik Ibu Bersalin.....	25
F. Rating Scale Pemeriksaan Dalam (Vagina Toucher).....	27
G. Persiapan Alat, Bahan dan Obat-Obatan untuk Asuhan Persalinan, Nifas dan Bayi Baru Lahir.....	28
BAB IV	

PENGUNAAN PARTOGRAF.....	31
A. Tujuan Pembelajaran.....	31
B. Review Materi.....	31
C. Kasus.....	36
D. Daftar Pustaka.....	37
E. Rating Scale Partograf (Halaman Depan).....	38
BAB V	
ASUHAN PERSALINAN KALA II.....	39
A. Tujuan Pembelajaran.....	39
B. Review Materi.....	39
C. Kasus.....	48
D. Daftar Pustaka.....	48
E. Rating Scale Asuhan Persalinan Normal (58 Langkah).....	49
F. Rating Scale Asuhan Persalinan Normal Kala II.....	55
G. Rating Scale Amniotomi.....	57
H. Rating Scale Episiotomi Mediolateral Dengan Anestesi Lokal.....	59
BAB VI	
ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN KALA III.....	61
A. Tujuan Pembelajaran.....	61
B. Review Materi.....	61
C. Kasus.....	63
D. Daftar Pustaka.....	64
E. Rating Scale Manajemen Aktif Kala III.....	65
BAB VII	
HEATING PERINEUM.....	67
A. Tujuan Pembelajaran.....	67
B. Review Materi.....	67
C. Kasus.....	70
D. Daftar Pustaka.....	70
E. Rating Scale Penjahitan Laserasi Perineum atau Episiotomi Dengan Anestesi.....	71
BAB VIII	

PEMERIKSAAN FISIK BAYI.....	75
A. Tujuan Pembelajaran.....	75
B. Review Materi.....	75
C. Kasus.....	78
D. Daftar Pustaka.....	78
E. Rating Scale Pemeriksaan Fisik Pada Bayi.....	79
SINOPSIS.....	81
BIODATA PENULIS.....	82

KETENTUAN PRAKTIKUM

A. Ketentuan Dosen Pembimbing Praktikum

1. Dosen Pembimbing praktikum memberikan materi keterampilan sesuai jadwal yang telah diberikan.
2. Dosen Pembimbing melakukan koordinasi dengan mahasiswa dan bagian laboratorium 1 hari sebelum praktikum dimulai.
3. Dosen Pembimbing menyiapkan diri 15 menit di laboratorium sebelum praktikum dimulai.
4. Dosen Pembimbing mengadakan apersepsi maupun responsi (*pre test/post test*) pada setiap mahasiswa.
5. Dosen Pembimbing praktikum memberikan demonstrasi keterampilan dan membimbing keterampilan pada setiap mahasiswa.
6. Dosen Pembimbing praktikum memberikan penilaian dari hasil *pre test* dan atau *post test* sesuai jenis keterampilan yang diberikan dan memberikan tanda tangan laporan.
7. Dosen Pembimbing praktikum merekap dan membuat catatan pada jurnal praktikum setiap selesai praktikum.

B. Tugas Mahasiswa

1. Mahasiswa mengisi presensi praktikum yang telah disediakan.
2. Mahasiswa mengikuti praktikum sesuai jadwal yang telah ditentukan.
3. Mahasiswa wajib mengikuti *pre test* dan atau *post test* dalam waktu 10 menit.
4. Mahasiswa mengamati dan melakukan simulasi/ demonstrasi/*role play* materi keterampilan yang diberikan.

5. Mahasiswa membuat laporan praktikum **diketik rapi** pada ukuran kertas **A4, font times new roman 12, margin 4-4-3-3** dan semua laporan praktikum **dikumpulkan satu minggu setelah selesai praktikum, dijilid berwarna hijau.**
6. Mahasiswa memilih dan membuat 1 (satu) video dari jenis keterampilan yang sudah ditentukan dengan perasat sebagai berikut:
 - a. Anamnesa pada ibu bersalin
 - b. Kala II persalinan
 - c. Manajemen aktif kala III
 - d. Episiotomi
 - e. Amniotomi

Video dikumpulkan satu minggu setelah selesai praktikum ke *link* yang diberikan penanggungjawab praktikum.

7. Mahasiswa mengikuti 100% kegiatan praktikum di laboratorium.

C. Tata Tertib Praktikum Sesuai Protokol Kesehatan

1. Menggunakan masker kain 3 (lapis) atau masker sekali pakai/bedah.
2. Menggunakan jas laboratorium.
3. Cuci tangan pakai sabun dengan air mengalir atau menggunakan *hand sanitizer*.
4. Jaga jarak minimal 1,5 meter dan tidak melakukan kontak fisik.
5. Menerapkan etika batuk/bersin .
6. Menerapkan upaya saling peduli, saling menjaga dan melindungi.
7. Tidak berkerumun.

BAB I

DESKRIPSI PRAKTIKUM ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN DAN BAYI BARU LAHIR

A. Deskripsi Praktikum

Praktikum ini merupakan bagian dari mata kuliah Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir. Pada praktikum ini mahasiswa akan belajar mempraktikkan berbagai keterampilan dalam memberikan asuhan kepada bersalin dan bayi baru lahir.

B. Tujuan Umum Praktikum

Mahasiswa mampu melakukan asuhan kebidanan pada ibu bersalin dan bayi baru lahir.

C. Tujuan Khusus Praktikum

Setelah mempelajari modul asuhan kebidanan persalinan dan bayi baru lahir ini, mahasiswa mampu:

1. Melakukan anamnesa pada ibu bersalin.
2. Melakukan asuhan kebidanan persalinan kala I, meliputi: pemeriksaan fisik pada ibu bersalin; pemeriksaan dalam/*vaginal toucher*; dan persiapan alat, bahan dan obat-obatan untuk asuhan persalinan, nifas dan bayi baru lahir.
3. Melakukan pendokumentasian dengan partograf.
4. Melakukan asuhan kebidanan persalinan kala II, meliputi: konseling meneran; asuhan persalinan normal (58 langkah); persalinan kala II; amniotomi; dan episiotomi.
5. Melakukan manajemen aktif kala III.
6. Melakukan penjahitan laserasi perineum atau episiotomi dengan anaestesi lokal

D. Metode Evaluasi

1. Proses (60%)
 - a. Penilaian pretest : 20%
 - b. Penilaian proses praktik : 60%
 - c. Penilaian sikap : 20%
2. Penilaian ujian (OSCE) : 40%

BAB II

ANAMNESA IBU BERSALIN

A. Tujuan Pembelajaran

Mahasiswa dapat melakukan anamnesa pada ibu bersalin.

B. Review Materi

1. Pengkajian

Pengkajian adalah pengumpulan data yang meliputi data S (Subyektif yaitu data yang kita peroleh melalui tanya jawab dengan pasien/klien), sedangkan data O (Obyektif yaitu data yang kita peroleh dari apa yang dilihat dan diperiksa oleh Bidan sewaktu melakukan pemeriksaan, hasil pemeriksaan Laboratorium serta hasil pemeriksaan penunjang lainnya. Adapun data-data yang dapat diidentifikasi adalah:

a. Data S (Subyektif)

Data subyektif adalah informasi yang diperoleh dengan anamnesa terhadap ibu/keluarganya tentang apa yang dirasakan, dan apa yang telah dialaminya. Anamnesa dilakukan untuk mendapatkan data fokus yang dibutuhkan pada kala I adalah: HPHT (hari Pertama Menstruasi Terakhir); mulainya kenceng-kenceng teratur; pengeluaran lendir darah dari kemaluan; kemungkinan ketuban sudah pecah; gerakan janin, serta keluhan-keluhan lain yang dirasakan oleh ibu.

b. Data O (Obyektif)

Data obyektif adalah data yang didapatkan melalui pemeriksaan/pengamatan terhadap ibu atau janin. Kelengkapan dan ketelitian dalam proses pengumpulan data adalah sangat penting.

Data fokus yang dibutuhkan pada persalinan kala I adalah: keadaan umum ibu; tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu dan pernafasan); tanda-tanda persalinan (pengeluaran

lendir darah, pendataran dan pembukaan serviks, kemungkinan ketuban sudah pecah); kondisi janin (letak dan posisi janin, denyut jantung janin/djj, gerakan janin).

c. Assesment/Diagnosa Kebidanan

Pada persalinan kala I normal diagnosa ditegakkan berdasarkan luasnya pembukaan serviks yaitu: 1) Fase Laten: berlangsung selama 8 jam, pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai ukuran 3 cm. Kontraksi mulai teratur tetapi lamanya masih diantara 20-30 detik, Tidak terlalu nyeri. 2) Fase Aktif: pada fase aktif terjadi kontraksi diatas 3 kali dalam 10 menit; lamanya 40 detik atau lebih dan lebih nyeri; pembukaan 4 cm hingga lengkap; penurunan bagian terendah janin.

Fase aktif dibagi dalam 3 fase:

- 1) Fase aktif akselerasi: dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.
- 2) Fase Dilatasi maksimal: dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat yaitu dari 4 cm menjadi 9 cm.
- 3) Fase Deselerasi: Pembukaan menjadi lambat kembali, dalam waktu 2 jam dari pembukaan 9 cm menjadi 10 cm (lengkap) Fase-fase tersebut dijumpai pada primi gravida, sedang pada multi gravida fase laten, fase aktif dan fase deselerasi waktunya terjadi lebih pendek.

Hasil analisa dan intrepretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi untuk menentukan diagnosa/masalah,antisipasi diagnosa lain/masalah potensial:

- 1) Apakah masa in partu normal atau tidak?
- 2) Adakah kegawatan bagi ibu?
- 3) Adakah masalah/penyulit pada ibu?
- 4) Adakah kegawatan bagi bayi?
- 5) Adakah masalah/penyulit pada bayi?
- 6) Adakah kebutuhan segera yang diperlukan?

Diagnosa yang bisa dirumuskan dalam asuhan kebidanan pada ibu bersalin kala I normal adalah sebagai berikut:

G .. P .. A.. , umur ... th , hamil ... mg, kala I fase ...

Janin tunggal, hidup, intra uterin, presentasi kepala, punggung kepala sudah masuk panggul ../5

d. Penatalaksanaan

Dalam menyusun penatalaksanaan adalah menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan dan evaluasi berdasarkan assesment. Penatalaksanaan yang dapat disusun dalam asuhan kebidanan pada ibu bersalin normal kala I sebagai berikut:

1) Persiapan pertolongan

Ruang bersalin dan asuhan bayi baru lahir; perlengkapan, bahan dan obat esensial; rujukan (bila diperlukan); upaya pencegahan infeksi yang diperlukan.

2) Penerapan asuhan sayang ibu

Memberi dukungan fisik, psikologis dan sosial; mengatur posisi yang nyaman dan aman bagi ibu; kebutuhan makanan dan cairan; kebutuhan eliminasi, pengosongan kandung kencing. pengosongan kandung kencing bermanfaat untuk: memfasilitasi kemajuan persalinan; memberi rasa nyaman bagi ibu; mengganggu proses kontraksi; penyulit pada distosia bahu; mencegah terjadinya infeksi akibat trauma atasi iritasi; pengurangan rasa nyeri; keleluasaan untuk mobilisasi, termasuk ke kamar kecil; penerapan prinsip pencegahan infeksi yang sesuai.

3) Konseling posisi meneran dalam persalinan

4) Monitoring

Monitoring pada ibu bersalin kala I menggunakan partograf dengan tujuan agar dapat melaksanakan deteksi dini terhadap penyulit yang mungkin timbul.

C. Kasus

Seorang perempuan berumur 25 tahun datang ke PMB dengan keluhan kenceng-kenceng sejak 2 jam yang lalu, terasa ingin melahirkan.

Lakukan anamnesa pada ibu tersebut!

D. Daftar Pustaka

- Asrinah, *et al.* 2010. *Asuhan Kebidanan Masa Persalinan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Indrayani, D. 2013. *Asuhan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Jakarta: Trans Info Media.
- Jannah, N. 2017. *Konsep Dokumentasi Kebidanan*. Yogyakarta: Ar-ruz Media.
- JPN-PKR. 2018. *Asuhan Persalinan Normal dan Inisiasi Menyusu Dini*. Jakarta.
- Marmi. 2016. *Asuhan Kebidanan pada Masa Intranatal*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Rohani. 2011. *Asuhan Kebidanan pada Masa Persalinan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Sulistyawati, A., Nugraheny, E. 2010. *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin*. Jakarta: Salemba Medika.

RATING SCALE ANAMNESA IBU BERSALIN

NO	BUTIR YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
A	SIKAP DAN PERILAKU			
1	Menyambut pasien dan mengucapkan salam			
2	Memperkenalkan diri dan mempersilakan duduk			
3	Menjelaskan tujuan tindakan yang akan dilaksanakan			
4	Komunikasi dengan ibu/pasien selama melakukan tindakan, ramah, sabar dan teliti, tanggap terhadap keluhan pasien			
B	CONTENT/ ISI			
5	Menanyakan nama, umur dan alamat ibu			
6	Menanyakan gravida dan para			
7	Menanyakan haid pertama haid terakhir			
8	Menanyakan kapan bayi akan lahir (menurut taksiran ibu)			
9	Menanyakan riwayat alergi obat-obatan			
10	Mengkaji ulang/menanyakan riwayat kehamilan sebelumnya Masalah selama persalinan/kelahiran sebelumnya (operasi sesar, tindakan vakum/forsep, induksi, pre eklamsi/eklamsi, perdarahan pasca persalinan) Berat badan bayi lahir paling besar Masalah bayi pada kehamilan/ persalinan sebelumnya			
11	Menanyakan riwayat kesehatan (hipertensi, diabetes, jantung, dll)			
12	Mengkaji ulang/menanyakan masalah-masalah kehamilan sekarang			
13	Menanyakan apa yang dirasakan ibu			
14	Menanyakan mengenai kontraksi: Kapan mulai terasa Frekuensi Durasi Kekuatannya/intensitas			

NO	BUTIR YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
15	Menanyakan mengenai adanya cairan vagina: Perdarahan pervaginam Lendir darah Aliran atau semburan cairan (kapan, warna dan bau)			
16	Menanyakan mengenai gerakan janin			
17	Menanyakan istirahat terakhir			
18	Menanyakan kapan makan dan minum terakhir			
19	Menanyakan BAB dan BAK terakhir			
20	Mendokumentasikan semua temuan			
C	TEKNIK			
21	Menjaga privasi pasien dan kenyamanan pasien			
22	Melaksanakan konseling dengan efektif dan efisien			
JUMLAH NILAI: 44				

BAB III

ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN KALA I

A. Tujuan Pembelajaran

Mahasiswa dapat memberikan asuhan kebidanan persalinan kala I meliputi: pemeriksaan fisik pada ibu bersalin; pemeriksaan dalam/*vaginal toucher*; dan persiapan alat bahan dan obat dalam persalinan.

B. Review Materi

1. Pengertian persalinan

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

- a. Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks, dan janin turun ke jalan lahir.
- b. Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir. Dengan demikian bisa dikatakan bahwa persalinan (*labor*) adalah rangkaian peristiwa mulai dari kenceng-kenceng teratur sampai dikeluarkannya produk konsepsi (janin, plasenta, ketuban, dan cairan ketuban) dari uterus ke dunia luar melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau dengan kekuatan sendiri.
- c. Paritas adalah jumlah janin dengan berat badan lebih dari 500 gram yang pernah dilahirkan, hidup maupun mati, bila berat badan tidak diketahui, maka dipakai umur kehamilan lebih dari 24 minggu.
- d. *Delivery* (kelahiran) adalah peristiwa keluarnya janin termasuk plasenta.

- e. Gravida (kehamilan) adalah jumlah kehamilan termasuk abortus, molahidatidosa dan kehamilan ektopik yang pernah dialami oleh seorang ibu.
- f. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), berlangsung dalam waktu 18-24 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin.
- g. Spontan adalah persalinan terjadi karena dorongan kontraksi uterus dan kekuatan mengejan ibu.

2. Sebab -Sebab Mulainya Persalinan

Hormon-hormon yang dominan pada saat kehamilan yaitu:

- a. Estrogen
Estrogen berfungsi untuk meningkatkan sensitivitas otot rahim dan memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, rangsangan prostaglandin, rangsangan mekanis.
- b. Progesteron
Progesteron berfungsi untuk menurunkan sensitivitas otot rahim, menyulitkan penerimaan rangsangan dari luar seperti oksitosin, rangsangan prostaglandin, rangsangan mekanik, dan menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi. Pada kehamilan, kedua hormon tersebut berada dalam keadaan yang seimbang sehingga kehamilan dapat dipertahankan. Perubahan keseimbangan kedua hormon tersebut menyebabkan oksitosin yang dikeluarkan oleh hipofise pars posterior dapat menimbulkan kontraksi dalam bentuk Braxton Hicks. Dengan demikian dapat dikemukakan beberapa teori yang memungkinkan terjadinya proses persalinan:

1) Teori keregangan

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas waktu tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai.

Keadaan uterus yang terus membesar dan menjadi tegang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus. Hal ini mungkin merupakan faktor yang dapat mengganggu sirkulasi uteroplasenter sehingga plasenta mengalami degenerasi.

2) Teori penurunan progesteron

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

3) Teori oksitosin internal

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

4) Teori prostaglandin

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

5) Teori hipotalamus pituitari dan glandula suprarenalis

Teori ini menunjukkan pada kehamilan dengan *anensefalus* sering terjadi keterlambatan persalinan karena tidak terbentuk hipotalamus. Teori ini dikemukakan oleh Linggin (1973). Malpar tahun 1933 mengangkat otak kelinci percobaan, hasilnya kehamilan kelinci menjadi lebih lama. Pemberian kortikosteroid yang dapat menyebabkan

maturitas janin, induksi persalinan. Dari beberapa percobaan tersebut disimpulkan ada hubungan antara hipotalamus pituitari dengan mulainya persalinan. Glandula suprarenal merupakan pemicu terjadinya persalinan.

6) Teori berkurangnya nutrisi

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

7) Faktor lain

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

Tahapan Persalinan

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

1. Kala I

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

cm; *fase dilatasi maksimal*, yakni dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari pembukaan 4 cm menjadi 9 cm; dan *fase deselerasi*, dimana pembukaan menjadi lambat kembali. Dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi 10 cm.

2. Kala II (Pengeluaran)

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

3. Kala III (Pelepasan Uri)

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

4. Kala IV (Observasi)

Dimulai dari lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum. Observasi yang harus dilakukan pada Kala IV adalah: a) Tingkat kesadaran ibu; b) Pemeriksaan tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi, dan pernapasan; c) Kontraksi uterus; d) Terjadinya perdarahan, Perdarahan dianggap masih normal jika jumlahnya tidak melebihi 500 cc.

Tanda-Tanda Persalinan

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

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

Indikator persalinan sesungguhnya ditandai dengan kemajuan penipisan dan pembukaan serviks.

Tanda-tanda persalinan sudah dekat:

1. Menjelang minggu ke-36, pada primigravida terjadi penurunan fundus uteri karena kepala janin sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan oleh kontraksi *Braxton Hicks*. Sedangkan pada multigravida kepala janin baru masuk pintu atas panggul saat menjelang persalinan.
2. Terjadinya his permulaan. Kontraksi ini terjadi karena perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dan memberikan rangsangan oksitosin. Semakin tua kehamilan, maka pengeluaran estrogen dan progesteron makin berkurang, sehingga oksitosin dapat menimbulkan kontraksi yang lebih sering sebagai his palsu.

Asuhan Persalinan Kala 1

Perubahan fisiologis dan psikologis pada persalinan

Perubahan fisiologis pada persalinan

1. Perubahan Tekanan Darah

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

2. Perubahan metabolisme

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

3. Perubahan suhu badan

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

4. Denyut jantung

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

5. Pernafasan

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

6. Perubahan renal

Polyuri sering terjadi selama persalinan, hal ini disebabkan oleh kardiak output yang meningkat, serta disebabkan karena filtrasi glomerulus serta aliran plasma ke renal. Kandung kemih harus selalu dikontrol (setiap 2 jam) yang bertujuan agar tidak menghambat penurunan bagian terendah janin dan trauma pada kandung kemih serta menghindari retensi uri selama melahirkan.

7. Perubahan gastrointestinal

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

8. Perubahan hematologis

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

9. Kontraksi uterus

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

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

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

11. Perkembangan retraksi ring

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

12. Penarikan serviks

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

13. Pembukaan ostium uteri interna dan ostium uteri eksterna
Pembukaan serviks disebabkan oleh karena membesarnya OUE karena otot yang melingkar di ostium meregang untuk dapat dilewati kepala. Pembukaan uteri tidak saja karena penarikan SAR akan tetapi juga karena tekanan isi uterus yaitu kepala dan kantong amnion. Pada primigravida dimulai dari ostium

uteri internum terbuka lebih dahulu baru ostium eksterna membuka pada saat persalinan terjadi. Sedangkan pada multigravida ostium uteri internum dan eksternum membuka secara bersama-sama pada saat persalinan terjadi.

14. Show

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

15. Tonjolan kantong ketuban

Tonjolan kantong ketuban ini disebabkan oleh adanya regangan SAR yang menyebabkan terlepasnya selaput korion yang menempel pada uterus, dengan adanya tekanan maka akan terlihat kantong yang berisi cairan yang menonjol ke ostium uteri internum yang terbuka. Cairan ini terbagi menjadi dua yaitu *fore water* dan *hind water* yang berfungsi untuk melindungi selaput amnion agar tidak terlepas seluruhnya. Tekanan yang diarahkan ke cairan sama dengan tekanan ke uterus sehingga akan timbul generasi *fluid presur*. Bila selaput ketuban pecah maka cairan tersebut akan keluar, sehingga plasenta akan tertekan 45 dan menyebabkan fungsi plasenta terganggu. Hal ini akan menyebabkan uterus kekurangan oksigen.

16. Pemecahan kantong ketuban

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

Perubahan Psikologi

Pada ibu hamil banyak terjadi perubahan, baik fisik maupun psikologis. Begitu juga pada ibu bersalin, perubahan psikologis pada ibu bersalin wajar terjadi pada setiap orang, namun ia memerlukan bimbingan dari keluarga dan penolong persalinan agar ia dapat

menerima keadaan yang terjadi selama persalinan dan dapat memahaminya sehingga ia dapat beradaptasi terhadap perubahan yang terjadi pada dirinya. Perubahan psikologis selama persalinan perlu diketahui oleh penolong persalinan dalam melaksanakan tugasnya sebagai pendamping atau penolong persalinan.

Perubahan psikologis pada kala satu

Beberapa keadaan dapat terjadi pada ibu dalam persalinan, terutama bagi ibu yang pertama kali melahirkan, perubahan-perubahan yang dimaksud adalah: 1) Perasaan tidak enak. 2) Takut dan ragu-ragu akan persalinan yang akan dihadapi. 3) Ibu dalam menghadapi persalinan sering memikirkan antara lain apakah persalinan akan berjalan normal. 4) Menganggap persalinan sebagai cobaan. 5) Apakah penolong persalinan dapat sabar dan bijaksana dalam menolongnya. 6) Apakah bayinya normal atau tidak. 7) Apakah ia sanggup merawat. Manajemen kala satu

1. Mengidentifikasi masalah

Bidan melakukan identifikasi terhadap permasalahan yang ditemukan.

2. Mengkaji riwayat kesehatan

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

3. Pemeriksaan fisik

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

4. Pemeriksaan janin.

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

5. Menilai data dan membuat diagnosa.

Diagnosa dirumuskan berdasar data yang ditemukan.

6. Menilai kemajuan persalinan.
Kemajuan persalinan dinilai dan pemeriksaan fisik dan *vaginal toucher*.
7. Membuat rencana asuhan kebidanan kala I.

Pemeriksaan Fisik Ibu Bersalin

1. Pengertian: Melakukan pemeriksaan ibu bersalin kala I
2. Indikasi: Ibu bersalin kala I
3. Tujuan: Menilai kesehatan dan kenyamanan fisik ibu dan bayinya
4. Persiapan Pasien:
 - a. Jelaskan pada ibu dan keluarganya tentang apa yang akan dilakukan selama pemeriksaan dan menjelaskan alasannya.
 - b. Anjurkan ibu bertanya dan menjawab pertanyaan yang diajukan sehingga mereka memahami kepentingan pemeriksaan.
5. Persiapan Alat: Fetoskop Pinnards; Wastafel; Lap kering
6. Prosedur Tindakan:
 - a. Cuci tangan sebelum memulai pemeriksaan
 - b. Bersikap lemah lembut dan sopan, menentramkan hati ibu dan mem bantu ibu agar merasa nyaman. Jika ibu tegang atau gelisah, anjurkan untuk menarik nafas perlahan dan dalam.
 - c. Minta ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya. (Jika perlu, periksa jumlah urin, protein dan aseton dalam urin).
 - d. Nilai kesehatan dan keadaan umum ibu, suasana hatinya, tingkat kegelisahan atau nyeri, warna konjungtiva, kebersihan, status nutrisi dan kecukupan air tubuh.
 - e. Nilai tanda-tanda vital ibu (tekanan darah, suhu, nadi dan pernafasan), agar bisa menilai tekanan darah dan nadi ibu dengan akurat, lakukan pemeriksaan di antara dua kontraksi
 - f. Minta ibu berbaring, menempatkan bantal di bawah kepala dan bahu. Minta ibu untuk menekukkan lututnya

g. Lakukan pemeriksaan abdomen

1) Tentukan tinggi fundus uteri

Pastikan tidak terjadi kontraksi. Ukur tinggi fundus uteri dengan menggunakan pita pengukur (menempel pada kulit abdomen) Angka 0 ditepi atas simpisis pubis, merentangkan hingga ke puncak fundus uteri mengikuti aksis atau linea medialis pada abdomen. Jarak antara tepi atas simpisis pubis dan puncak fundus uteri adalah tinggi fundus.

2) Pantau kontraksi uterus

Gunakan jarum detik yang ada pada jam dinding atau jam tangan untuk memantau kontraksi uterus. Letakkan tangan dengan hati-hati diatas uterus dan rasakan jumlah kontraksi yang terjadi dalam kurun waktu 10 menit. Tentukan durasi atau lama setiap kontraksi berlangsung.

3) Pantau denyut jantung janin

Gunakan jarum detik yang ada pada jam dinding atau jam tangan dan sebuah fetoskop Pinnards. Tentukan titik tertentu/punctum maksimum pada dinding abdomen di mana DJJ terdengar paling kuat. Dengarkan denyut jantung janin dengan fetoskop yang di- hantarkan melalui dinding abdomen. Nilai DJJ selama dan segera setelah kontraksi uterus. Mulailah penilaian sebelum atau selama puncak kontraksi/his, dengarkan DJJ selama minimal 60 detik, dengarkan sampai sedikitnya 30 detik setelah kontraksi berakhir. Lakukan penilaian DJJ lebih dari satu kontraksi.

4) Tentukan presentasi

Berdiri disamping ibu, menghadap ke arah kepala. Dengan ibu jari dan jari tengah dari satu tangan pegang bagian terbawah abdomen ibu, tepat diatas simpisis pubis. Bagian terbawah janin atau presentasi

dapat diraba di antara ibu jari dengan jari tengah. Jika bagian terbawah janin belum masuk ke dalam rongga panggul, bagian terbawah masih bisa digerakkan. Jika bagian terbawah janin sudah masuk ke dalam panggul maka bagian tersebut tidak dapat digerakkan lagi. Pertimbangkan bentuk, ukuran dan kepadatan bagian tersebut untuk menentukan kepala atau bokong.

- 5) Menentukan Penurunan bagian terbawah janin
Menilai penurunan kepala janin dengan hitungan per lima bagian kepala janin yang bisa dipalpasi di atas simfisis pubis.
- 6) Melakukan pemeriksaan dalam.

Pemeriksaan Dalam (*Vaginal Toucher*)

1. Pengertian: Pemeriksaan dalam adalah pemeriksaan dengan menggunakan 2 jari masuk ke lubang vagina untuk mengetahui besarnya pembukaan serviks, keadaan selaput ketuban serta bagian terendah janin.
2. Indikasi: Mengkaji perkembangan persalinan; Menetapkan presentasi dan posisi janin; Melakukan pemecahan selaput janin; Memasang *electrode* janin. Mengeluarkan prolaps tali pusat setelah setelah selaput ketuban ruptur spontan dimana bagian terendah janin belum turun ke dasar panggul. Memastikan permulaan kala II terutama untuk kasus dengan presentasi bokong. Memastikan awalnya persalinan. Menentukan apakah pasien sudah sungguh-sungguh inpartu atau belum. Menentukan keadaan yang menjadi pangkal tolak dari rencana pimpinan persalinan. Menentukan ramalan persalinan.
3. Tujuan: Menentukan pembukaan servik dalam cm atau jari; Menentukan turunnya kepala diukur menurut hodge; Mengetahui ketuban: sudah pecah atau belum, menonjol atau tidak.
4. Petugas: Cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan dengan handuk bersih dan kering.

Jelaskan pada ibu setiap langkah yang akan dilakukan selama pemeriksaan. Jaga privacy ibu selama pemeriksaan.

5. Persiapan pasien: Anjurkan untuk berkemih dan membasuh genitalia dengan sabun dan air bersih. Ibu rileks dan tenteram.
6. Persiapan alat: celemek; sarung tangan steril; kapas atau kasa DTT basah; selimut/sarung.
7. Prosedur kerja
 - a. Tutupi badan ibu dengan sarung atau selimut.
 - b. Minta ibu berbaring terlentang dengan lutut ditekuk dan paha dibentangkan.
 - c. Gunakan sarung tangan DTT atau steril.
 - d. Gunakan kapas atau kasa DTT basah, lakukan vulva hygien dengan benar.
 - e. Periksa genitalia eksterna apakah ada luka atau massa (termasuk kondilomata) varikosis vulva atau rectum atau luka parut di perineum.
 - f. Nilai cairan vagina dan tentukan apakah terdapat bercak darah, perdarahan pervaginam atau mekonium.
 - 1) Jika ada perdarahan pervaginam, jangan lakukan PD
 - 2) Jika ketuban pecah lihat warna dan baunya, jika mekonium ditemukan, tentukan kental atau encer dan periksa DJJ
 - Jika encer dan DJJ baik, pantau terus dengan partograf
 - Jika kental nilai DJJ dan segera rujuk
 - Jika bau busuk mungkin ibu infeksi dan segera rujuk
 - g. Buka labia dengan jari manis dan ibu jari tangan, masukkan jari telunjuk dengan hati-hati diikuti jari tengah. Pada saat kedua jari berada di dalam vagina jangan mengeluarkannya sebelum pemeriksaan selesai.

- h. Nilai vagina: lentur atau kaku? (mudah diregangkan atau tidak); ada tumor atau varises; ada luka paru lama?
- i. Nilai penipisan (effacement) dan pembukaan.
- j. Apakah ada penumbungan tali pusat atau bagian kecil dari janin?
- k. Nilai penurunan presentasi janin kedalam rongga panggul.
- l. Jika kepala dapat diraba cari fontanel/ubun-ubun dan sutura sagitalis untuk menilai penyusupan tulang kepala. Dan apakah kepala janin sesuai dengan diameter jalan lahir. Jika pemeriksaan sudah lengkap keluarkan kedua jari dengan hati-hati.
- m. Celupkan tangan ke dalam larutan.
- n. Lepaskan sarung tangan secara terbalik dan rendam ke dalam larutan klorin 0,5 %. selama 10 menit.
- o. Cuci tangan dan segera keringkan dengan handuk bersih dan kering.
- p. Bantu ibu untuk mengambil posisi yang nyaman dan aman.
- q. Jelaskan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga.

C. Kasus

Seorang perempuan berumur 29 tahun, P2A0 datang ke PMB dengan keluhan kenceng-kenceng sejak 2 jam yang lalu, terasa ingin melahirkan.

1. Lakukan pemeriksaan fisik pada ibu bersalin!
2. Lakukan pemeriksaan dalam/*vaginal toucher*!
3. Lakukan persiapan alat bahan dan obat dalam persalinan!

D. Daftar Pustaka

- Asrinah, *et al.* 2010. *Asuhan Kebidanan Masa Persalinan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Indrayani, D. 2013. *Asuhan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Jakarta: Trans Info Media.

- Jannah, N. 2017. *Konsep Dokumentasi Kebidanan*. Yogyakarta: Ar-ruz Media.
- JPN-PKR. 2018. *Asuhan Persalinan Normal dan Inisiasi Menyusu Dini*. Jakarta.
- Marmi. 2016. *Asuhan Kebidanan pada Masa Intranatal*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Rohani. 2011. *Asuhan Kebidanan pada Masa Persalinan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Sulistyawati, A., Nugraheny, E. 2010. *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin*. Jakarta: Salemba Medika.

RATING SCALE PEMERIKSAAN FISIK IBU BERSALIN

NO	BUTIR YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
A	SIKAP DAN PERILAKU			
1	Menjelaskan maksud dan tujuan pemeriksaan			
2	Melakukan komunikasi selama tindakan			
3	Melakukan cuci tangan dan keringkan dengan handuk sebelum dan sesudah tindakan			
4	Menunjukkan sikap ramah dan sopan, menenteramkan hati dan membantu ibu merasa nyaman (meminta tarik nafas perlahan dan dalam jika merasa gelisah/tegang)			
5	Melakukan dekontaminasi alat pasca tindakan			
B	CONTENT/ ISI			
6	Meminta ibu mengosongkan kandung kemih (jika perlu periksa jumlah urin dan adanya protein dan aseton dalam urin)			
7	Mengatur posisi ibu senyaman mungkin			
8	Menilai keadaan umum ibu dan tingkat nyeri kontraksi			
9	Memeriksa tanda-tanda vital: Tekanan darah (lakukan pemeriksaan diantara dua kontraksi) Suhu tubuh Nadi (lakukan pemeriksaan diantara dua kontraksi) Repirasi			
10	Memeriksa adanya edema pada muka			
11	Memeriksa adanya warna kuning pada sklera			
12	Memeriksa pucat pada mata dan mulut			
13	Melakukan pemeriksaan abdomen: Luka bekas operasi Tinggi fundus uteri Leopold untuk posisi janin Penurunan kepala janin Frekuensi, durasi, kekuatan kontraksi			

NO	BUTIR YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
14	Mendengarkan detak jantung janin setelah kontraksi berakhir untuk memastikan DJJ dalam batas nomal (120-160x/menit)			
15	Memeriksa ekstremitas: Reflek patella Edema Varises pada kaki			
16	Memeriksa genetalia luar (inspeksi): Perdarahan Cairan amnion : warna, bau, jumlah Lendir darah Perlukaan Varises Edema Haemoroid			
17	Membersihkan vulva dan perineum, menyeka dengan hati-hati dari muka ke belakang dengan kasa atau kapas yang sudah dibasahi dengan air DTT			
18	Melakukan pemeriksaan dalam meliputi: Pembukaan serviks Penipisan dan konsistensi serviks Penurunan dan posisi bagian presentasi Bagian lain yang menumbung Selaput ketuban Jangan melakukan pemeriksaan dalam jika ibu melaporkan adanya perdarahan vagina atau jika perdarahan jelas pada pemeriksaan inspeksi pada genetalia luar			
19	Mencatat temuan-temuan dengan ibu dan keluarga			
C	TEKNIK			
20	Meletakkan alat secara ergonomis			
21	Menjaga privasi pasien			
22	Melaksanakan tindakan secara sistematis, efektif dan efisien			
JUMLAH NILAI: 44				

RATING SCALE PEMERIKSAAN DALAM (VAGINA TOUCHER)

NO	BUTIR YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
A	SIKAP DAN PERILAKU			
1	Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilaksanakan			
2	Komunikasi dengan ibu/pasien selama melakukan tindakan, tanggap terhadap keluhan pasien			
3	Melakukan cuci tangan dan keringkan dengan handuk sebelum dan sesudah tindakan			
4	Memakai dan melepas sarung tangan steril atau DTT			
5	Melakukan dekontaminasi alat pasca tindakan			
B	CONTENT/ ISI			
6	Mengatur posisi ibu			
7	Melakukan vulva hygiene			
8	Memeriksa genetalia eksterna (perhatikan ada luka atau massa)			
9	Menilai pengeluaran per vaginam			
10	Memisahkan labium mayus dengan jari manis dan ibu jari, kemudian masukkan jari telunjuk diikuti jari tengah			
11	Menilai keadaan vagina (adanya luka parut)			
12	Menilai pembukaan dan penipisan servik			
13	Memastikan tali pusat dan/atau bagian-bagian kecil janin tidak teraba			
14	Menilai penurunan dan menentukan bagian terbawah janin sudah masuk panggul			
15	Menilai keadaan ketuban			
16	Mengeluarkan kedua jari tangan, jika pemeriksaan dalam telah selesai			
C	TEKNIK			
17	Menjaga privasi pasien			
18	Melaksanakan tindakan secara sistematis, efektif dan efisien			
JUMLAH NILAI: 36				

**PERSIAPAN ALAT, BAHAN DAN OBAT-OBATAN UNTUK
ASUHAN PERSALINAN, NIFAS DAN BAYI BARU LAHIR**

NO	ALAT, BAHAN DAN OBAT-OBATAN	TERSEDIA (√)
A	Partus set (di dalam wadah stenlis tertutup)	
1	2 buah klem kelly/koker	
2	1 buah gunting tali pusat	
3	1 buah pengikat tali pusat DTT	
4	1 buah kateter nelaton	
5	1 buah gunting episiotomi	
6	1 buah klem ½ koker/Kelly	
7	2 pasang sarung tangan DTT atau steril	
8	Kain kassa DTT	
9	Kapas basah DTT	
10	Alat suntik sekali pakai	
11	Kateter penghisap lendir	
B	Lain-lain	
12	4 buah kain bersih	
13	3 buah handuk atau kain untuk bayi	
14	Partograf	
15	Alat tulis	
16	Formulir rujukan	
17	Termometer	
18	Pita pengukur	
19	Pinnards, fetoskop atau doppler	
20	Jam tangan	
21	Stetoskop	
22	Tensimeter	
23	Larutan klorin 0,5%	
24	Larutan DTT	
25	APD (celemek, masker, topi, kacamata, alas kaki)	
26	Sabun cuci tangan	

27	Pengalas/perlak tempat tidur	
28	Kantong plastik (untuk tempat sampah)	
29	Baskom larutan klorin dan DTT	
30	Pakaian ibu lengkap	
31	Pakaian bayi lengkap	
32	Waslap	
33	3 buah ember	
34	Bengkok	
35	Tempat plasenta	
36	Resusitasi set	
37	Heating set	
C	Obat-obatan	
38	Uterotonika (oksitosin, ergometin)	
39	Anastesi (lidokain)	
40	Cairan infus (RL, D5%, NaCL)	
41	Infus set	
42	Magnesium sulfat (MgSO ₄)	
43	Sprit	
44	Vitamin K1	
45	Tetes/salep mata	
Jumlah Ketersediaan		

BAB IV

PENGUNAAN PARTOGRAF

A. Tujuan Pembelajaran

Mahasiswa mampu memahami dan membuat pendokumentasian asuhan kebidanan persalinan dan bayi baru lahir menggunakan partograf.

B. Review Materi

1. Pengertian

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

2. Kegunaan

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

3. Bagian-bagian partograf

- a. Kemajuan persalinan, meliputi: pembukaan serviks; turunnya bagian terendah dan kepala janin; kontraksi uterus.
- b. kondisi janin: denyut jantung janin; warna dan volume air ketuban; moulase kepala janin.
- c. Kondisi ibu: tekanan darah, nadi dan suhu badan; volume urine; obat dan cairan.

4. Cara mencatat temuan pada partograf

Observasi dimulai sejak ibu datang, apabila ibu datang masih dalam fase laten, maka hasil observasi ditulis di lembar observasi

bukan pada partograf. Karena partograf dipakai setelah ibu masuk fase aktif yang meliputi:

a. Identifikasi ibu

Lengkapi bagian awal atau bagian atas lembar partograf secara teliti pada saat mulai asuhan persalinan yang meliputi: nama, umur, gravida, para, abortus, nomor rekam medis/nomor klinik, tanggal dan waktu mulai dirawat, waktu pecahnya ketuban.

b. Kondisi janin

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

- Denyut jantung janin

DJJ dinilai setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin). Kisaran normal DJJ terpapar pada partograf diantara garis tebal angka 180 dan 100, nilai normal sekitar 120 s/d 160, apabila ditemukan DJJ dibawah 120 dan diatas 160, maka penolong harus waspada.

- Warna dan adanya air ketuban

Nilai air ketuban setiap kali melakukan pemeriksaan dalam dengan menggunakan lambang sebagai berikut:

U :Jika ketuban Utuh belum pecah.

J :Jika ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih.

M :Jika ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur dengan mekoneum.

D :Jika ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur dengan darah.

K : Jika ketuban sudah pecah dan air ketuban Kering.

- Penyusupan/ moulase kepala janin

Setiap kali melakukan periksa dalam, nilai penyusupan kepala janin dengan menggunakan lambang sebagai berikut:

- 0** :Tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat diraba.
- 1** :Tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan.
- 2** :Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih, tetapi masih dapat dipisahkan.
- 3** :Tulang-tulang kepala janin tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan.

c. Kemajuan persalinan

- Dilatasi serviks

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

- Penurunan bagian terendah janin

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

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

- Obat-obatan dan cairan yang diberikan
Di bawah lajur kotak observasi kontraksi uterus tersedia lajur kotak untuk mencatat obat-obatan dan cairan yang diberikan.
- Kondisi ibu
Bagian akhir pada lembar partograf berkaitan dengan kondisi ibu yang meliputi: Nadi, tekanan darah, temperatur tubuh, urine (volume, aceton, dan protein).

Catatan:

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

No. Register Nama Ibu : Umur : G. P. A.
No. Puskesmas Tanggal : Jam : Alamat :
Ketuban pecah Sejak jam mules sejak jam

<http://ahaidouni3ha.blogspot.com>

C. Kasus

Ibu Desy adalah G1P0A0 berusia 22 tahun. Ia datang ke klinik bersalin bersama keluarganya untuk mendapatkan asuhan dari Bidan Sukma di RT 01/RW 04, Kelurahan Karang Tengah, Kecamatan Waru, Jakarta Selatan pada tanggal 20 September 2009 pukul 13.00. ia mengatakan kepada bidan penolong bahwa ia sudah merasakan adanya kontraksi sejak pukul 05.00. Setelah dilakukan anamnesis secara seksama dan melakukan pemeriksaan fisik. Bidan Sukma menemukan bahwa:

- Kehamilan cukup bulan, presentasi belakang kepala (verteks), dengan penurunan kepala janin 4/5, kontraksi uterus 3 kali dalam 10 menit, setiap kontraksi berlangsung 19 detik, dan DJJ 125 kali/menit.
- Pembukaan serviks 3 cm, tidak ada penyusupan dan selaput ketuban utuh.
- Tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 80, temperature tubuh 36,5 °C.
- Ibu berkemih 200 ml sebelum pemeriksaan dalam, tidak ditemui protein dan aseton dalam urin.

Berdasarkan data yang dikumpulkan pada pukul 13.00, Bidan Sukma membuat diagnosis bahwa Ibu Desy adalah primi gravida, dalam fase laten persalinan dengan DJJ normal, pembukaan serviks 3 cm, 3 kontraksi dalam 10 menit, setiap kontraksinya berlangsung kurang dari 20 detik. Bidan Sukma menentramkan hati Ibu Desy dan menganjurkannya untuk berjalan-jalan ditemani oleh suaminya dan banyak minum. Bidan Ita menuliskan tanggal dan waktu serta mencatat semua temuan dan asuhannya pada catatan kemajuan persalinan.

Bidan Sukma meneruskan untuk memantau DJJ, kontraksi serta nadi dan kontraksi uterus Ibu Desy setiap jam. DJJ, nadi dan kontraksinya tetap normal. Bidan Sukma mengukur produksi urin Ibu Desy setiap kali ia berkemih. Bidan Sukma meneruskan pencatatan temuan-temuannya di catatan kemajuan persalinan. Bidan Sukma terus

memberikan dukungan persalinan dan menentramkan hati Ibu Desy.

Lakukan pencatatan pada partograf bagian depan sesuai kasus di atas!

D. Daftar Pustaka

- Asrinah, *et al.* 2010. *Asuhan Kebidanan Masa Persalinan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Indrayani, D. 2013. *Asuhan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Jakarta: Trans Info Media.
- Jannah, N. 2017. *Konsep Dokumentasi Kebidanan*. Yogyakarta: Ar-ruz Media.
- JPN-PKR. 2018. *Asuhan Persalinan Normal dan Inisiasi Menyusu Dini*. Jakarta.
- Marmi. 2016. *Asuhan Kebidanan pada Masa Intranatal*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Rohani. 2011. *Asuhan Kebidanan pada Masa Persalinan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Sulistyawati, A., Nugraheny, E. 2010. *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin*. Jakarta: Salemba Medika.

RATING SCALE PARTOGRAF (HALAMAN DEPAN)

NO	BUTIR YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
1	Nomor register dan puskesmas			
2	Nama dan umur ibu			
3	Gravida, para, abortus			
4	Tanggal dan waktu mulai dirawat			
5	Waktu pecahnya ketuban			
6	Waktu mulainya kenceng-kenceng			
7	DJJ			
8	Air ketuban			
9	Penyusupan (<i>moulage</i>) kepala janin			
10	Pembukaan serviks			
11	Penurunan bagian terendah janin			
12	Garis waspada dan garis bertindak			
13	Waktu (jam) pemeriksaan			
14	Kontraksi uterus			
15	Oksitosin			
16	Obat dan cairan IV			
17	Nadi			
18	Tekanan darah			
19	Suhu			
20	Volume urin, protein dan aseton			
JUMLAH NILAI: 40				

BAB V

ASUHAN PERSALINAN KALA II

A. Tujuan Pembelajaran

Mahasiswa mampu memberikan asuhan kebidanan pada ibu bersalin pada kala II, meliputi: konseling meneran pada ibu bersalin; pertolongan persalinan normal; amniotomi dan episiotomi.

B. Review Materi

Perubahan Fisiologis Kala II

1. Kontraksi, dorongan otot-otot dinding

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

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

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

- c. Memberikan kesempatan pada jaringan otot-otot uteri untuk beristirahat agar tidak menurunkan fungsinya oleh karena kontraksi yang kuat secara terus menerus.

- d. Memberikan kesempatan pada ibu untuk istirahat, karena rasa sakit selama kontraksi.
- e. Menjaga kesehatan janin karena pada saat kontraksi uterus mengakibatkan kontraksi pembuluh darah plasenta, sehingga bila secara terus menerus berkontraksi, maka akan mengakibatkan hypoksia, anoksia, dan kematian janin.

2. Uterus

Terjadi perbedaan pada bagian uterus:

- a. Segmen atas: bagian yang berkontraksi, bila dilakukan palpasi akan terasa keras saat kontraksi. Segmen bawah: terdiri atas uterus dan serviks, merupakan daerah yang teregang, bersifat pasif. Hal ini mengakibatkan pemendekan segmen bagian bawah uterus.
- b. Batas antara segmen atas dan segmen bawah uterus membentuk lingkaran cincin retraksi fisiologis. Ada keadaan kontraksi uterus inkoordinasi akan membentuk cincin retraksi patologis yang dinamakan bandl.

3. Perubahan Ligamentum Rotundum

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

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

4. Effasment dan dilatasi serviks

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

Mekanisme Persalinan Normal

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

1. Engagment

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

Ada dua macam asinklitismus:

- a. *Asinklistismus posterior* yaitu keadaan bila sutura sagitalis mendekati simpisis dan tulang parietal belakang lebih rendah daripada tulang parietal depan. Terjadi karena tulang parietal depan tertahan oleh symphysis pubis sedangkan tulang parietal

belakang dapat turun dengan mudah karena adanya lengkung sakrum yang luas.

- b. *Asinklistismus anterior* yaitu keadaan bila sutura sagitalis mendekati promontorium dan tulang parietal depan lebih rendah daripada tulang parietal belakang.

- 1) Penurunan Kepala

Dimulai sebelum onset persalinan/inpartu. Penurunan kepala terjadi bersamaan dengan mekanisme lainnya. Kekuatan yang mendukung menurut Cuningham dalam buku Obstetri William yang diterbitkan tahun 1995 dan ilmu kebidanan Varney 2002: tekanan cairan amnion; tekanan langsung fundus pada bokong; kontraksi otot-otot abdomen; ekstensi dan pelurusan badan janin atau tulang belakang janin.

- 2) Fleksi

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

- 3) Rotasi Dalam

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

sedikit yang disebelah depan atas yaitu hiatus genitalis antara musculus levator ani kiri dan kanan.

4) Ekstensi

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

5) Rotasi Luar

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

6) Ekspulsi

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

Tanda gejala kala ii: adanya dorongan mengejan; penonjolan pada perineum; vulva membuka; anus membuka.

Manufer Tangan dan Langkah-Langkah dalam Melahirkan Janin

1. Tujuan manufer tangan adalah untuk mengusahakan proses kelahiran janin yang aman mengurangi resiko trauma persalinan seperti kejadian hematom; mengupayakan seminimal mungkin ibu mengalami trauma persalinan; memberikan rasa aman dan kepercayaan penolong dalam menolong ibu dan janin.
2. Manufer tangan dan langkah-langkah melahirkan janin menurut APN adalah sebagai berikut:
 - a. Melahirkan kepala
Tidak memanipulasi atau tidak melakukan tindakan apapun pada perineum sampai kepala tampak di vulva. Menahan perineum untuk menghindari laserasi perineum pada

saat diameter kepala janin sudah tampak 5-6 cm di vulva. Menahan belakang kepala dengan memberikan tekanan terukur pada belakang kepala dengan cara tiga jari tangan kiri diletakkan pada belakang kepala untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran dan bernafas cepat dan dangkal. Setelah kepala lahir menunggu beberapa saat untuk memberi kesempatan kepada janin agar dapat terjadi putar paksi luar. Mengkaji adanya lilitan tali pusat.

3. Melahirkan bahu janin

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

a. Melahirkan seluruh tubuh janin

Saat bahu posterior lahir, geser tangan bawah ke arah perineum, sanggah kepala janin dengan meletakkan tangan penolong pada bahu. Bila janin punggung kiri, maka ibu jari penolong di dada janin dan keempat jari lainnya di punggung janin. Bila janin punggung kanan, maka ibu jari penolong pada punggung janin, sedangkan keempat jari lain pada dada janin. Tangan di bawah menopang samping lateral janin, di dekat simpisis pubis. Secara simultan, tangan atas menelusuri dan memegang bahu, siku, dan tangan. Telusuri sampai kaki, selipkan jari telunjuk tangan atas di ke-2 kaki. Pegang janin dengan kedua tangan penolong menghadap ke penolong, nilai janin: menangis kuat dan atau bernafas kesulitan, bayi bergerak aktif. Letakkan bayi di atas handuk di atas perut ibu dengan posisi kepala sedikit rendah. Keringkan, rangsang taktil/bayi tertutup handuk.

b. Menolong tali pusat

Pasang klem tali pusat pertama dengan jarak 3 cm dari dinding perut bayi. Tekan tali pusat dengan 2 jari, urut ke

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

Konseling Meneran Pada Ibu Bersalin

1. Beritahukan bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya.
 - Tunggu hingga timbul rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu serta janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan mendokumentasikan semua temuan yang ada.
 - Jelaskan pada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu untuk meneran secara benar.
2. Minta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran. (Bila ada rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu ke posisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman).
3. Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan yang kuat untuk meneran.
 - a. Bimbing ibu agar dapat meneran dengan baik dan benar
 - b. Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai.
 - c. Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama)
 - d. Anjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi
 - e. Anjurkan keluarga untuk memberi dukungan dan semangat untuk ibu

- f. Berikan cukup asupan cairan per-oral (minum)
 - g. Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai.
 - h. Segera rujuk jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah 120 menit (2 jam) meneran (primigravida) atau 60 menit (1 jam) meneran (multigravida)
4. Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok/mengambilposisi yang nyaman, jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit,

Amniotomi

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



Alasan menghindari pemecahan ketuban secara dini:

1. Cairan amnion berfungsi sebagai perisai melindungi bayi dari tekanan kontraksi uterus.
2. Kemungkinan kompresi tali pusat
3. Molase yang meningkat serta kemungkinan kompresi kepala yang tidak merata.
4. Tekanan yang meningkat pada janin mengakibatkan oksigenasi janin yang berkurang.
5. Membran amnion utuh bayi terlindung dari infeksi.
6. Kantung ketuban akan pecah secara spontan.

Keuntungan tindakan amniotomi:

1. Untuk melakukan pengamatan ada tidaknya mekonium.
2. Menentukan punctum maksimum DJJ akan lebih jelas.
3. Mempermudah perekaman pada saat memantau janin.
4. Mempercepat proses persalinan karena mempercepat proses pembukaan serviks.

Kerugian tindakan amniotomi:

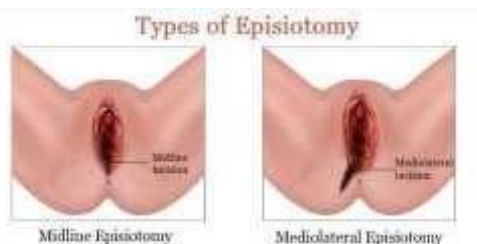
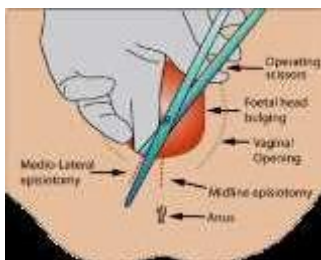
1. Dapat menimbulkan trauma pada kepala jann yang mengakibatkan kecacatan pada tulang kepala akibat dari tekanan deferensial meningkat .
2. Dapat menambah kompresi tali pusat akibat jumlah cairan amniotik berkurang.

Indikasi amniotomi: pembukaan lengkap; pada kasus *solusio placenta*.

Episiotomi

Indikasi episiotomi:

1. Gawat janin. Untuk menolong keselamatan janin, maka persalinan harus segera diakhiri.
2. Persalinan pervaginam dengan penyulit, misalnya presbo, distorsia bahu, akan dilakukan ekstraksi forcep, ekstraksi vacum .
3. Jaringan parut pada perineum ataupun pada vagina.
4. Perineum kaku dan pendek.
5. Adanya ruptur yang membuat pada perineum.
6. Prematur untuk mengurangi tekanan pada kepala janin.



Indikasi:

1. Gawat janin.
2. Penyulit kelahiran pervaginam (sungsang, vacc. ext, cunam, distosia bahu).
3. Penyulit ibu: jaringan parut pada perineum/vagina.

Dilakukan:

1. Saat perineum tipis dan pucat.
2. Kepala crowning 3-4 cm.
3. Pemberian lidokain 1% non epineprin.

C. Kasus

Seorang perempuan berumur 28 tahun, G2P0 akan melahirkan di klinik bersalin dengan keluhan kenceng-kenceng dan terasa ingin BAB. Hasil pemeriksaan: KU baik, dalam persalinan fase aktif, pembukaan 8-9 cm, kepala turun di hodge III, ketuban masih utuh, perineum kaku.

Lakukan persiapan pertolongan persalinan normal!

Lakukan tindakan amniotomi!

Lakukan tindakan episiotomi!

D. Daftar Pustaka

- Asrinah, et al. 2010. *Asuhan Kebidanan Masa Persalinan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Indrayani, D. 2013. *Asuhan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Jakarta: Trans Info Media.
- Jannah, N. 2017. *Konsep Dokumentasi Kebidanan*. Yogyakarta: Ar-ruz Media.
- JPN-PKR. 2018. *Asuhan Persalinan Normal dan Inisiasi Menyusu Dini*. Jakarta.
- Marmi. 2016. *Asuhan Kebidanan pada Masa Intranatal*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Rohani. 2011. *Asuhan Kebidanan pada Masa Persalinan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Sulistyawati, A., Nugraheny, E. 2010. *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin*. Jakarta: Salemba Medika.

**RATING SCALE ASUHAN PERSALINAN NORMAL
(58 LANGKAH)**

NO	BUTIR YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
1	Mendengar dan melihat adanya tanda persalinan kala dua			
2	Memastikan kelengkapan alat pertolongan persalinan termasuk mematahkan ampul oksitosin dan memasukkan alat suntik sekali pakai 2½ ml ke dalam wadah partus set			
3	Memakai celemek plastic			
4	Memastikan lengan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir			
5	Menggunakan sarung tangan DTT pada tangan kanan yang akan digunakan untuk pemeriksaan dalam			
6	Mengambil alat suntik dengan tangan yang bersarung tangan, isi dengan oksitosin dan letakan kembali ke dalam wadah partus set			
7	Membersihkan vulva dan perineum dengan kapas basah dengan gerakan vulva ke perineum			
8	Melakukan pemeriksaan dalam, pastikan pembukaan sudah lengkap dan selaput ketuban sudah pecah.			
9	Mencelupkan tangan kanan yang bersarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, membuka sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%			
10	Memeriksa denyut jantung janin setelah kontraksi uterus selesai, pastikan DJJ dalam batas normal (120-160 x/menit)			
11	Memberi tahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, meminta ibu untuk meneran saat ada his apabila ibu sudah merasa ingin meneran			

NO	BUTIR YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
12	Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran (pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ibu merasa nyaman			
13	Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran			
14	Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit			
15	Meletakan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm			
16	Meletakan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian bawah bokong ibu			
17	Membuka tutup partus set dan memperhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan			
18	Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan			
19	Saat kepala janin terlihat pada vulva dengan diameter 5-6 cm, memasang handuk bersih untuk mengeringkan janin pada perut ibu			
20	Memeriksa adanya lilitan tali pusat pada leher janin			
21	Menunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan			
22	Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparetal. Menganjurkan kepada ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis dan kemudian gerakan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang			
23	Setelah bahu lahir, geser tangan bawah ke arah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang tangan dan siku sebelah atas			

NO	BUTIR YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
24	Setelah badan dan lengan lahir, tangan kiri menyusuri punggung ke arah bokong dan tungkai bawah janin untuk memegang tungkai bawah (selipkan jari telunjuk tangan kiri di antara kedua lutut janin)			
25	Melakukan penilaian selintas a. Apakah bayi menangi kuat dan atau bernapas tanpa kesulitan? b. Apakah bayi bergerak aktif?			
26	Mengeringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Membiarkan bayi atas perut ibu			
27	Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus			
28	Memberitahu ibu bahwa akan disuntik oksitasin agar uterus berkontraksi baik			
29	Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 unit IM (intramaskuler) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikan oksitosin)			
30	Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama			
31	Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut			
32	Mengikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya			
33	Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan memasang topi di kepala bayi			

NO	BUTIR YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
34	Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva			
35	Meletakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat			
36	Setelah uterus berkontraksi, menegangkan tali pusat dengan tangan kanan, sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati kearah doroskrainal. Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan mengulangi prosedur			
37	Melakukan penegangan dan dorongan dorso kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso-kranial)			
38	Setelah plasenta tampak pada vulva, teruskan melahirkan plasenta dengan hati-hati. Bila perlu (terasa ada tahanan), pegang plasenta dengan kedua tangan dan lakukan putaran searah untuk membantu pengeluaran plasenta dan mencegah robeknya selaput ketuban			
39	Segera setelah plasenta lahir, melakukan masase pada fundus uteri dengan menggosok fundus uteri secara sirkuler menggunakan bagian palmar 4 jari tangan kiri hingga kontraksi uterus baik (fundus teraba keras)			
40	Periksa bagian maternal dan bagian fetal plasenta dengan tangan kanan untuk memastikan bahwa seluruh kotiledon dan selaput ketuban sudah lahir lengkap, dan masukan ke dalam kantong plastik yang tersedia			
41	Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Melakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan			

NO	BUTIR YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
42	Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam			
43	Membiarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam			
44	Setelah satu jam, lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik profilaksis, dan vitamin K ₁ 1 mg intramaskuler di paha kiri anterolateral			
45	Setelah satu jam pemberian vitamin K ₁ berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral			
46	Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam			
47	Mengajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi			
48	Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah			
49	Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan			
50	Memeriksa kembali bayi untuk memastikan bahwa bayi bernafas dengan baik			
51	Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah di dekontaminasi			
52	Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai			
53	Membersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Membersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai memakai pakaian bersih dan kering			
54	Memastikan ibu merasa nyaman dan beritahu keluarga untuk membantu apabila ibu ingin minum			

NO	BUTIR YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
55	Dekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5%			
56	Membersihkan sarung tangan di dalam larutan klorin 0,5% melepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%			
57	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir			
58	Melengkapi partograf			
JUMLAH NILAI: 106				

RATING SCALE ASUHAN PERSALINAN NORMAL KALA II

NO	BUTIR YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
A	SIKAP DAN PERILAKU			
1	Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilaksanakan			
2	Komunikasi dengan ibu/pasien selama melakukan tindakan, tanggap terhadap keluhan pasien			
3	Memakai APD (celemek, topi, kacamata, masker, dan sepatu/sandal APN)			
4	Melakukan cuci tangan dan keringkan dengan handuk sebelum dan sesudah tindakan			
5	Memakai dan melepas sarung tangan steril atau DTT			
6	Melakukan dekontaminasi alat pasca tindakan			
B	CONTENT/ ISI			
7	Meletakkan handuk di atas perut ibu			
8	Meletakkan kain bersih (dilipat 1/3 bagian) di bawah bokong ibu			
9	Membuka baki alat partus Memakai sarung tangan DTT			
10	Memimpin ibu mengejan			
11	Menolong kelahiran kepala: Melindungi perineum Menahan kepala untuk mencegah defleksi maksimal Menganjurkan ibu untuk meneran dan bernafas pendek-pendek			
12	Memeriksa lilitan tali pusat			
13	Menunggu kepala putar paksi luar			
14	Meletakkan tangan secara biparietal			
15	Melahirkan bahu depan dan belakang			
16	Melakukan sangga susur			
17	Melakukan penilaian awal pada bayi baru lahir (sambil memposisikan bayi di perut ibu)			

NO	BUTIR YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
17	Melakukan penilaian awal pada bayi baru lahir (sambil memposisikan bayi di perut ibu)			
18	Melakukan asuhan bayi baru lahir sesuai hasil penilaian: Jika penilaian awal baik maka bungkus bayi dengan kain I Jika asfiksia maka lakukan resusitasi			
C	TEKNIK			
19	Meletakkan alat secara ergonomis			
20	Menjaga privasi pasien			
21	Melaksanakan tindakan secara sistematis, efektif dan efisien			
JUMLAH NILAI: 42				

RATING SCALE AMNIOTOMI

NO	BUTIR YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
A	SIKAP DAN PERILAKU			
1	Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilaksanakan			
2	Komunikasi dengan ibu/pasien selama melakukan tindakan, tanggap terhadap keluhan pasien			
3	Memakai APD (celemek, topi, kacamata, masker, dan sepatu/sandal APN)			
4	Melakukan cuci tangan dan keringkan dengan handuk sebelum dan sesudah tindakan			
5	Memakai dan melepas sarung tangan steril atau DTT			
6	Melakukan dekontaminasi alat pasca tindakan			
B	CONTENT/ ISI			
7	Mendengarkan DJJ			
8	Melakukan pemeriksaan dalam di antara kontraksi dan meraba secara hati-hati selaput ketuban untuk memastikan kepala telah masuk panggul dan tidak teraba tali pusat/bagian-bagian janin			
9	Menggunakan tangan yang lain, menempatkan setengah <i>kocher</i> ke dalam vagina dan pandu dengan jari tangan			
10	Memegang ujung klem di antara ujung jari, gerakkan jari dengan lembut dan sobek kulit ketuban sampai pecah. Biarkan air ketuban membasahi jari tangan			
11	Menggunakan tangan yang lain untuk mengambil setengah <i>kocher</i> dan letakkan ke dalam larutan klorin			
12	Tangan yang satu tetap berada di dalam vagina tetap untuk mengetahui penurunan kepala dan memastikan tali pusat/bagian-bagian kecil teraba			
13	Mengeluarkan tangan secara lembut dari dalam vagina (setelah diketahui penurunan kepala dan tidak ada tali pusat/bagian janin lain)			

NO	BUTIR YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
14	Melakukan evaluasi warna ketuban, adakah mekonium atau darah			
15	Memeriksa ulang DJJ			
C	TEKNIK			
16	Meletakkan alat secara ergonomis			
17	Menjaga privasi pasien			
18	Melaksanakan tindakan secara sistematis, efektif dan efisien			
JUMLAH NILAI: 36				

RATING SCALE EPISIOTOMI MEDIOLATERAL DENGAN ANESTESI LOKAL

NO	BUTIR YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
A	SIKAP DAN PERILAKU			
1	Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilaksanakan			
2	Komunikasi dengan ibu/pasien selama melakukan tindakan, tanggap terhadap keluhan pasien			
3	Memakai APD (celemek, topi, kacamata, masker, dan sepatu/sandal APN)			
4	Melakukan cuci tangan dan keringkan dengan handuk sebelum dan sesudah tindakan			
5	Memakai dan melepas sarung tangan steril atau DTT			
6	Melakukan dekontaminasi alat pasca tindakan			
B	CONTENT/ ISI			
7	Mematahkan ampul lidokain dan membuka spuit			
8	Menghisap dan memasukkan 10 ml larutan lidokain ke dalam spuit			
9	Membersihkan vulva			
10	Meletakkan dua jari ke dalam vagina di antara kepala bayi dan perineum			
11	Memasukkan jarum di tengah <i>fourchette</i> dan arahkan jarum sepanjang tempat yang akan di episiotomi			
12	Melakukan aspirasi dan tarik jarum perlahan sambil menyuntikkan maksimum 10 ml lidokain			
13	Memastikan efektivitas anastesi pada daerah suntikan			
14	Memasukkan dua jari ke dalam vagina di antara kepala bayi dan perineum, renggangkan dan beri sedikit tekanan lembut			
15	Meletakkan gunting di tengah-tengah <i>fourchette</i> posterior dan arahkan ke mediolateral (episiotomi dilakukan saat perineum menipis, pucat dan kepala bayi terlihat 3-4 cm pada saat kontraksi)			

NO	BUTIR YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
16	Menggunting perineum 3-4 cm dengan arah mediolateral sekali gunting			
17	Jika kepala belum lahir, lakukan tekanan pada episiotomi dengan kasa steril untuk mengurangi perdarahan			
C	TEKNIK			
18	Meletakkan alat secara ergonomis			
19	Menjaga privasi pasien			
20	Melaksanakan tindakan secara sistematis, efektif dan efisien			
JUMLAH NILAI: 40				

BAB VI

ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN KALA III

A. Tujuan Pembelajaran

Mahasiswa mampu memberikan asuhan kebidanan persalinan manajemen aktif kala III.

B. Review Materi

1. Fisiologi

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

2. Pelepasan plasenta

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

3. Macam pelepasan plasenta

Mekanisme Schultz: pelepasan placenta yang dimulai dari sentral/bagian tengah sehingga terjadi bekuan retroplasenta. Cara pelepasan ini paling sering terjadi. Tanda pelepasan dari tengah ini mengakibatkan perdarahan tidak terjadi sebelum plasenta lahir. Perdarahan banyak terjadi segera setelah plasenta lahir.

Mekanisme Duncan: terjadi pelepasan plasenta dari pinggir atau bersamaan dari pinggir dan tengah plasenta. Hal ini mengakibatkan terjadi semburan darah sebelum plasenta lahir.

4. Tanda-tanda pelepasan plasenta

- a. Perubahan bentuk uterus. Bentuk uterus yang semula discoid akibat dari kontraksi uterus.
- b. Semburan darah tiba-tiba.
- c. Tali pusat memanjang.
- d. Perubahan posisi uterus. Setelah plasenta lepas dan menempati segmen bawah rahim, maka uterus muncul pada rongga abdomen.

5. Pengeluaran plasenta

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

6. Pemeriksaan pelepasan plasenta

Dengan cara Kustner: tali pusat diregangkan dengan kanan, tangan kiri menekan atas symphysis. Penilaian: tali pusat masuk berarti belum lepas; tali pusat bertambah panjang atau tidak masuk berarti lepas.

7. Pengawasan perdarahan

Selama hamil aliran darah ke uterus 500-800 ml/menit. Uterus tidak berkontraksi dapat menyebabkan kehilangan darah sebanyak 350-500 ml. Kontraksi uterus akan menekan pembuluh darah uterus diantara anyaman miometrium.

8. Manajemen Aktif Kala III

Syarat janin tunggal /memastikan tidak ada lagi janin di uterus. Tujuan untuk membuat kontraksi uterus efektif. Keuntungan: lama kala III lebih singkat; jumlah perdarahan berkurang sehingga dapat mencegah perdarahan post partum; menurunkan kejadian retention plasenta.

9. Manajemen aktif kala III

- a. Pemberian oksitosin.
- b. Penegangan tali pusat terkendali.
- c. Masase fundus uteri.

- 1) Tindakan yang keliru dalam pelaksanaan manajemen aktif kala III: Melakukan masase fundus uteri pada saat plasenta belum lahir.
- 2) Mengeluarkan plasenta, padahal plasenta belum semuanya lepas.
- 3) Kurang kompeten dalam mengevaluasi pelepasan plasenta.
- 4) Rutinitas kateterisasi.
- 5) Tidak sabar menunggu saat terlepasnya plasenta.
- 6) Kesalahan tindakan manajemen aktif kala III:
- 7) Terjadi inversion uteri. Pada saat melakukan penegangan tali pusat terkendali terlalu kuat sehingga uterus tertarik keluar dan berbalik.
- 8) Tali pusat terputus. Terlalu kuat dalam penarikan tali pusat sedangkan plasenta belum lepas.
- 9) Syok.

Pemeriksaan plasenta meliputi:

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

C. Kasus

Seorang perempuan umur 21 tahun, telah melahirkan anak kedua $\frac{1}{2}$ jam yang lalu di poskesdes dengan keluhan perut mules dan nyeri pada jalan lahir. Hasil pemeriksaan: bayi laki-laki spontan langsung menangis kuat, kontraksi keras, TFU sepusat, perdarahan 50 cc, tampak tanda pelepasan plasenta.

Lakukan manajemen aktif Kala III!

D. Daftar Pustaka

- Asrinah, *et al.* 2010. *Asuhan Kebidanan Masa Persalinan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Indrayani, D. 2013. *Asuhan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Jakarta: Trans Info Media.
- Jannah, N. 2017. *Konsep Dokumentasi Kebidanan*. Yogyakarta: Ar-ruz Media.
- JPN-PKR. 2018. *Asuhan Persalinan Normal dan Inisiasi Menyusu Dini*. Jakarta.
- Marmi. 2016. *Asuhan Kebidanan pada Masa Intranatal*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Rohani. 2011. *Asuhan Kebidanan pada Masa Persalinan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Sulistyawati, A., Nugraheny, E. 2010. *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin*. Jakarta: Salemba Medika.

RATING SCALE MANAJEMEN AKTIF KALA III

NO	BUTIR YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
A	SIKAP DAN PERILAKU			
1	Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilaksanakan			
2	Komunikasi dengan ibu/pasien selama melakukan tindakan, tanggap terhadap keluhan pasien			
3	Memakai APD (celemek, topi, kacamata, masker, dan sepatu/ sandal APN)			
4	Melakukan cuci tangan dan keringkan dengan handuk sebelum dan sesudah tindakan			
5	Memakai dan melepas sarung tangan steril atau DTT			
6	Melakukan dekontaminasi alat pasca tindakan			
B	CONTENT/ ISI			
7	Memastikan janin tunggal atau ada janin kedua			
8	Memberitahu ibu bahwa akan ia disuntik oksitosin 10 IU IM, menyuntikkan oksitosin 10 IU IM			
9	Memberikan asuhan bayi baru lahir normal: a. Menjepit, memotong dan mengikat tali pusat b. Mengeringkan bayi, mengganti dengan kain II c. Membantu IMD			
10	Memindahkan klem pada tali pusat sekitar 5-10 cm dari vulva			
11	Meletakkan tangan kiri di atas simpisis pubis dan memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain			
12	Melakukan penegangan tali pusat terkendali saat ada kontraksi uterus a. Sambil melakukan dorongan dorso kranial di atas simpisis b. Mengamati tanda pelepasan plasenta			

NO	BUTIR YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
13	Setelah plasenta terlepas: a. Meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke arah atas mengikuti kurve jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus b. Jika tali pusat bertambah panjang pindahkan klem hingga berjarak 5-10 cm dari vulva			
14	Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan dengan melahirkan plasenta a. Dilakukan dengan menggunakan kedua tangan b. Memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpinil c. Dengan lembut dan perlahan melahirkan selaput ketuban			
15	Setelah plasenta dan selaput ketuban lahir melakukan masage uterus (<i>meletakkan telapak tangan di fundus dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi/fundus menjadi keras</i>)			
C	TEKNIK			
16	Meletakkan alat secara ergonomis			
17	Menjaga privasi pasien			
18	Melaksanakan tindakan secara sistematis, efektif dan efisien			
JUMLAH NILAI: 36				

BAB VII

HEATING PERINEUM

A. Tujuan Pembelajaran

Mahasiswa mampu melakukan heating perenium pada ibu bersalin.

B. Review Materi

1. Prinsip dasar

a) Kewenangan Bidan pada derajat I dan II. b) Robekan sembuh dalam 2 minggu. c) Jahit segera setelah persalinan. d) Jahit kuat tapi jangan terlalu kencang. e) Tutup ruang rugi dan hemostasis baik. f) Kateter 24 jam. g) Periksa dan hitung alat.

2. Penjahitan robekan stadium I dan II

a) Jahit ke dinding vagina. b) Jahit ke otot perineum. c) Jahit ke kulit. Robekan perineum tingkat II merupakan robekan mengenai selaput lendir vagina dan otot *perinei transversalis*, tetapi tidak mengenai otot *sphincter ani*. Penatalaksanaan pada kasus robekan perineum harus disesuaikan dengan kewenangan dalam memberikan asuhan. Kewenangan bidan dalam penjahitan luka ruptur perineum hanya pada derajat satu dan dua, sedangkan untuk derajat ketiga atau keempat sebaiknya bidan melakukan kolaborasi atau rujukan ke rumah sakit, karena ruptur ini memerlukan teknik dan prosedur khusus.

Penjahitan yang efektif membutuhkan pengetahuan anatomi dan pemahaman tehnik penjahitan. Perineum terletak antara vagina dan rectum, panjang kira-kira 3-4 cm, terutama dibentuk oleh otot *bulbocavernosus* dan *transversus perinei*, sedangkan serabut otot *puborektalis* dan *sphincter ani eksterna* merupakan struktur tambahan pada perineum.

3. Tujuan Penjahitan

Tujuan prosedur penjahitan robekan perineum adalah menghentikan perdarahan dari luka dan mendekatkan jaringan sehingga proses penyembuhan luka dapat berlangsung dengan baik.

4. Metode Penjahitan

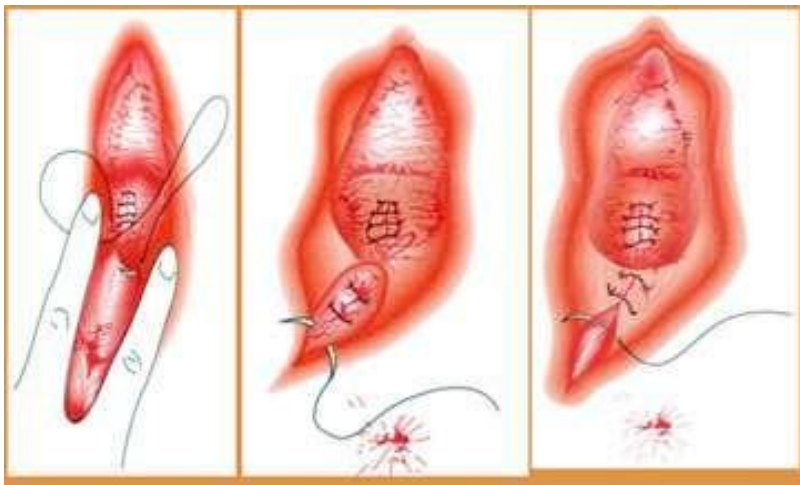
Penjahitan	Teknik Konvensional	Teknik Jahitan Kontinu
Vagina	Kontinu, locking	Kontinu non locking
Otot perineum	Interruptus/ jelujur kontinu	Kontinu non locking
Kulit	Interruptus transkutan/ kontinu subkutan	Jahitan subkutikular

Jahitan kontinu atau jelujur memberikan hemostasis lebih baik. Pada bagian kulit lebih baik menggunakan jahitan kontinu berupa jahitan subkutikuler untuk mengurangi ketidaknyamanan pada ibu. Penjahitan robekan perineum juga harus memperhatikan cara membuat simpul. *Reef knot* merupakan simpul dasar dan harus dikuasai dengan benar. Dengan menggunakan instrumen pada simpul pertama harus ditarik berlawanan arah dengan arah datangnya benang, setelah simpul pertama kedua tangan harus menyilang untuk membentuk simpul kedua. Jumlah simpul untuk benang biasa adalah tiga kali. Gerakan simpul ke 1 harus sama dengan 3,5,7 dan seterusnya dan gerakan simpul ke 2 harus sama dengan 4,6,8 dan seterusnya.

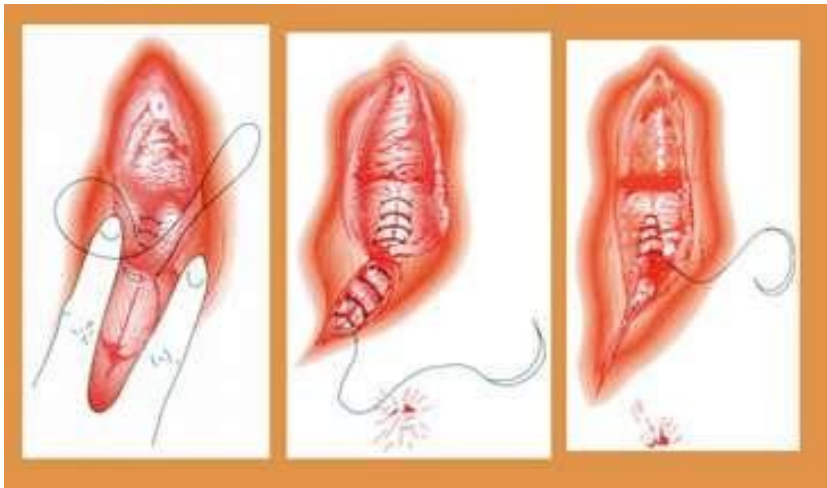
Prosedur penjahitan perineum tingkat II harus memperhatikan kenyamanan ibu dengan memberikan anestesi lokal berupa penyuntikan lidokain 1% sebelum penjahitan. Hal tersebut dilakukan agar bidan tetap memperhatikan asuhan sayang ibu. Benang jahit yang direkomendasikan adalah jenis *polyglycolic acid*. Benang tersebut termasuk benang sintesis yang dapat diserap, reaksi jaringan yang ditimbulkan oleh penggunaan benang tersebut adalah minimal dan

mempertahankan ketegangan jaringan yang cukup baik, mampu mempertahankan ketegangan jaringan 60 s/d 65% pada 2 minggu pertama, menurun secara bertahap akibat proses hidrolisis. Diserap minimal sampai pada hari ke 30 s/d 40, dan absorpsi komplit pada hari ke 90 s/d 120. Benang alami yang dapat diserap seperti *chromic* atau *plain catgut*.

Keuntungan dari *catgut* adalah suatu benang yang dapat mempertahankan jahitan pada jaringan yang cukup baik dan mudah digunakan, hanya mempunyai beberapa kelemahan antara lain reaksi inflamasi pada jaringan cukup besar, timbulnya *scar* pada daerah jahitan akibat reaksi terhadap protein asing dan cepatnya kehilangan kemampuan mempertahankan keregangan jaringan, terutama ketika jaringan terinfeksi. *Tensile strength* pada benang *plain catgut* bertahan kira-kira 7 – 10 hari, dan benang difagositosis lengkap pada 70 hari. Sedang pada *chromic catgut tensile strength* bertahan 14 – 28 hari, dan diabsorpsi dalam 90 hari.



Gambar 1. Metode Konvensional



Gambar 2 Metode Non Locking

C. Kasus

Seorang perempuan, usia 24 tahun melahirkan tepat pada pukul 09.00 WITA. 20 menit kemudian lahirlah plasenta. Hasil pemeriksaan pada perineum terdapat laserasi jalan lahir derajat I.

Lakukan penjahitan perineum!

D. Daftar Pustaka

- Fatimah, S., Widhi, E., Tajmuati, A. 2016. *Modul Bahan Ajar Cetak. Praktik Klinik Kebidanan III*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- JPN-PKR. 2018. *Asuhan Persalinan Normal dan Inisiasi Menyusu Dini*. Jakarta.
- Marmi. 2016. *Asuhan Kebidanan pada Masa Intranatal*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Sulistyawati, A. Nugraheny, E. 2010. *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin*. Jakarta: Salemba Medika.

**RATING SCALE PENJAHITAN LASERASI PERINEUM ATAU
EPISIOTOMI DENGAN ANESTESI**

NO	BUTIR YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
A	SIKAP DAN PERILAKU			
1	Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilaksanakan			
2	Komunikasi dengan ibu/pasien selama melakukan tindakan, tanggap terhadap keluhan pasien			
3	Memakai APD (celemek, topi, kacamata, masker, dan sepatu/ sandal APN)			
4	Melakukan cuci tangan dan keringkan dengan handuk sebelum dan sesudah tindakan			
5	Memakai dan melepas sarung tangan steril atau DTT			
6	Melakukan dekontaminasi alat pasca tindakan			
B	CONTENT/ ISI			
7	Mengatur posisi ibu			
8	Menempatkan handuk atau kain bersih di bawah bokong ibu			
9	Menempatkan lampu sorot sedemikian rupa sehingga perineum terlihat jelas			
10	Membersihkan vulva, vagina dan perineum dari darah dan bekuan darah sambil menilai dalam dan luasnya luka			
11	Memeriksa robekan jalan lahir atau luka episiotomi secara lengkap. Masukkan jari ke dalam anus dengan hati-hati dan angkat jari perlahan untuk mengidentifikasi sfingter ani.			
12	Menghisap dan memasukkan 10 ml larutan lidokain ke dalam spuit			
13	Menusukkan jarum ke ujung atau pojok laserasi atau sayatan, tarik jarum sepanjang tepi luka			
14	Melakukan aspirasi dan pindahkan posisi jarum kemudian suntikkan kembali			

NO	BUTIR YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
15	Menyuntikkan anastesi secara sejajar dengan permukaan luka, tarik perlahan-lahan hingga ke titik penusukan			
16	Mengarahkan kembali jarum ke daerah di atas tengah luka			
17	Memastikan efektivitas anastesi pada daerah suntikan			
18	Telusuri dengan hati-hati menggunakan 1 jari untuk secara jelas menentukan batas-batas luka. Nilai kedalaman luka dan lapisan jaringan mana yang terluka. Dekatkan tepi laserasi untuk menentukan bagaimana cara menjahitnya menjadi 1 dengan mudah			
19	Buat jahitan pertama kurang lebih 1 cm di atas ujung laserasi di bagian dalam vagina. Setelah membuat tusukan pertama, buat ikatan dan potong pendek benang yang lebih pendek dari ikatan			
20	Tutup mukosa vagina dengan jahitan jelujur, jahit ke bawah ke arah cincin himen			
21	Tepat sebelum cincin himen, masukkan jarum ke dalam mukosa vagina lalu ke bawah cincin himen sampai jarum ada di bawah laserasi. Periksa bagian antara jarum di perineum dan bagian atas laserasi. Perhatikan seberapa dekat jarum ke puncak luka			
22	Teruskan ke arah bawah tepi tetap pada luka, menggunakan jahitan jelujur, hingga mencapai bagian bawah laserasi. Pastikan bahwa jarak setiap jahitan sama dan otot yang terluka telah dijahit. Jika laserasi meluas ke dalam otot, mungkin perlu untuk melakukan 1 atau 2 lapis jahitan terputus-putus untuk menghentikan perdarahan dan/atau mendekatkan jaringan tubuh secara efektif			

NO	BUTIR YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
22	Teruskan ke arah bawah tepi tetap pada luka, menggunakan jahitan jelujur, hingga mencapai bagian bawah laserasi. Pastikan bahwa jarak setiap jahitan sama dan otot yang terluka telah dijahit. Jika laserasi meluas ke dalam otot, mungkin perlu untuk melakukan 1 atau 2 lapis jahitan terputus-putus untuk menghentikan perdarahan dan/atau mendekatkan jaringan tubuh secara efektif			
23	Setelah mencapai ujung laserasi, arahkan jarum ke atas dan teruskan penjahitan, menggunakan jahitan jelujur untuk menutup lapisan subkutuler. Jahitan ini akan menjadi jahitan lapis kedua. Periksa lubang bekas jarum tetap terbuka berukuran 0,5 cm atau kurang. Luka ini menutup dengan sendirinya pada saat penyembuhan luka			
24	Tusukkan jarum dari robekan ke dalam vagina. Jarum harus keluar dari belakang cincin himen			
25	Ikat benang dengan membuat simpul ke dalam vagina. Potong ujung benang dan sisakan sekitar 1,5 cm. jika ujung benang dipotong terlalu pendek, simpul akan longgar dan laserasi akan membuka			
26	Ulangi pemeriksaan vagina dengan lembut untuk memastikan bahwa tidak ada kasa/peralatan yang tertinggal di dalam			
27	Dengan lembut masukkan jari paling kecil ke anus. Raba apakah ada jahitan pada rektum. Pastikan tidak ada jahitan pada rektum			
28	Cuci daerah genital dengan lembut dengan sabun dan air DTT, kemudian keringkan. Bantu ibu mencari posisi yang nyaman			
29	Memberikan nasehat pada ibu tentang perawatan luka jahitan			
C	TEKNIK			
30	Meletakkan alat secara ergonomis			

NO	BUTIR YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
31	Menjaga privasi pasien			
32	Melaksanakan tindakan secara sistematis, efektif dan efisien			
JUMLAH NILAI: 64				

BAB VIII

PEMERIKSAAN FISIK BAYI

A. Tujuan Pembelajaran

Mahasiswa mampu memberikan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir meliputi: pemeriksaan fisik bayi; pemberian vitamin K.

B. Review Materi

Pemeriksaan Fisik Bayi

Pemeriksaan fisik bayi baru lahir harus dilakukan di hari pertama usai dilahirkan. Adapun pemeriksaan ini meliputi: pemeriksaan tanda vital termasuk suhu tubuh, detak jantung, dan pernapasan bayi, panjang dan berat badan, serta pemeriksaan spesifik organ vital tubuh. Pemeriksaan fisik bayi baru lahir meliputi:

1. Pemeriksaan apgar: pemeriksaan apgar meliputi pemeriksaan warna kulit bayi, detak jantung bayi, refleks bayi baru lahir, kekuatan otot, dan pernapasan bayi. Jika nilai pemeriksaan apgar bayi baru lahir lebih dari 7, maka bayi dapat dianggap sehat. Namun jika nilai apgar bayi rendah, maka kemungkinan bayi memiliki masalah kesehatan tertentu.
2. Pemeriksaan gestasional, lingkaran kepala, dan berat badan pemeriksaan gestasional untuk mengetahui usia kelahiran, apakah bayi terlahir prematur atau sesuai usia normal ditentukan dengan penilaian *new ballard score*. Dokter atau bidan akan menimbang berat badan si kecil dan mengukur panjang tubuh serta lingkaran kepala bayi. Semua pengukuran ini akan dibandingkan dengan grafik untuk memastikan bahwa bayi normal.
3. Pemeriksaan kepala dan leher: pemeriksaan fisik bayi baru lahir termasuk pemeriksaan kepala dan leher. Dokter akan mengecek bentuk kepala bayi, leher, mata hidung, dan telinga untuk melihat apakah terdapat kelainan bentuk kepala dan leher bayi.

4. Pemeriksaan mulut: pemeriksaan mulut meliputi pemeriksaan gusi dan langit-langit mulut. Pemeriksaan ini penting untuk mendeteksi kelainan seperti bibir sumbing.
5. Pemeriksaan jantung dan paru :pemeriksaan fisik bayi baru lahir di bagian jantung meliputi pemeriksaan detak dan suara jantung menggunakan denyut jantung normal bayi yang baru lahir berkisar antara 120 sampai 160 denyut per menit. Suara atau bunyi jantung yang tidak normal bisa mengindikasikan adanya masalah pada struktur jantung. Pemeriksaan ini bertujuan untuk mendeteksi apakah bayi baru lahir memiliki penyakit jantung.dalam pemeriksaan paru, dokter akan memeriksa laju pernapasan, pola pernapasan, dan mengevaluasi fungsi pernapasan bayi. Dalam pemeriksaan ini, dokter juga akan melihat apakah bayi mengalami tanda-tanda gangguan pernapasan, seperti pernapasan cepat atau tidak teratur, mendengus saat bernapas, atau warna kebiruan pada bibir, gusi, dan selaput lendir bayi.
6. Pemeriksaan perut dan kelamin. Pemeriksaan perut bayi meliputi bentuk, lingkaran perut, dan pemeriksaan organ-organ di dalam perut seperti hati, usus, dan lambung bayi. Pemeriksaan tali pusat bayi juga termasuk dalam pemeriksaan fisik ini.pemeriksaan organ kelamin adalah bagian dari pemeriksaan fisik rutin bayi baru lahir, pada bayi laki-laki, dokter akan mengevaluasi apakah testis terdapat di dalam kantong zakar. Pada bayi perempuan, dokter akan memeriksa bentuk labia, dan cairan yang keluar dari vagina bayi.
7. Pemeriksaan tulang belakang: pemeriksaan ini bertujuan untuk mengetahui apakah bayi anda memiliki kelainan seperti spina bifida atau cacat tabung saraf.
8. Pemeriksaan tangan dan kaki : dokter akan memeriksa denyut nadi di setiap lengan, memastikan masing-masing tangan dan kaki memiliki ukuran yang sama berikut jumlah jari-jari pada anggota gerak tubuh tersebut

Pemberian Vitamin K1

Vitamin K adalah vitamin yang larut dalam lemak, merupakan suatu *naftokuinon* yang berperan dalam modifikasi dan aktivasi beberapa protein yang berperan dalam pembekuan darah, seperti: faktor II, VII, IX, X dan *antikoagulan* protein C dan S, serta beberapa protein lain seperti protein Z dan M yang belum banyak diketahui peranannya dalam pembekuan darah. Ada tiga bentuk vitamin K yang diketahui yaitu:

- Vitamin K1 (*phytomenadione*), terdapat pada sayuran hijau. Sediaan yang ada saat ini adalah *cremophor* dan vitamin K *mixed micelles* (KMM).
- Vitamin K2 (*menaquinone*) disintesis oleh flora usus normal seperti: *Bacteriodes fragilis* dan beberapa Strain E. Coli.
- Vitamin K3 (*menadione*) yang sering dipakai sekarang merupakan vitamin K sintetik tetapi jarang diberikan lagi pada neonatus karena dilaporkan dapat menyebabkan anemia hemolitik.

Secara fisiologis kadar faktor koagulasi yang tergantung vitamin K dalam tali pusat sekitar 50% dan akan menurun dengan cepat mencapai titik terendah dalam 48-72 jam setelah kelahiran. Kemudian kadar faktor ini akan bertambah secara perlahan selama beberapa minggu tetap berada dibawah kadar orang dewasa. Peningkatan ini disebabkan oleh absorpsi vitamin K dari makanan. Sedangkan bayi baru lahir relatif kekurangan vitamin K karena berbagai alasan, antara lain karena simpanan vitamin K yang rendah pada waktu lahir, sedikitnya transfer vitamin K melalui plasenta, rendahnya kadar vitamin K pada ASI dan sterilitas saluran cerna.

Sediaan vitamin K yang ada di Indonesia adalah vitamin K3 (*menadione*) dan vitamin K1 (*phytomenadione*). Yang direkomendasikan oleh berbagai negara di dunia adalah vitamin K1. Hasil kajian HTA tentang pemberian profilaksis dengan vitamin K adalah vitamin K1 .

C. Kasus

Seorang perempuan umur 30 tahun, P1A0 melahirkan bayi perempuan di klinik bersalin satu jam yang lalu. Bayi lahir spontan langsung menangis.

Lakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir!

D. Daftar Pustaka

- JPN-PKR. 2018. *Asuhan Persalinan Normal dan Inisiasi Menyusu Dini*. Jakarta.
- Marmi. 2016. *Asuhan Kebidanan pada Masa Intranatal*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Sulistyawati, A. Nugraheny, E. 2010. *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin*. Jakarta: Salemba Medika.

RATING SCALE PEMERIKSAAN FISIK PADA BAYI

NO	LANGKAH	Nilai		
		0	1	2
1.	Memberitahu dan menjelaskan pada pasien tindakan yang akan dilakukan			
2.	Melakukan anamnesa riwayat dari ibu			
3.	Menyiapkan alat dan bahan secara ergonomis			
4.	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, keringkan dengan handuk bersih			
5.	Menjaga suhu tubuh bayi dan lingkungan dalam keadaan hangat			
6.	Meletakkan bayi pada tempat yang rata/tempat tidur			
7.	Melakukan penimbangan BB bayi			
8.	Melakukan pengukuran panjang			
9.	Mengukur lingkar kepala, dilakukan dari dahi melingkari kepala kembali ke dahi lagi			
10.	Mengukur lingkar dada			
11.	Melakukan pemeriksaan kepala			
12.	Melakukan pemeriksaan leher			
13.	Melakukan pemeriksaan dada			
14.	Memeriksa bahu, lengan, tangan. Memperhatikan gerakan dan jumlah jari			
15.	Memeriksa sistem saraf, memeriksa adanya refleks moro Memeriksa perut, memperhatikan bentuk,benjolan, perdarahan tali pusat			
16.	Memeriksa genetalia laki-laki, penis berlubang, skrotum sudah turun atau belum			
17.	Memeriksa genetelia perempuan, memperhatikan vagina/ uretra berlubang, labia mayora dan minora			

NO	LANGKAH	Nilai		
		0	1	2
18.	Memeriksa tungkai dan kaki, memperhatikan gerakan, jumlah jari dan bentuk			
19.	Memeriksa punggung dan anus			
20.	Memeriksa kulit, memperhatikan verniks, warna kulit, pembengkakan dan bercak hitam			
21.	Menjelaskan pada keluarga tentang hasil pemeriksaan			
22.	Merapikan bayi			
23.	Membereskan alat			
24.	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir			
25.	Melakukan pendokumentasian			

SINOPSIS

Modul Praktikum Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir memuat materi kompetensi yang dicapai pada mata kuliah Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir disesuaikan dengan kurikulum Kebidanan. Modul praktikum ini berisi tentang asuhan kebidanan persalinan dan bayi baru lahir di mulai dari anamnesa ibu bersalin; asuhan persalinan kala I; penggunaan partograf; asuhan persalinan kala II; asuhan persalinan kala III; *heating* perineum; dan asuhan bayi baru lahir. Modul praktikum ini dikemas untuk memudahkan para dosen dan mahasiswa untuk mempraktikkan penatalaksanaan Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir.

BIODATA PENULIS



Dr. Kurnia Indriyanti Purnama Sari, S.ST., M. Kes, Lahir di Semarang, 13 Juli 1982. Pada tahun 2005 penulis menyelesaikan pendidikan Diploma III Kebidanan di Politeknik Kesehatan Kemenkes Departemen kesehatan Malang, pada tahun 2008 penulis telah menyelesaikan pendidikan Diploma IV Bidan Pendidik di di Politeknik Kesehatan Kemenkes Departemen kesehatan Malang dan pada tahun 2012 penulis menyelesaikan pendidikan Magister Kesehatan Kedokteran Keluarga di Universitas Negeri Sebelas Maret Surakarta. Pada Tahun 2025 Penulis menyelesaikan pendidikan S3 Psikologi Pendidikan di Fakultas Psikologi Pendidikan Universitas Negeri Malang.

Penulis memulai kariernya dimulai sebagai dosen tetap yayasan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Dian Husada Mojokerto pada tahun 2008 sampai dengan sekarang. Penulis aktif dalam mengajar mahasiswa Kebidanan dan Keperawatan. Penulis saat ini sebagai pengurus Organisasi IBI Ranting Institusi Kabupaten Mojokerto. Penulis aktif dalam kegiatan Penelitian dan Pengabdian masyarakat dengan beberapa karya diantaranya mendapatkan dua kali hibah Nasional , selain itu penulis juga aktif dalam menulis jurnal ilmiah, buku yang pernah ditulis diantaranya Pengantar Ilmu kebidanan, Teori Ilmu Kebidanan, Kesehatan Reproduksi Remaja. Mata kuliah sesuai dengan bidang keahlian yang menjadi tanggungjawab penulis adalah Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana, Asuhan Kebidanan ibu Nifas, Asuhan Ibu Bersalin, Psikologi Kebidanan, Psikologi keperawatan dan Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal. Penulis berharap karya yang dihasilkan bisa bermanfaat bagi Dosen, Mahasiswa dan masyarakat pada umumnya.