

# DISTOSIA PADA PERSALINAN

Penulisan buku ini bertujuan untuk memenuhi kebutuhan referensi baik bagi dosen maupun bagi mahasiswa pada khususnya serta bagi ilmu kebidanan pada umumnya.

Materi yang dibahas dalam buku ini adalah :

- Bab 1 Disproporsi Cepalo Pelvic
- Bab 2 Obstruksi Persalinan
- Bab 3 Ruptur Uteri
- Bab 4 Kelainan His (Rhythmic Variations Of Labour)
- Bab 5 Malposisi Dan Malpresentasi



**Yulizawati, SST.,M.Keb.** lahir di Kampar 20 Juli 1982 adalah dosen Prodi S1 Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas sejak 1 Mei 2014. Pendidikan Diploma III Kebidanan ditempuh di Poltekkes Padang Prodi Kebidanan Bukittinggi, lulus tahun 2002, bekerja di RSIA Eria Bunda Pekanbaru tahun 2003-2004, dan Akbid Inderagiri Rengat 2004-2014, kemudian lulus pendidikan ke D IV Kebidanan tahun 2004 di Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran. saat ini sebagai Kaprodi S1 Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas. Serta sebagai EiC Journal of Midwifery (JoM).



**Rahmayani Afrah, S.Keb.,Bd.** Lahir di Padang 22 Oktober 1994 adalah alumni S1 Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas, lulus tahun 2017. Melanjutkan studi ke Pendidikan Profesi Bidan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas, lulus tahun 2020. Sekarang bekerja sebagai staf Prodi S1 Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas.

Yulizawati, SST., M.Keb  
Rahmayani Afrah, S.Keb., Bd

# DISTOSIA PADA PERSALINAN

**Indomedia  
Pustaka**



**Indomedia  
Pustaka**

Yulizawati, SST., M.Keb  
Rahmayani Afrah, S.Keb., Bd

# **DISTOSIA PADA PERSALINAN**

## DISTOSIA PADA PERSALINAN

Yulizawati, SST., M.Keb  
Rahmayani Afrah, S.Keb., Bd



Edisi Asli  
Hak Cipta © 2022 pada penulis  
Griya Kebonagung 2, Blok I2, No.14  
Kebonagung, Sukodono, Sidoarjo  
Telp.: 0812-3250-3457  
Website: www.indomediapustaka.com  
E-mail: indomediapustaka.sby@gmail.com

*Hak cipta dilindungi undang-undang.* Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apa pun, baik secara elektronik maupun mekanik, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan menggunakan sistem penyimpanan lainnya, tanpa izin tertulis dari Penerbit.

### UNDANG-UNDANG NOMOR 19 TAHUN 2002 TENTANG HAK CIPTA

1. Barang siapa dengan sengaja dan tanpa hak mengumumkan atau memperbanyak suatu ciptaan atau memberi izin untuk itu, dipidana dengan pidana penjara paling lama **7 (tujuh) tahun** dan/atau denda paling banyak **Rp 5.000.000.000,00 (lima miliar rupiah)**.
2. Barang siapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum suatu ciptaan atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta atau Hak Terkait sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dipidana dengan pidana penjara paling lama **5 (lima) tahun** dan/atau denda paling banyak **Rp 500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah)**.

---

Yulizawati  
Afrah, Rahmayani

Distosia Pada Persalinan/Yulizawati, Rahmayani Afrah  
Edisi Pertama  
—Sidoarjo: Indomedia Pustaka, 2022  
Anggota IKAPI No. 195/JTI/2018  
1 jil., 17 × 24 cm, 96 hal.

ISBN: 978-623-414-046-0

- |              |                                 |
|--------------|---------------------------------|
| 1. Kebidanan | 2. Distosia Pada Persalinan     |
| I. Judul     | II. Yulizawati, Rahmayani Afrah |



# Kata Pengantar

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT karena atas rahmat dan karunia-Nya yang tak terhingga penulis dapat menyelesaikan buku “Distosia Pada Persalinan”. Penulisan buku ini bertujuan untuk memenuhi kebutuhan referensi baik bagi dosen maupun bagi mahasiswa pada khususnya serta bagi ilmu kebidanan pada umumnya.

Pada kesempatan kali ini penulis mengucapkan terima kasih yang tiada hingga kepada:

1. Rektor Universitas Andalas Prof. Dr. Yuliandri, SH., MH yang selalu memberikan kesempatan pengembangan bagi dosen dalam pelaksanaan tri dharma perguruan tinggi
2. Ketua LPPM Universitas Andalas Dr. Uyung Gatot S. Dinata, yang telah memberikan dorongan dan kesempatan kepada penulis
3. Dekan Fakultas Kedokteran Dr. dr. Afriwardi, SH, Sp.KO., M.A yang selalu memberikan motivasi dan arahan bagi penulis
4. Bapak Heru Dibyo Laksono, ST., MT, yang selalu memfasilitasi dan memotivasi penulis
5. Bapak dan ibu dosen yang selalu memberikan inspirasi kepada penulis

Padang, 15 Juli 2021

Penulis



# Daftar Isi

<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>iii</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>v</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>vii</b>
<b>BAB I Disproporsi Cepalo Pelvic</b> .....	<b>1</b>
Pengertian Disproporsi Cepalo Pelvic.....	1
Epidemiologi Disproporsi Cepalo Pelvic .....	2
Faktor Risiko Disproporsi Cepalo Pelvic .....	2
Penyebab Disproporsi Cepalo Pelvic .....	2
<b>BAB II Obstruksi Persalinan</b> .....	<b>7</b>
Pengertian Partus Macet .....	7
Faktor Risiko Partus Macet.....	7
<b>BAB III Ruptur Uteri</b> .....	<b>17</b>
Pengertian Ruptur Uteri.....	17
Faktor Risiko Ruptur Uteri .....	17
Manifestasi Klinis Ruptur Uteri .....	18

Komplikasi Ruptur Uteri .....	19
Tatalaksana Ruptur Uteri.....	20
Asuhan Kebidanan Ruptur Uteri.....	21
Daftar Tilik Ruptur Uteri .....	25
Kasus Manajemen Kebidanan Ruptur Uteri .....	31
<b>BAB IV Kelainan His (<i>Rhythmic Variations Of Labour</i>).....</b>	<b>39</b>
Pengertian Kelainan HIS .....	39
Klasifikasi Kelainan HIS.....	39
Etiologi Kelainan HIS.....	40
Komplikasi Kelainan HIS .....	42
Asuhan Kebidanan Pada Kelainan HIS .....	42
Daftar Tilik Inersia Uteri .....	45
Daftar Tilik Tetania Uteri .....	48
Kasus Dan Manajemen Asuhan Kebidanan .....	50
<b>BAB V Malposisi Dan Malpresentasi.....</b>	<b>57</b>
Pengertian Malposisi dan Malpresentasi.....	57
Etiologi Malposisi dan Malpresentasi.....	57
Komplikasi Malposisi dan Malpresentasi.....	58
Penatalaksanaan Malposisi dan Malpresentasi.....	60
Asuhan Kebidanan Pada Persalinan Sungsang.....	65
Daftar Tilik Persalinan Sungsang .....	67
Kasus Dan Manajemen Asuhan Kebidanan .....	73
<b>Daftar Pustaka.....</b>	<b>85</b>

## Daftar Tabel

Tabel 3.1 Kriteria diagnostik dan tatalaksana distosia .....	22
Tabel 3.2 Anamnesis Dan Pemeriksaan Obstetria Normal .....	25
Tabel 4.1 Menilai Kontraksi Uterus .....	45
Tabel 4.2 Daftar Tilik Penggunaan Oksitiosin Drip Pada Persalinan: .....	46
Tabel 4.3 Menilai Kontraksi Uterus .....	48
Tabel 5.1 Daftar Tilik Persalinan Sungsang .....	67





# BAB 1

## Disproporsi Cephalo Pelvic

### Pengertian

Disproporsi kepala panggul yaitu suatu keadaan yang timbul karena tidak adanya keseimbangan antara panggul ibu dengan kepala janin disebabkan oleh panggul sempit, janin yang besar sehingga tidak dapat melewati panggul ataupun kombinasi keduanya (Cunningham, *et al.*, 2018).

### Jenis Panggul

1. Tipe *gynaecoid* : bentuk pintu atas panggul seperti elips melintang kiri-kanan, hampir mirip lingkaran. Diameter anteroposterior kira-kira sama dengan diameter transversal. Diameter transversal terbesar terletak ditengah. Dinding samping panggul lurus. Ditemukan pada 45% perempuan. Merupakan jenis panggul tipikal wanita (*female type*).
2. Tipe *anthropoid* : bentuk pintu atas panggul seperti elips membujur anteroposterior. Diameter anteroposterior lebih panjang daripada diameter transversal. Dinding samping panggul lurus. Ditemukan pada 35% perempuan. Merupakan jenis panggul tipikal golongan kera (*ape type*).

3. Tipe *android* : bentuk pintu atas panggul seperti segitiga. Diameter transversal terbesar terletak di posterior dekat sakrum. Dinding samping panggul membentuk sudut yang makin sempit ke arah bawah. Bagian belakangnya pendek dan gepeng, bagian depannya menyempit ke depan. Ditemukan pada 15% perempuan. Merupakan jenis panggul tipikal pria (*male type*).
4. Tipe *platypelloid* : bentuk pintu atas panggul seperti “kacang” atau “ginjal”. Dinding samping panggul membentuk sudut yang makin lebar ke arah bawah. Jenis ini ditemukan pada 5% perempuan (Mochtar, 2015).

## Epidemiologi

Disproporsi kepala panggul umumnya terjadi di negara berkembang dan akibatnya berupa partus macet dan komplikasi persalinannya menjadi salah satu penyebab penting kematian ibu. Kejadian ini lebih sering terjadi di Asia, karena orang-orang Asia cenderung memiliki tinggi badan yang lebih rendah dari orang barat. Hal ini akan meningkatkan risiko untuk terjadinya CPD (Ranjana, 2017).

## Faktor Risiko

Faktor risiko yang menyebabkan disproporsi kepala panggul, yaitu (Cunningham et al, 2018) :

1. Taksiran berat janin yang besar
2. Tinggi badan ibu
3. BMI sebelum kehamilan dan sebelum kelahiran  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>
4. Kenaikan berat badan selama kehamilan  $\geq 16$  kg
5. Nullipara
6. Tidak ada pelvimetri yang memadai

## Penyebab

1. Faktor Panggul Ibu

Terdapat panggul-panggul sempit yang umumnya disertai perubahan dalam bentuknya.

  - a. Defek nutrisi dan lingkungan
    - Defek minor : tepi panggul berbentuk segitiga (android), tepi panggul datar (platipeloid).
    - Defek mayor : rakitis, osteomalasia.
  - b. Penyakit atau cidera
    - Spinal (kifosis, skoliosis, spondilolistesis)
    - Pelvik (tumor, fraktur, karies).

- Anggota gerak (atrofi, poliomyelitis pada masakanak-kanak, dislokasi panggul kongenital).
- c. Malformasi kongenital
    - Pelvis naegel dan pelvis robert
    - Pelvis asimilasi.
  - d. Kesempitan pintu masuk panggul
  - e. Kesempitan pintu atas panggul  
Bila diameter anteroposterior kurang dari 10 cm dan transversalnya kurang dari 12 cm, maka pintu atas panggul dianggap sempit.
  - f. Kesempitan pintu tengah panggul  
Apabila ukurannya distansia interspinarum kurang dari 9,5 cm diwaspadai akan kemungkinan kesukaran dalam persalinan, ditambah lagi bila ukuran diameter sagitalis juga pendek.
  - g. Kesempitan pintu bawah panggul  
Pintu bawah panggul terdiri atas segitiga depan dan segitiga belakang yang mempunyai dasar yang sama, yakni distansia tuberum. Bila distansia tuberum dengan diameter sagitalis posterior kurang dari 15 cm, maka dapat timbul kemacetan pada kelahiran ukuran normal.
  - h. Pembagian tingkatan panggul sempit (Mochtar, 2015)
    - tingkat I : CV = 9 – 10 cm = borderline
    - tingkat II : CV = 8 – 9 cm = relatif
    - tingkat III : CV = 6 – 8 cm = ekstrim
    - tingkat IV : CV = 6 cm = mutlak (absolut)
  - i. Pembagian tingkatan kesempitan panggul menurut tindakan (Mochtar, 2015)
    - CV = 8 – 10 cm = partus percobaan
    - CV = 6 – 8 cm = SC primer
    - CV = 6 cm = SC mutlak (absolut)
    - Inlet dianggap sempit bila CV <10>
2. Faktor Janin
    - a. Janin Besar  
Rata-rata bayi baru lahir dengan usia cukup bulan (37minggu-42 minggu) berkisar antara 2.500 gram hingga 4.000gram. Janin besar apabila >4.000 gram. Janin dapat terlahir besar karena beberapa faktor, yaitu pada ibu dengan diabetes gestasional, post term atau pascamaturitas, faktor herediter, multiparitas. Janin besar disebut juga makrosomia atau bilalingskar kepala janin 37-40 cm, dan untuk persalinan pervaginam dilakukan pada janin dengan lingkar kepala <37cm (Mochtar, 2015).

b. Malpresentasi dan Malposisi Janin

Pemeriksaan

- Anamnesis

Menanyakan kepada pasien riwayat kehamilan dan persalinan sebelumnya untuk mengetahui risiko disproporsi kepala panggul.

- Inspeksi

Ibu terlihat pendek, skoliosis, kifosis, kelainan panggul, dll. Tampak kontur kepala janin menonjol di atas simfisis apabilabelum memasuki pintu atas panggul (Mochtar, 2015). Ibu dengantinggi badan kurang dari 145 cm dapat digunakan untukmendiagnosis tinggi badan rendah dan berisiko untuk terjadinyapartus macet.

- Palpasi

Menentukan bagian terbawah janin, pemeriksaan panggul luar dan dalam. Ketiganya digunakan untuk perhitungan pelvimetriklinik (Mochtar, 2015).

- Pelvimetri rongent

Pelvimetri rontgen digunakan untuk mengetahui arsitekturpanggul, baik dalam bentuk, ukurannya, jenis panggul, maupunturunnya bagian terbawah janin (kepala, bokong, atau bahu). Inidapat dilakukan untuk memastikan adanya kelainan panggul ataudisproporsi kepala panggul setelah dilakukan evaluasi secara klinis(Mochtar, 2015).

- Magnetik Resonance Imaging (MRI)

Dalam pemeriksaan disproporsi kepala panggul, MRI digunakan untuk pencitraan janin, mengevaluasi adanya distosia jaringan lunak, mengukur kapasitas pelvis dan untuk mengukur dimensi kepala (Cunningham, *et al.*, 2018).

Tatalaksana

- Partus Percobaan

Partus dikatakan maju apabila partus berjalan fisiologis, terjadi perubahan pada pembukaan serviks, tingkat turunnya kepala, danposisi kepala (rotasi). Jika tidak terjadi perubahan tersebut makadisebut partus tidak maju. Apabila terjadi kegagalan, partusdihentikan dengan indikasi dan harus dilakukan seksio sesarea (Mochtar, 2015).

- Seksio sesarea

Seksio sesarea adalah suatu cara melahirkan janin denganmembuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perutatau vagina, atau seksio sesarea adalah suatu histerotomiamelahirkan janin dari dalam rahim (Cunningham, *et al.*, 2018).

- Simfisiotomi  
Menurut Hartfield dalam Kemenkes 2016, simfisiotomi adalah sebuah operasi untuk memperbesar kapasitas pelvis dengan memotong jaringan ikat tulang pubis dibagian depan pelvis.

#### Prognosis

Apabila persalinan dengan disproporsi kepala panggul tanpa tindakan yang tepat, maka:

- Bahaya pada ibu :
  - Partus lama yang sering disertai dengan pecahnya ketuban, bakterimenyebabkan bakteremia, infeksi intrapartum, dehidrasi, dan asidosis.
  - Apabila kemajuan janin dalam jalan lahir tertahan, menyebabkan peregangan dan penipisan berlebihan segmen bawah uterus sering menimbulkan cincin retraksi patologis bandl. Jika tidak segeradiambil tindakan akan menyebabkan ruptur uteri.
  - Dalam disproporsi kepala panggul, bagian terbawah janin akan menekan tulang dan pintu panggul dengan kuat dan lama yang akan menimbulkan gangguan sirkulasi dengan akibat terjadinya iskemiadan kemudian nekrosis pada tempat tersebut. Beberapa hari setelah melahirkan akan terjadi fistula vesikoservikalis, atau fistulavesikovaginalis, atau fistula rektovaginalis.
  - Peregangan dan pelebaran dasar panggul menyebabkan terjadinyaperubahan fungsional dan anatomik otot, saraf, dan jaringan ikat.
- Bahaya pada janin :
  - Partus lama dapat meningkatkan kematian perinatal, ditambah dengan infeksi intrapartum.
  - Persalinan panggul sempit menyebabkan kaput suksedaneum.
  - Molase (*molding*) atau lempeng tulang tengkorak yang bertumpang tindih tidak menimbulkan kerugian yang nyata, tetapi apabila terdapat distorsi yang mencolok, molase dapat menyebabkan robekan tentorium, laserasi pembuluh darah janin, dan perdarahan intrakranial janin.
  - Penekanan tulang-tulang panggul pada jaringan di atas tulang kepala janin, dapat menyebabkan fraktur pada os parietalis.





## **BAB 2**

# **Obstruksi Persalinan**

### **Pengertian partus macet**

Distosia berarti persalinan sulit yang ditandai oleh terlalu lambatnya kemajuan persalinan (Cunningham, *et al.*, 2018).

### **Faktor Penyebab Partus Macet**

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Gudina, dkk (2016) yang dilakukan di Adama Hospital Medical College, dari 384 persalinan sebanyak 9,6% terjadi partus macet. Adapun penyebab partus macet tersebut yaitu sebanyak 54,1% disebabkan karena CPD (*Cephalo Pelvic Disproportional*), 29,7% karena malposisi dan 16,2% karena malpresentasi.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Sharma (2015) di departemen obstetrik dan ginekologi, UP Rural Institute of Medical Sciences & Research, Saifai, Etawah, Uttar Pradesh, India, dari 12.223 persalinan sebanyak 199 atau 1,63% mengalami partus macet. Penyebab partus macet tersebut yaitu CPD (72,3%). *Secsio sesarea* adalah metode untuk melahirkan bayi, terjadi mortalitas perinatal sebanyak 20,60%, kejadian ruptur uteri sebanyak 3,5% dan mortalitas maternal sebanyak 1,5%. Adapun penyebab partus macet tersebut diuraikan sebagai berikut (Cunningham, *et al.*, 2018) :



1. *Cephalo Pelvic Dispropotional (CPD)*

Cephalopelvic dispropotional terjadi ketika tidak adanya kesesuaian diantara kepala janin dengan pelvis. Kondisi itu tidak memungkinkan fetus melewati pelvis dengan mudah. Cephalopelvis disproportiona dapat terjadi pada pelvis yang kecil dengan ukuran kepala fetus yang normal, atau pelvis yang normal dengan fetus yang besar, atau kombinasi antara fetus yang besar dengan pelvis yang kecil. Cephalopelvis disproportiona tidak dapat didiagnosa sebelum umur kehamilan berumur 37 minggu.

2. *Power* (kekuatan) – kontraktilitas uterus dan daya ekspulsif ibu.

3. *Passage* : Kelainan jalan lahir

Partus macet karena kelainan jalan lahir dapat disebabkan karena kelainan pada jaringan keras yang disebut tulang panggul dan kelainan pada jaringan lunak panggul.

Partus macet karena kelainan panggul atau bagian keras disebabkan oleh kesempitan panggul. Panggul dibedakan menjadi tiga pintu yaitu pintu atas panggul, pintu tengah panggul dan pintu bawah panggul. Pintu atas panggul dianggap sempit apabila konjugata vera  $\leq 10$  cm atau diameter transversal  $\leq 12$  cm. Kesempitan pintu tengah panggul jika diameter interspinarum  $< 9$  cm dan diameter transversal ditambah dengan diameter sagitalis posterior  $\leq 13,5$  cm, sedangkan pintu bawah panggul dianggap sempit jika jarak antar tuber os iscii  $\leq 8$  cm. Jika jarak ini berkurang maka arkus pubis akan meruncing, oleh karena itu besarnya arkus pubis dipergunakan untuk menentukan kesempitan pintu bawah panggul. Kesempitan pintu atas panggul dapat berakibat persalinan menjadi lebih lama akibat gangguan pembukaan dan banyak waktu yang digunakan untuk molase kepala janin sedangkan kesempitan pintu tengah panggul dan pintu bawah panggul dapat menimbulkan gangguan putaran paksi.

Partus macet karena kelainan jalan lahir lunak disebabkan oleh beberapa faktor yaitu kelainan vulva (atresia karena bawaan atau didapat seperti radang atau trauma), kelainan vagina (atresia, sekat atau tumor), kelainan serviks (atresia conglutination orivicii eksternii, cicatrices servik, servik kaku pada primi tua), abnormalitas uteri dan tumor.

4. *Passanger* : kelainan janin

Keadaan normal presentasi janin adalah belakang kepala dengan penunjuk ubun-ubun kecil dalam posisi transversal (saat memasuki pintu atas panggul) dan posisi anterior (setelah melewati pintu tengah panggul), dengan presentasi tersebut kepala janin akan masuk panggul dalam ukuran terkecilnya (sirkumferensia suboksipitobregmitikus). Hal tersebut dicapai bila sikap kepala janin fleksi.

Sikap yang tidak normal akan menyimpulkan kesulitan persalinan yang disebabkan karena diameter kepala yang harus melalui panggul menjadi lebih besar. Berdasarkan

kelainannya, partus macet karena kelainan *passanger* dibedakan menjadi beberapa macam, yaitu :

a. Kelainan presentasi janin

Menurut Prawirohardjo (2016), Presentasi adalah titik tunjuk untuk menentukan bagian terendah janin. Adapun Kelainan presentasi janin dibedakan menjadi beberapa macam yaitu :

- Presentasi puncak kepala  
Menurut Marmi, dkk (2016) presentasi puncak kepala atau disebut juga presentasi sinsiput, terjadi apabila derajat defleksinya ringan, sehingga ubun-ubun besar menjadi bagian terendah. Pada umumnya presentasi puncak kepala merupakan kedudukan sementara yang kemudian akan berubah menjadi presentasi belakang kepala.
- Presentasi dahi  
Presentasi dahi adalah keadaan dimana kedudukan kepala berada diantara fleksi maksimal, sehingga dahi merupakan bagian terendah. Janin dengan presentasi dahi dapat disebabkan oleh beberapa faktor yaitu kemiringan anterior uterus, kontraksi pelvis, polihidramnion dan abnormalitas kongenital misalnya, anensefalus (Manuaba. 2015).  
Pada umumnya presentasi dahi bersifat sementara untuk kemudian dapat berubah menjadi presentasi belakang kepala atau presentasi muka, atau tetap menjadi presentasi dahi, oleh karena itu apabila tidak terdapat gawat janin menunggu kemajuan persalinan dapat dilakukan. Bila presentasinya tetap presentasi dahi, maka janin tidak dapat dilahirkan pervaginam karena besarnya diameter oksipitomental yang harus melewati panggul, maka tindakan seksio sesarea diperlukan untuk melahirkan janin dengan presentasi dahi (Prawirahardjo, 2016).
- Presentasi muka  
Menurut Cunningham, dkk (2018) presentasi muka merupakan presentasi kepala dengan defleksi maksimal hingga oksiput mengenai punggung dan muka terarah ke bawah. Penyebab presentasi muka yaitu adanya pembesaran leher yang nyata atau lilitan tali pusat di sekitar leher dapat menyebabkan ekstensi, janin anensefalus, panggul sempit, janin sangat besar, paritas tinggi dan perut gantung.
- Presentasi bokong  
Presentasi bokong adalah janin letak memanjang dengan bagian terendahnya bokong, kaki atau kombinasi keduanya. Faktor resiko terjadinya presentasi bokong adalah panggul sempit, terdapat lilitan tali pusat atau tali pusat pendek, kelainan uterus (uterus arkuatum, uterus septum, uterus dupleks), terdapat tumor di pelvis minor yang mengganggu

masuknya kepala janin ke pintu atas panggul, plasenta previa, kehamilan ganda (Manuaba, 2015).

- Presentasi bahu

Presentasi bahu adalah janin dalam kondisi melintang di dalam uterus dengan sumbu janin tegak lurus atau hampir tegak lurus dengan sumbu panjang ibu dan bahu sebagai bagian terendah janin. Penyebab presentasi bahu yaitu dinding perut yang kendur pada multipara, kesempitan panggul, plasenta previa, prematuritas, kelainan bentuk rahim seperti uterus arkuatum, mioma uteri dan kehamilan ganda (Manuaba, 2015).

b. Kelainan posisi janin

- *Persisten Oksipito Posterior (POP)*

*Persisten Oksipito Posterior (POP)* yaitu ubun-ubun kecil tidak berputar ke depan, sehingga tetap berada di belakang disebabkan karena usaha menyesuaikan kepala terhadap bentuk dan ukuran panggul. Etiologi POP yaitu usaha penyesuaian kepala terhadap bentuk dan ukuran panggul, pada diameter anteroposterior lebih besar dari diameter transversal pada panggul anterior, segmen depan menyempit seperti pada panggul android, ubun-ubun kecil akan sulit memutar ke depan, otot-otot dasar panggul lembek pada multipara atau kepala janin yang kecil dan bulat sehingga tak ada paksaan pada belakang kepala janin untuk memutar ke depan (Manuaba, 2015).

- *Deep Transverse Position (DTP)*

*Deep Transverse Position* yaitu keadaan dimana pembukaan serviks telah lengkap, kepala berada di dasar panggul dan sutura sagitalis melintang (Marmi, dkk, 2016).

c. Partus macet karena kelainan janin

Beberapa kelainan janin yang dapat menyebabkan partus macet yaitu :

- Makrosomia

Makrosomia adalah bayi lahir dengan berat badan lebih dari 4000 gram. Bayi dengan makrosomia dapat disebabkan karena ibu dengan penyakit diabetes melitus, adanya keturunan penyakit diabetes melitus di keluarga, atau multiparitas dengan riwayat makrosomia sebelumnya (Marmi, 2016).

- Hydrocephalus

Hydrocephalus adalah penimbunan cairan serebrospinalis dalam pentrikel otak janin, sehingga kepala menjadi besar serta terjadi pelebaran sutura-sutura dan ubun-ubun. Cairan yang tertimbun dalam pentrikel biasanya antara 500-1500 ml, akan tetapi dapat mencapai pula hingga 5 liter. Penyebab hidrosephalus adalah tersumbatnya aliran cairan cerebrospinal (CSS) pada salah satu tempat antara tempat pembentukan CSS

dalam sistem ventrikel dan tempat absorpsi dalam ruang subarachnoid. Akibat penyumbatan tersebut terjadi dilatasi ruangan CSS di atasnya. Hidrosephalus disebabkan oleh satu dari tiga faktor yaitu produksi CSS yang berlebihan, obstruksi jalur atau gangguan absorpsi CSS (Manuaba, 2015).

- **Kembar Siam**

Kembar siam adalah keadaan anak kembar yang tubuh keduanya bersatu. Hal ini terjadi apabila zigot dari bayi kembar identik gagal terpisah secara sempurna. Kembar siam dibedakan menjadi dua yaitu dizigot (kembar yang berasal dari dua sel telur yang dibuahi sperma) dan monozigot (kembar yang berasal dari satu telur yang dibuahi sperma kemudian membelah menjadi dua). Pembelahan pada kembar siam akan menentukan kondisi bayi. Masa pembelahan sel telur terbagi menjadi empat waktu yaitu 0- 72 jam, 4-8 hari, 9-12 hari dan 13 hari atau lebih. Pembelahan yang terjadi pada waktu 13 hari atau lebih akan menghasilkan satu plasenta dan satu selaput ketuban serta karena waktu pembelahannya yang kelamaan sehingga sel telur terlanjur berdempetan. Faktor yang mempengaruhi waktu pembelahan dan mengakibatkan pembelahan tidak sempurna sehingga mengakibatkan dempet dikaitkan dengan infeksi, kurang gizi dan masalah lingkungan (Marmi, dkk, 2016).

Tanda-tanda partus macet

Menurut Medforth, dkk (Manuaba, 2015), partus macet memiliki tanda- tanda yaitu:

- Pada kala satu :
  - Pada palpasi abdomen, bagian presentasi gagal untuk masuk panggu
  - Serviks berdilatasi secara lambat
  - Bagian presentasi tetap berada secara loggar ke serviks
- Pada kala satu akhir atau dua persalinan (tanda obstruksi akhir)
  - Pereksia maternal dan nadi yang cepat
  - Nyeri dan ansietas maternal
  - Dehidrasi dan haluran urin yang buruk, ketosis, terkadang urin bercampur darah
  - Hasil pemeriksaan jantung janin yang tidak reaktif
  - Jarang cincin retraksi terlihat per abdomen dan tanda sambungan antara segmen bawah yang teregang dan segmen atas (bandle ring)
  - Pada pemeriksaan dalam vagina terasa panas dan kering, bagian presentasi janin tinggi dan kapus suksadeneum dan atau molase terjadi pada tengkorak janin

d. **Komplikasi distosia bagi ibu dan janin**

Penelitian yang dilakukan oleh Gupta dan Porwal tahun 2011 di Gyne & Obst Dept, Govt Medical College, Jhalawar, Rajasthan, India, terdapat 70% kejadian partus macet dari total 6.296 persalinan. 70% kejadian partus macet tersebut 5 pasien dilakukan subtotal histerektomi karena ruptur uteri, 27,1% terjadi sepsis, 55,7% bayi dirawat di NICU (Neonatus Intensive Care Unit) karena rendahnya nilai APGAR pada menit pertama. Persalinan dengan distosia dapat menyebabkan timbulnya komplikasi, baik pada ibu maupun perinatal. Komplikasi yang ditimbulkan adalah sebagai berikut (Prawirohardjo, 2016) :

- Komplikasi bagi ibu
  - Infeksi intrapartum  
Infeksi adalah bahaya serius yang mengancam ibu dan janinnya terutama bila disertai pecahnya ketuban. Bakteri di dalam cairan amnion menembus amnion dan menginvasi desidua serta pembuluh karion sehingga terjadi bakteremia dan sepsis pada ibu dan janin. Pneumonia pada janin akibat aspirasi cairan amnion yang terinfeksi adalah konsekuensi serius lainnya.
  - Ruptur Uteri  
Apabila disproporsi diantara kepala janin dan panggul sedemikian besar sehingga kepala tidak cakap dan tidak adanya penurunan, segmen bawah uterus menjadi sangat teregang yang kemudian dapat menyebabkan ruptur. Pada kasus ini mungkin terbentuk cincin retraksi patologis yang dapat diraba sehingga sebuah krista transversal atau oblik yang berjalan melintang di uterus antara simfisis dan umbilikus.
  - Pembentukan fistula  
Apabila bagian terbawah janin menekan kuat ke pintu atas panggul tetapi tidak maju untuk jangka waktu yang cukup lama, bagian jalan lahir yang terletak dataranya dan dinding panggul dapat mengalami tekanan yang berlebihan, karena gangguan sirkulasi dapat terjadi nekrosis yang akan jelas dalam beberapa hari setelah melahirkan dengan munculnya fistula vesikovaginal, vesikoservikal, atau rektovaginal.
  - Cedera dasar panggul  
Cedera otot-otot dasar panggul atau persarafan atau fasia penghubungnya merupakan konsekuensi yang tidak terelakan pada persalinan pervaginam, terutama persalinannya sulit. Saat kelahiran bayi dasar panggul mendapat tekanan langsung dari kepala janin serta tekanan ke bawah akibat upaya mengejan ibu. Gaya-gaya ini meregangkan dan melebarkan dasar panggul sehingga terjadi perubahan fungsional dan anatomis di otot, saraf, dan jaringan ikat.

Terdapat semakin besar kekhawatiran bahwa efek-efek pada otot dasar panggul selama melahirkan ini akan menyebabkan inkontinensia urin dan alvi serta prolaps organ panggul.

Dipenelitian ini hanya 2 pasien (0,8%) mengembangkan vesikofistula vagina karena langsung dan berkepanjangan kateterisasi kandung kemih dan insiden destruktif yang lebih rendah operasi dalam penelitian kami. enam kematian ibu terjadi dipenelitian kami karena penyebab ruptur uterus yang luas perdarahan masif dan syok hipovolemik dan kematian 2-ibu lainnya adalah karena septikemia dan karenanya kejadian kematian ibu dalam penelitian kami adalah 3,5%. Hasil kami sebanding dengan Ozumba dengan angka kematian ibu adalah 3,2% dan Puspha dimana angka kematian ibu adalah 3,9% (Ranjana, 2017).

- **Komplikasi bagi bayi**

Komplikasi yang mungkin ditimbulkan karena partus macet bagi janin adalah sebagai berikut :

- **Kaput suksadaneum**

Apabila panggul sempit sewaktu persalinan sering terjadi kaput suksadaneum yang besar di bagian terbawah kepala janin. Kaput ini dapat berukuran cukup besar dan menyebabkan kesalahan diagnostik yang serius. Biasanya kaput suksadaneum bahkan yang besar sekalipun akan menghilang dalam beberapa hari.

- **Moulase kepala janin**

Akibat tekanan his yang kuat, lempeng-lempeng tulang tengkorak saling bertumpang tindih satu sama lain di sutura-sutura besar, suatu proses yang disebut moulase. Biasanya batas median tulang parietal yang berkontak dengan promontorium sakrum bertumpang tindih dengan tulang disebelahnya, hal yang sama terjadi pada tulang-tulang frontal, namun tulang oksipital terdorong ke bawah tulang parietal. Perubahan-perubahan ini sering terjadi tanpa menimbulkan kerugian yang nyata, namun apabila distosia yang terjadi mencolok, moulase dapat menyebabkan robekan tentorium, laserasi pembuluh darah janin dan perdarahan intrakranial pada janin.

Pada penelitian tahun 2015 ditemukan bahwa luaran ibu dengan persalinan distosia paling banyak tanpa disertai komplikasi yaitu sebanyak 12 kasus (100 %). Hal ini tidak sesuai dengan kepustakaan yang menyatakan bila partus macet, resiko ruptur sedangkan untuk komplikasi ruptur uteri yang timbul adalah dikarenakan oleh tindakan yang dilakukan untuk mengatasi distosia yang dialami ibu saat

bersalin. Untuk komplikasi lain seperti fistula post partum dan infeksi intrapartum tidak ditemukan dalam kasus ( Paat, 2015).

Dalam penelitian ini, karena tertunda rujukan masih tingkat kelahiran adalah 32,45%. Di antara 154 bayi yang lahir hidup, 66 bayi sesak napas dan membutuhkan perawatan NICU. Neonatal mortalitas terlihat pada 9,74% kasus yang terutama karena anoksia, perdarahan intrakranial dan septikemia. Angka kematian perinatal secara keseluruhan adalah 39% sebanding dengan 39,8 % dalam penelitian yang dilakukan oleh Puspha (Ranjana et al, 2017).

e. Penatalaksanaan Partus Macet

Manajemen dasar persalinan macet tentu saja pengiriman mendesak untuk mencegah distensi dan pecah lebih lanjut dan untuk menyelamatkan janin jika masih hidup (Ranjana et al , 2017).

Menurut WHO, penanganan yang dapat dilakukan pada ibu bersalin dengan partus macet yaitu :

- Rehidrasi pasien  
Bertujuan untuk mempertahankan volume plasma dan mencegah atau mengobati hidrasi dan keton.
  - Memasang IV kateter, menggunakan needle ukuran besar (no.18)
  - Jika ibu mengalami syok, berikan larutan salin atau ringer laktat hingga 1 liter, kemudian ulangi 1 liter dengan tetesan 20 tetes per menit sampai nadi lebih dari 90 kali per menit, tekanan darah sistolik 100 mmHg atau lebih tinggi. Namun jika muncul masalah pernafasan, turunkan 1 liter untuk 4-6 jam.
  - Jika ibu tidak mengalami syok tetapi ada dehidrasi dan ketonik, beri 1 liter cepat dan ulangi jika masih dehidrasi dan ketonik. Kemudian turunkan 1 liter untuk 4-6 jam
  - Catat dengan tepat pemberian cairan intravena dan pengeluaran urin
- Beri antibiotik  
Jika terdapat tanda-tanda infeksi atau membran telah pecah lebih dari 18 jam, umur kehamilan 37 minggu atau lebih berikan antibiotik seperti dibawah ini :
  - Ampicilin 2 g tiap 6 jam dan
  - Gentamisin 5 mg/BB/IV tiap 24 jamJika ibu akan melahirkan secara sesarea, lanjutkan pemberian antibiotik dan berikan metronidazol 500 mg/IV tiap 8 jam sampai demam turun selama 48 jam
- Berikan dukungan

Pasien yang akan melahirkan pervaginam didampingi untuk memberikan kenyamanan dan dukungan. Jelaskan semua prosedur kepada pasien, minta izin kepadanya untuk melakukan tindakan, dengarkan dan peka terhadap perasaan saat akan bersalin.

- Kelahiran bayi
  - Jika pasti cephalopelvic disproportional, bayi harus dilahirkan secara sectio sesarea.
  - Jika bayi meninggal, harus dilahirkan secara embriotomi atau jika tidak mungkin lahirkan dengan seksio sesarea
  - Jika bayi masih hidup, servik telah berdilatasi maksimal dan kepala berada distasi 0 atau dibawahnya, lahirkan dengan ekstasi vavum
  - Jika bayi masih hidup dan servik telah berdilatasi maksimal dan ada indikasi untuk melakukan simpisiotomi untuk meringankan kemacetan (jika seksio sesarea tidak memungkinkan) dan kepala bayi berada di stasi 2, maka lahirkan dengan simpisiotomi dan ekstaksi vakum
  - Jika terjadi kemacetan, sedangkan janin hidup tetapi pembukaan serviks lengkap dan kepala janin terlalu tinggi untuk dilakukan tindakan vakum segera lahirkan janin dengan tindakan seksio sesarea







# **BAB 3**

## **Ruptur Uteri**

### **Pengertian**

Ruptur uterus dapat terjadi secara spontan di dalam rahim yang tidak rusak tetapi lebih mungkin terjadi pada wanita dengan operasi rahim sebelumnya misalnya operasi caesar, histerotomi, miomektomi, perforasi uterus pertengahan trimester. Ini biasanya terjadi pada persalinan tetapi dapat terjadi pada akhir kehamilan (Dutta, 2017).

Rupture uteri merupakan salah satu bentuk perdarahan yang terjadi pada kehamilan lanjut dan persalinan selain plasenta previa, solusio plasenta dan gangguan pembekuan darah (Sari, 2015).

### **Faktor resiko**

Ruptur uteri inkomplit secara klinis signifikan terjadi setelah persalinan caesar sebelumnya dan merujuk pada gangguan lengkap dari semua lapisan uterus, kecuali serosa (Rajudin, 2018).

Selama masa kehamilan:

1. Operasi caesar klasik sebelumnya
2. Histerotomi sebelumnya (sangat jarang)
3. Miomektomi sebelumnya

4. Plasenta akreta
5. Kecelakaan kendaraan bermotor
6. Anomali rahim dari uterus
7. Metroplasti histeroskopi
8. Kuretase saat keguguran

Selama persalinan:

1. Operasi caesar sebelumnya
2. Miomektomi sebelumnya
3. Multiparitas besar
4. Malpresentation: presentasi alis, wajah dan bahu yang tidak dikenali
5. Persalinan macet
6. Augmentasi prostaglandin dan oksitosin pada wanita dengan paritas tinggi dan sebelumnya
7. Operasi caesar
8. Penggunaan misoprostol dosis tinggi pada wanita parous
9. Pengiriman instrumental (penggunaan kasar forceps Kielland)
10. Pengiriman sungsang dengan bantuan

Penyebab yang jarang:

1. Tumor yang menghalangi jalan lahir
2. Kelainan bentuk panggul
3. Pengiriman pos
  - a. Persalinan persalinan
  - b. Pengangkatan plasenta secara manual
  - c. Manipulasi uterus (balon intrauterin)
  - d. Plasenta akreta

## Manifestasi klinis

Ruptur uteri dibagi menjadi 2, yakni ruptur uteri komplit dan inkomplit. Pada ruptur uteri komplit terdapat separasi pada seluruh lapisan dinding uterus. Sementara pada ruptur uteri inkomplit terdapat separasi hanya pada otot uterus dengan peritoneum viseral yang masih intak (Brahmantara, 2015).

Ruptur uteri dibagi menjadi komplit dan inkomplit. Pada ruptur uteri komplit, serosa uterus bersama dengan lapisan otot uterus mengalami ruptur dan dengan demikian ketuban langsung berkomunikasi dengan rongga perut. Sedangkan pada ruptur uteri inkomplit, lapisan otot uterus mengalami robekan tetapi lapisan serosa uterus masih utuh. Ruptur uteri inkomplit disebut juga sebagai dehiscence uterus (Augustin, 2018., Al Zirki, 2016., Cunningham, 2018., Singh, 2015).

Hemoperitoneum dari uterus yang mengalami ruptur akan mengakibatkan iritasi diafragmatik dimana nyeri akan menjalar ke dada (Cunningham, 2018). Berdasarkan mekanismenya ruptur uteri dapat dibedakan menjadi ruptur uteri komplisit dan inkomplisit. Kondisi ini merupakan komplikasi kehamilan yang mengancam jiwa baik bagi ibu dan janin. Outcome buruk lainnya termasuk komplikasi yang berhubungan dengan perdarahan berat, laserasi kandung kemih, histerektomi, dan morbiditas neonatal yang terkait dengan hipoksia intrauterin (Gupta, 2015).

Pecah total :

1. Nyeri perut yang parah dan konstan
2. Penghentian kontraksi uterus yang tiba-tiba
3. Pendarahan vagina - mungkin parah
4. Takikardia ibu
5. Hipotensi - syok mungkin tidak proporsional dengan perdarahan vagina
6. Haematuria - cedera kandung kemih pada 25% kasus ruptur
7. Janin bisa diraba di perut
8. Gawat janin yang parah / kematian intrauterin
9. Dapat mengeluh nyeri bahu (Dutta, 2017).

Pecah tidak lengkap

1. Nyeri perut konstan
2. Perlambatan atau penghentian kontraksi
3. Gawat janin
4. Peningkatan denyut nadi ibu
5. Kemungkinan pendarahan vagina
6. Kemunduran kondisi ibu secara bertahap (Dutta, 2017).

## Komplikasi

Syok hipovolemik merupakan penyebab kematian tersering dari ruptur uteri. Ketepatan dalam mendiagnosis dan rujukan tepat waktu ke pusat kesehatan diharapkan dapat membantu menurunkan angka morbiditas akibat ruptur uteri (Ahmed dkk, 2015 dalam Kemenkes 2016). Komplikasi lain yang dapat ditimbulkan dari ruptur uteri adalah *disseminated intravascular coagulation* (DIC), dan septikemia. Pada uterus dengan bekas operasi sebelumnya, insidens ruptur uteri lebih sering terjadi dibanding uterus tanpa riwayat operasi sebelumnya, namun angka mortalitas ibu yang terjadi lebih rendah. Kematian janin berhubungan erat dengan interval waktu sejak terjadinya ruptur uteri sampai bayi lahir. Hasil terbaik didapatkan bila bayi lahir 15-30 menit sejak ditemukannya tanda gawat janin (Dutta, 2017).

## Tatalaksana

Penatalaksanaan tergantung pada derajat syok ibu dan kondisi janin (Dutta, 2017):

1. Memanggil Kode Merah untuk memanggil staf yang tepat untuk menangani keadaan darurat kebidanan.
2. Manajemen mendukung dan harus mengikuti pendekatan ABC:
  - a. AIRWAY: periksa jalan napas terbuka, berikan oksigen 100%, pertimbangkan intubasi jika pasien tidak sadar
  - b. BERNAPAS: periksa pasien bernapas dan oksigen diberikan, jika diintubasi ventilasi dengan oksigen 100%
  - c. Sirkulasi: periksa denyut nadi, masukkan 2 lubang bor besar (16G atau lebih) darah untuk pencocokan silang (4 hingga 6 unit), FBC, U&E, LFT & layar pembekuan. Mengelola dengan cepat Cairan IV seperti Hartmanns atau Volplex dalam bolus awal 20ml / kg. Administer lebih lanjut cairan, darah dan produk darah sesuai kebutuhan. Berikan inotrop sesuai kebutuhan.
3. Persiapan untuk persalinan segera atau laparotomi jika sudah diberikan.
4. Perbaiki kerusakan secara bedah (termasuk trauma kandung kemih) - pada akhirnya mungkin histerektomi diperlukan - keputusan yang dibuat oleh Konsultan Ahli Obstetri dan akan tergantung pada situs dan tingkat keparahan ruptur, tingkat perdarahan dan kemudahan kontrol.
5. Terapi antibiotik intraoperatif dan pascaoperasi harus diberikan sesuai protokol.
6. Kateter Foley untuk tetap in situ seperti yang ditunjukkan oleh ahli bedah / pengukuran setiap jam dengan awalnya urometer.
7. Penggantian kehilangan cairan sesuai persyaratan hematologis.
8. Pantau tanda-tanda vital saat kondisi ibu menentukan termasuk: tekanan darah, denyut nadi, respirasi dan suhu; untuk direkam pada bagan MEOWS. Inipengamatan harus dilakukan setiap 5 menit pada awalnya. Amati kehilangan darah PV.
9. Nilailah jalan napas dan berikan oksigen aliran tinggi 15 liter per menit melalui masker wajah reservoir.
10. Pertimbangkan CVP - diskusi dengan tim anestesi untuk memutuskan apakah perlu dipindahkan ke ITU / HDU.
11. Periksa status koagulasi dan fungsi ginjal.
12. Memulai infus Hartmanns 1 liter intravena, dititirasi sesuai kebutuhan tergantung pada penyebab kehancuran (yaitu memberi dengan cepat untuk pasien hipovolemik / hipotensi tetapi dengan hati-hati dalam kasus dengan peningkatan tekanan darah dan dugaan gagal jantung).
13. Menilai status neurologis menggunakan skala koma Glasgow jika mampu.
14. Obati aritmias peri-henti.

15. Jika bayinya masih hidup, kepala bergerak penuh dan serviks sepenuhnya melebar, persalinan instrumental dapat dilakukan.
16. Dokumentasikan peristiwa dalam catatan asuhan kebidanan.
17. Bidan persalinan harus mengisi formulir peristiwa risiko dan insiden 24 jam dan laporan harus dilengkapi oleh bidan senior yang ditunjuk.

Koordinator Bangsal Buruh harus memberi tahu Manajer Risiko Bersalin dan Kepala Kebidanan tentang laporan kasus.

## **Asuhan Kebidanan kasus *Cepalopelvic Disproportion (CPD)***

### **Tatalaksana**

1. Partus Percobaan  
Partus dikatakan maju apabila partus berjalan fisiologis, terjadi perubahan pada pembukaan serviks, tingkat turunnya kepala, dan posisi kepala (rotasi). Jika tidak terjadi perubahan tersebut maka disebut partus tidak maju. Apabila terjadi kegagalan, partus dihentikan dengan indikasi dan harus dilakukan seksio sesarea (Mochtar, 2015).
2. Seksio sesarea  
Seksio sesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut atau vagina, atau seksio sesarea adalah suatu histerotomia melahirkan janin dari dalam rahim (Cunningham, *et al.*, 2018).
3. Simfisiotomi  
Menurut Hartfield dalam Kemenkes 2016, simfisiotomi adalah sebuah operasi untuk memperbesar kapasitas pelvis dengan memotong jaringan ikat tulang pubis di bagian depan pelvis.

**TABEL 3.1 KRITERIA DIAGNOSTIK DAN TATALAKSANA DISTOSIA**

Pola persalinan	Nulipara	Multipara	Terapi di Puskesmas	Terapi di rumah sakit
<b>Kelainan pembukaan serviks</b> • Kemajuan pembukaan (dilatasi) serviks pada fase aktif • Kemajuan turunnya bagian terendah	< 1,2 cm/jam	< 1,5 cm/jam	<b>R</b>	• Dukungan dan terapi ekspektatif • Seksio sesarea bila CPD atau obstruksi
	< 1 cm/jam	< 2 cm/jam	<b>U</b>	
<b>Partus macet</b> • Fase deselerasi memanjang • Terhentinya pembukaan (dilatasi) • Terhentinya penurunan bagian terendah • Kegagalan penurunan bagian terendah	> 3 jam	> 1 jam	<b>J</b>	• Infus oksitosin, bila tak ada kemajuan, lakukan seksio sesarea • Seksio sesarea bila CPD atau obstruksi
	> 2 jam	> 2 jam	<b>U</b>	
	> 1 jam	> 1 jam	<b>U</b>	
	Tidak ada penurunan pada fase deselerasi atau kala 2	Tidak ada penurunan pada fase deselerasi atau kala 2	<b>K</b>	

Sumber : Kemenkes, 2013

Menurut WHO (2008), penanganan yang dapat dilakukan pada ibu bersalin dengan partus macet yaitu :

4. Rehidrasi pasien  
 Bertujuan untuk mempertahankan volume plasma dan mencegah atau mengobati hidrasi dan keton.
  - a. Memasang IV kateter, menggunakan nidle ukuran besar (no.18)
  - b. Jika ibu mengalami syok, berikan larutan salin atau ringer laktat hingga 1 liter, kemudian ulangi 1 liter dengan tetesan 20 tetes per menit sampai nadi lebih dari 90 kali per menit, tekanan darah sistolik 100 mmHg atau lebih tinggi. Namun jika muncul masalah pernafasan, turunkan 1 liter untuk 4-6 jam.
  - c. Jika ibu tidak mengalami syok tetapi ada dehidrasi dan ketonik, beri 1 liter cepat dan ulangi jika masih dehidrasi dan ketonik. Kemudian turunkan 1 liter untuk 4-6 jam
  - d. Catat dengan tepat pemberian cairan intravena dan pengeluaran urin
5. Beri antibiotik  
 Jika terdapat tanda-tanda infeksi atau membran telah pecah lebih dari 18 jam, umur kehamilan 37 minggu atau lebih berikan antibiotik seperti dibawah ini :

- a. Ampicilin 2 g tiap 6 jam dan
- b. Gentamisin 5 mg/BB/IV tiap 24 jam  
Jika ibu akan melahirkan secara sesarea, lanjutkan pemberian antibiotik dan berikan mitronidazol 500 mg/IV tiap 8 jam sampai demam turun selama 48 jam
6. Berikan dukungan  
Pasien yang akan melahirkan pervaginam didampingi untuk memberikan kenyamanan dan dukungan. Jelaskan semua prosedur kepada pasien, minta izin kepadanya untuk melakukan tindakan, dengarkan dan peka terhadap perasaan saat akan bersalin.
7. Kelahiran bayi
  - a. Jika pasti cephalopelvic disproportional, bayi harus dilahirkan secara sectio sesarea.
  - b. Jika bayi meninggal, harus dilahirkan secara embriotomi atau jika tidak mungkin lahirkan dengan seksio sesarea
  - c. Jika bayi masih hidup, servik telah berdilatasi maksimal dan kepala berada distasi 0 atau dibawahnya, lahirkan dengan ekstasi vavum
  - d. Jika bayi masih hidup dan servik telah berdilatasi maksimal dan ada indikasi untuk melakukan simpisiotomi untuk meringankan kemacetan (jika seksio sesarea tidak memungkinkan) dan kepala bayi berada di stasi 2, maka lahirkan dengan simpisiotomi dan ekstaksi vakum
  - e. Jika terjadi kemacetan, sedangkan janin hidup tetapi pembukaan serviks lengkap dan kepala janin terlalu tinggi untuk dilakukan tindakan vakum segera lahirkan janin dengan tindakan seksio sesarea

## Manajemen Asuhan Kebidanan

Manajemen asuhan kebidanan terdiri dari 7 langkah varney yaitu (Insani *et al.*, 2016):

1. Pengumpulan data dasar  
Pengumpulan data dasar terdiri dari data subjektif dan data objektif. Data subjektif adalah data yang diperoleh dari sudut pandang pasien atau segala bentuk pernyataan atau keluhan dari pasien. Data objektif merupakan data yang diperoleh dari hasil pemeriksaan / observasi bidan atau tenaga kesehatan lain. Yang termasuk dalam data objektif meliputi pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium, ataupun pemeriksaan diagnostik lainnya.
2. Interpretasi Data Dasar  
Interpretasi data dasar didapatkan dari hasil analisa data subjektif dan data objektif. Analisa yang cepat dan akurat sangat diperlukan guna pengambilan keputusan



/ tindakan yang tepat. Pada langkah ini dilakukan interpretasi data yang benar terhadap diagnosa atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosa yang spesifik. Masalah sering berkaitan dengan pengalaman wanita yang diidentifikasi oleh bidan. Masalah ini sering menyertai diagnosa. Sebagai contoh yaitu wanita pada trimester ketiga merasa takut terhadap proses persalinan dan persalinan yang sudah tidak dapat ditunda lagi. Perasaan takut tidak termasuk dalam kategori “nomenklatur standar diagnosa” tetapi tentu akan menciptakan suatu masalah yang membutuhkan pengkajian lebih lanjut dan memerlukan suatu perencanaan untuk mengurangi rasa sakit.

3. Mengidentifikasi diagnosa atau masalah Potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien, bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosa atau masalah potensial benar-benar terjadi.

4. Identifikasi tindakan segera dan atau kolaborasi

Pada langkah ini bidan menentukan kebutuhan terhadap tindakan segera, melakukan konsultasi atau kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi klien.

5. Merencanakan asuhan yang menyeluruh

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosa atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi, pada langkah ini informasi / data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya apakah diberikan penyuluhan, konseling, dan apakah merujuk klien bila ada masalah-masalah yg berkaitan dengan sosial ekonomi, kultur atau masalah psikologis.

6. Melaksanakan perencanaan

Adalah implementasi dari rencana asuhan yang komprehensif. Pada langkah ini bidan mengarahkan atau melaksanakan rencana asuhan secara efektif dan aman. Penatalaksanaan asuhan ini sebagian dilakukan oleh bidan, sebagian oleh klien sendiri atau oleh petugas kesehatan lainnya. Walau bidan tidak melaksanakan seluruh asuhan sendiri, tetapi dia tetap memiliki tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya (misalnya memantau rencananya benar-benar telaksanan). Bila

perlu berkolaborasi dengan dokter misalnya karena adanya komplikasi monev yang efisien berhubungan dengan waktu, biaya, serta peningkatan mutu asuhan. Kaji ulang apakah semua rencana telah dilaksanakan.

7. Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan sebagaimana telah diidentifikasi didalam masalah dan diagnosa. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya. Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut telah efektif sedang sebagian belum efektif.

## Daftar Tilik

**TABEL 3.2 ANAMNESIS DAN PEMERIKSAAN OBSTETRIA NORMAL**

No.	Langkah – langkah	0	1	2
<b>MELAKUKAN PENILAIAN AWAL PERSALINAN</b>				
1.	Menyambut ibu dan keluarga			
2.	Mempersilakan ibu untuk duduk atau tidur dengan posisi nyaman dan memfasilitasi ibu untuk mendampingi dengan keluarga yang diinginkan ibu			
3.	Memperkenalkan diri kepada ibu			
4.	Menanyakan keluhan ibu (Gali keluhan secara fisik maupun psikologis dan cari kemungkinan penyebab)			
5.	Menilai apakah ibu perlu untuk dilakukan pemeriksaan segera atau tidak. Jika Ya, tunda penggalian riwayat dan segera lakukan pemeriksaan obstetri			
6.	Menjelaskan tujuan prosedur dan meminta persetujuan pasien terhadap tindakan yang akan dilakukan			
7.	Meninjau buku KIA (jika ada) untuk mengetahui riwayat obstetri dan permasalahan yang ada selama kehamilan <ul style="list-style-type: none"> <li>• Riwayat persalinanterdahulu</li> <li>• Faktor-faktor yang berhubungan dengan komplikasi selama kehamilan</li> <li>• Catatan rekomendasi untuk persalinan</li> </ul>			
8	Menanyakan biodata pasien dan suami (Nama, usia, pendidikan, pekerjaan, alamat, no. Telp)			
<b>MENANYAKAN RIWAYAT OBSTETRIC</b>				
9.	Menanyakan usia kehamilan			
10.	Menanyakan apakah ibu merasakan tanda-tanda bahaya			

No.	Langkah - langkah	0	1	2
11.	Menanyakan riwayat persalinan sekarang <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usia kehamilan</li> <li>• Pergerakan janin terakhir</li> <li>• Kapan mulai kontraksi (frekuensi, durasi, kekuatan)</li> <li>• Perdarahan per vaginam atau lendir darah</li> <li>• Kunjungan antenatal terakhir</li> <li>• Obat-obatan yang dikonsumsi</li> <li>• Pengeluaran cairan pervaginam / ketuban (kapan, warna, bau, jumlah)</li> <li>• Istirahat terakhir</li> </ul>			
	Makan terakhir dan jenis makanan yang dimakan BAB dan BAK terakhir			
12.	Menghitung usia kehamilan dan menentukan taksiran persalinan			
13	Catat temuan dalam partograf			
<b>MELAKUKAN PEMERIKSAAN FISIK</b>				
1	Memperhatikan tingkat energi ibu, keadaan emosi dan posturnya selama melakukan pemeriksaan			
2	Jaga privasi ibu			
3	Menjelaskan seluruh prosedur sambil melakukan pemeriksaan			
4	Melakukan persiapan alat dan menyusun alat secara ergonomis <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kran dengan airmengalir</li> <li>• Sabun</li> <li>• Handuk bersih</li> <li>• Timbangan berat badan (1buah)</li> <li>• Pengukur tinggi badan (1buah)</li> <li>• Tensimeter (1buah)</li> <li>• Stetoskop (1buah)</li> <li>• Thermometer (1buah)</li> <li>• Kom kecil berisi kassa secukupnya (1buah)</li> <li>• Tissue secukupnya</li> <li>• Botol berisi air sabun, lisol 2%, dan air bersih (1buah)</li> <li>• Reflek hamer (1buah)</li> <li>• Metlin / meteran (1buah)</li> <li>• Monoaural (1buah)</li> <li>• Bengkok (1buah)</li> <li>• Bak instrument berisi sarung tangan steril 1 pasang (1buah)</li> <li>• Kom berisi kapascebok</li> </ul>			

No.	Langkah - langkah	0	1	2
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alas bokong</li> <li>Spekulumvagina</li> <li>Air DTT</li> <li>Baskom berisi larutan klorin 0,5%</li> <li>Lampu sorot</li> </ul>			
5	Mencuci tangan dengan menggunakan sabun dan air mengalir serta keringkan			
6	Mengukur tinggi dan berat badan			
7	Mengukur TTV (tekanan darah, nadi, suhu, dan pernapasan)			
8	Inspeksi apakah terdapat oedema pada wajah			
9	Memeriksa apakah mata pucat pada conjungtiva, dan berwarna kuning pada Skera			
10	Memeriksa dan meraba leher untuk mengetahui (pembesaran kelenjar tiroid dan limfe, pembesaran vena jugularis)			
11	Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih			
<b>MEMERIKSA ABDOMEN</b>				
12	Membantu ibu untuk tidur rileks dan hindari posisi supine			
13	Melakukan inspeksi abdomen untuk melihat bentuk, ukuran, dan luka bekasoperasi			
14	Mengukur tinggi fundus uteri dan nilai apakah sesuai dengan usia kehamilan			
15	Melakukan palpasi abdomen (leopold / ahfeld / budin / knebel) dan perlimaan			
16	Meraba apakah terdapat kontraksi <ul style="list-style-type: none"> <li>Letakkan tangan pada daerahfundur</li> <li>Cek wakt dan mulai hitung his /kontraksi</li> <li>Hitung jumlah kontraksi dalam 10 menit dan durasi setiap kontraksinya</li> <li>Mulai hitung segera kekuatan kontraksi pada saat fundus mengerassampai fundusmelunak</li> <li>Pertahankan tangan anda di fundus sampai dengan 10menit</li> </ul>			
17	Menghitung denyut jantung janin (DJJ)			
<b>MEMERIKSA TANGAN DAN KAKI</b>				
18	Memeriksa refleks patella jika ada indikasi			
<b>MELAKUKAN PEMERIKSAAN GENITALIA EKSTERNA</b>				
1	Membantu ibu mengambil posisi dorsal recumbent, dan menutup tubuh untuk menjaga privasi			

No.	Langkah - langkah	0	1	2
2	Penolong melepaskan perhiasan di jari lengan			
3	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, setelah itu mengeringkannya dengan menggunakan handuk bersih			
4	Memasang alas bokong dan meminta ibu melepas pakaian dalam			
5	Mendekatkan alat-alat dan memakai sarung tangan steril			
6	Menjelaskan tindakan yang akan dilakukan			
7	Melakukan vulva hygiene			
8	Membuka labia mayora dan memeriksa labia minora, kemudian klitoris, lubang uretra dan introitus vagina untuk melihat adanya: luka • varices • pengeluaran cairan pervaginan (warna, konsistensi, jumlah,bau)			
9	Melakukan palpasi pada kelenjar bartholini untuk mengetahui adanya: • pembengkakan • massa atakista • cairan			
10	Pada waktu melakukan pemeriksaan selalu mengamati wajah ibu untuk mengetahui apakah ibu merasakan nyeri atau sakit karena prosedur ini			
	Total pemeriksaan genitalia luar = (total bobot / 20) x 100 =			
<b>MELAKUKAN VAGINAL TOUCHER DAN PEMERIKSAAN PANGGUL DALAM (SESUAIKAN DENGAN KASUS)</b> <i>Pertimbangkan kembali indikasi melakukan VT</i>				
<b>Selalu ingat untuk melakukan pemeriksaan dalam diantara kontraksi.</b> Jika ibu mengalami kontraksi saat jari tangan anda di dalam vagina, <b>tunggu</b> , dan pertahankan di dalam, jangan mengeluarkan dan kemudian memasukkannya kembali				
1	Menjelaskan kepada ibu bahwa pemeriksaan dilakukan berkesinambungan			
2	Menjelaskan prosedur kepada ibu dan jaga privasi ibu			
3	Pastikan kandung kemih ibu kosong			
4	Meminta ibu untuk mengatakan jika ibu merasakan tidak nyaman dengan pemeriksaan yang dilakukan			
5	Melakukan vulva hygiene			
6	Memasukkan dua jari ke dalam vagina, mengikuti alur dinding vagina Dan memeriksa apakah terdapat massa pada dinding vagina			

No.	Langkah - langkah	0	1	2
7	Identifikasi hal-hal berikut: <ul style="list-style-type: none"> <li>• kondisi vagina</li> <li>• kondisi serviks (kelembutan, kekakuan, atau oedema)</li> <li>• nilai dilatasi serviks</li> <li>• nilai pendataran serviks (derajat penipisan)</li> <li>• tentukan bagian terendah janin dan posisinya (jika selaput ketuban sudah pecah)</li> <li>• Jika presentasi vertex, cari sutura dan fontanel untuk menilai fleksi dan rotasi</li> <li>• Jika terjadi prolapsus tali pusat (kelola sesuai standarnya)</li> <li>• Rasakan apakah selaput ketuban utuh atau sudah pecah. Jika ketuban sudah pecah lihat karakteristik air ketuban (warna, bau, konsistensi, dan kuantitas)</li> </ul>			
8	Coba untuk mencapai promontorium, jika teraba ukur jaraknya dari pinggir bawah simfisis			
9	Palpasi kurva sakrum dengan menggunakan jari tangan dengan telapak tangan menghadap ke bawah untuk menentukan kekonfakan			
10	Palpasi spina ischiadica dan catat bila menonjol			
11	Palpasi sudut pubis dengan dua jari (telunjuk dan jari tengah) dan telapak tangan menghadap ke atas menyusuri arcus pubis			
12	Bandingkan kapasitas ukuran panggul dengan ukuran bagian terendah putuskan cara persalinan yang akan dilakukan			
13	Keluarkan tangan dengan hati-hati			
14	Bersihkan ibu dan pasangkan pembalut bersih dan pakaian dalam ibu			
15	Gosokkan kedua tangan dalam baskom berisi klorin 0,5% kemudian lepaskan dalam keadaan terbalik.			
16	Cuci tangan dengan sabun dan air bersih			
17	Bantu ibu duduk dan jaga kenyamanan ibu			
18	Beritahu ibu hasil pemeriksaan dan berikan kesempatan kepada ibu untuk bertanya dan mengekspresikan kecemasannya.			
<b>MELAKUKAN PEMERIKSAAN GENITALIA INTERNA DENGAN SPEKULUM (TERGANTUNG KELUHAN PASIEN)</b>				
1	Memperlihatkan spekulum pada ibu sambil menjelaskan bahwa benda tersebut akan dimasukkan ke dalam vagina ibu dan bagaimana hal ini akan terasa oleh ibu			
2	Menjelaskan kepada ibu bagaimana caranya agar relaks selama dilakukan pemeriksaan (misal: bernafas melalui hidung dan keluarkan dari mulut, lemaskan badan sambil kedua kaki tetap diregangkan)			

No.	Langkah – langkah	0	1	2
3	Meminta ibu untuk mengatakan jika apa yang dilakukan menyebabkan ibu tidak nyaman			
4	Melakukan vulva hygiene			
5	Memegang spekulum dengan miring, membuka bagian labia dengan tangan kiri sementara tangan kanan memasukkan spekulum dengan hati-hati, hindari menyentuh uretra dan klitoris			
6	Memutar spekulum dan membuka (blade) nya untuk melihat serviks			
7	Memeriksa serviks untuk melihat adanya: <ul style="list-style-type: none"> <li>• cairan atau darah</li> <li>• adanya luka/lesi</li> <li>• pembukaan serviks</li> </ul>			
8	Memeriksa dinding vagina untuk melihat adanya: <ul style="list-style-type: none"> <li>• cairan ataudarah</li> <li>• luka</li> </ul>			
9	Menutup dan mengeluarkan spekulum dengan hati-hati dengan posisi miring			
10	Meletakkan spekulum yang sudah digunakan dalam baskom larutan klorin			
<b>PENGAMBILAN KEPUTUSAN KLINIS</b>				
1	Berdasarkan hasil temuan tentukan: <ul style="list-style-type: none"> <li>• apakah semua temuan dalam kondisi normal atau tidak</li> <li>• komplikasi atau masalah-masalah lain dapat terdeteksi dan anda dapat melakukan manajemen yang tepat sesuai dengan kewenangan bidan</li> <li>• ibu yang mengalami kegawatdaruratan atau komplikasi, segera mendapatkan penanganan segera atau rujukan (syarat BAKSOKUDA)</li> <li>• lakukan monitoring kemajuan persalinan walaupun tidak adakomplikasi</li> </ul>			
2	Buat rencana asuhan termasuk: <ul style="list-style-type: none"> <li>• kebutuhan untuk pemeriksaan laboratorium (mandiri dan kolaborasi)</li> <li>• kebutuhan untuk konsultasi dengan spesialis</li> <li>• kebutuhan untuk pendidikan kesehatan</li> <li>• kebutuhan untuk mengikutsertakan keluarga dalam proses pendidikan kesehatan</li> <li>• kebutuhan untuk penatalaksanaan komplikasi yang terdeteksi</li> <li>• kebutuhan rasa nyaman dan dukungan selama persalinan</li> <li>• kebutuhan nutrisi dan hidrasi</li> <li>• waktu untuk memonitor persalinan berdasarkan fase dan kala persalinan</li> </ul>			

## Kasus Dan Manajemen Asuhan Kebidanan

### ASUHAN KEBIDANAN PADA Ny. M G1P0A0H0 USIA KEHAMILAN 39-40 MINGGU INPARTU KALA I DI PMB “S” PADANG TANGGAL 4 JUNI 2020

#### I. DATA SUBYEKTIF

##### IDENTITAS

MR	041919		
Nama ibu	: Ny. M	Nama Suami	: Tn. S
Umur	: 19 tahun	Umur	: 32 tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Suku/bangsa	: Minang	Suku/bangsa	: Minang
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Swasta
Alamat	: Bungus RT 002/ RW 001		

#### ANAMNESIS

1. Alasan berkunjung:  
Ibu mengatakan nyeri pinggang menjalar ke ari-ari sejak pukul 14.00 WIB, keluar lendir bercampur darah dari kemaluan.
2. Riwayat menstruasi
  - a. Menarche : 12 tahun
  - b. Siklus : 28 hari
  - c. Banyaknya : hari 1 & 2
  - d. Lamanya : 5-6 hari
  - e. Sifat darah : encer
  - f. Teratur/tidak : teratur
  - g. Flour albus : tidak ada
  - h. Dismenorea : tidak ada
  - i. HPHT : 1 September 2019
  - j. HPL : 8 Juni 2020
  - k. Usia kehamilan : 39-40 minggu
3. Riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu : Tidak Ada



4. Riwayat kehamilan sekarang
  - a. Keluhan  
Nyeri peinggang menjalar ke ari-ari sejak pukul 14.00 WIB, keluar lendir bercampur darah dari kemaluan
  - b. Penyuluhan yang pernah didapat
    - Senam hamil
    - Nutrisi dalam kehamilan
    - Tanda bahaya kehamilan
    - Keluarga Berencana
    - Persiapan Persalinan
    - Tanda persalinan
  - c. Imunisasi TT : TT2
  
5. Riwayat penyakit sistemik yang pernah diderita
 

Jantung	: tidak ada	TBC	: tidak ada
DM	: tidak ada	Hepatitis	: tidak ada
Asma	: tidak ada	Hipertensi	: tidak ada
  
6. Riwayat kesehatan dan penyakit keluarga
 

Jantung	: tidak ada	Gemelli	: tidak ada
DM	: tidak ada	Hepatitis	: tidak ada
Asma	: tidak ada	Hipertensi	: tidak ada
TBC	: tidak ada		
  
7. Pola aktivitas sehari-hari
  - a. Pola nutrisi Sebelum hamil
    - Makan : 3x sehari porsi sedang (nasi, sayur, lauk,buah)
    - Minum : 5-8 gelas sehari (air putih) Saat hamil
    - Makan : 3-4x sehari (nasi, sayur, lauk,buah)
    - Minum : ± 6-7 gelas air putih +1 gelas susu
  - b. Pola istirahat dan tidur  
Sebelum hamil :tidur malam 6-8 jam  
Saat hamil : tidur siang 1-2 jam, tidur malam 5-6 jam
  - c. Pola eliminasi  
Sebelum hamil
    - BAK : 6-7x / hari, warna kuning jernih, tidak ada keluhan
    - BAB : 1x/ hari, lunak, warna kuning kecokelatan, tidak ada keluhan

Saat hamil

- BAK : 8-10x/ hari, warna kekuningan, tidak ada keluhan
- BAB : 1x/ hari, lunak, warna kuning kecokelatan, tidak ada keluhan

d. Pola kebiasaan

- Merokok : tidak ada
- Alkohol : tidak ada
- Obat-obatan : tidak ada
- Jamu : tidak ada

8. Riwayat sosial budaya

Perkawinan ke- : 1

Lama perkawinan : 1 tahun

Status spiritual : melaksanakan ibadah shalat

## II DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

- a. KU : Sedang
- b. Kesadaran : composmentis
- c. TTV

TD : 120/80 mmHg

N : 88x / menit

S : 36,7° C

RR : 20x / menit

2. Pemeriksaan khusus

a. Inspeksi

- Kepala : bersih, kulit kepala bersih
- Wajah : wajah tampak menahan nyeri, tidak pucat, terdapat cloasma gravidarum
- Mata : konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik
- Telinga : bersih
- Mulut : bibir tidak pucat, tidak ada karies
- Dada : simetris, areola hiperpigmentasi, papila menonjol, pengeluaran kolostrum (+)
- Abdomen: ada linea alba dan striae, tidak ada bekas SC
- Leopold I: TFU pertengahan pusat – PX, pada bagian fundus teraba bagian lunak bulat dan tidak melenting, kemungkinan bokong janin

- Leopold II : bagian kanan perut ibu teraba bagian kecil, kemungkinan ekstrimitas janin dan bagian kiri perut ibu teraba keras, panjang, memapan, kemungkinan punggung janin
- Leopold III : bagian bawah perut ibu teraba keras, bulat, melenting, kemungkinan adalah kepala janin dan kepala tidak dapat digoyangkan
- Leopold IV : Posisi tangan divergen, kepala sudah masuk PAP. penurunan 2/5
- Mc. Donald : 33 cm
- TBJ
- Kontraksi Uterus
  - Frekuensi : 2x/ 10 menit
  - Durasi : 20 detik
  - Intensitas : Kuat
- Auskultasi
- DJJ
  - Frekuensi : 134 x/ menit
  - Irama : teratur
  - Intensitas : kuat
  - Punctum maximum : kiri bawah perut ibu
- Ekstremitas : simetris, tidak ada oedema, tidak ada varises, gerakan aktif
- Genitalia : tidak ada luka, tidak ada oedema, pengeluaran lendir bercampur darah (+)
- Anus : ada hemoroid

### 3. Pemeriksaan Laboratorium

- a. Kadar Haemoglobin : 11 gr/dl
- b. Golongan darah : A
- c. Urine reduksi : Negatif
- d. Albumin : Negatif

### 4. Pemeriksaan dalam Pukul 16.00 WIB

- a. Portio : tipis
- b. Dinding vagina : Tidak oedema, tidak varises
- c. Elastisitas perineum : Elastis
- d. Pembukaan : 3 cm
- e. Penipisan (effacement) : 100 %

- f. Ketuban : (+) positif
- g. Presentasi : Kepala
- h. Denominator UUK : Kiri depan
- i. Molase : 0
- j. Penurunan kepala : Hodge II (teraba promontorium)

### III. ASSESMENT

1. Diagnosa : Ny. M G1P0A0H0 UK 39-40 minggu partu kala I fase laten Normal
2. Masalah : Tidak Ada
3. Diagnosa potensial : Tidak Ada
4. Masalah potensial : Tidak Ada

### IV. PLANNING

1. Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarganya
2. Menjelaskan kepada ibu penyebab nyeri yang dirasakan ibu.
3. Menganjurkan ibu untuk miring ke kiri
4. Mengajarkan ibu, suami / keluarga tentang teknik relaksasi untuk mengurangi rasa nyeri.
5. Memenuhi kebutuhan nutrisi dan hidrasi ibu.
6. Memberikan dukungan psikologis untuk ibu.
7. Memantau perkembangan persalinan dan keadaan ibu.
8. Mempersiapkan peralatan persalinan.

Subjektif	Objektif	Assesment	Planning
<p><b>Tanggal: 4 Juni 2020</b>  <b>Pukul: 16.00 WIB</b></p> <p>Ny: M/ Tn. S  19 tahun/ 32 tahun</p> <p>Keluhan: Ibu mengatakan nyeri pinggang menjalar ke ari-ari sejak pukul 14.00 WIB, keluar lendir bercampur darah dari kemaluan.</p> <p>Ibu mengatakan ini merupakan kehamilan pertama.  HPHT: 1 September 2019  HPL: 8 Juni 2020</p>	<p>KU: Baik  Kesadaran: Composmentis  TTV</p> <p>TD: 120/80 mmHgN: 88 x/i  RR: 20x/iS: 36.7°C</p> <p><b>Pemeriksaan FisikAbdomen:</b>  Leopold I : TFU ½ PX-Pusat, bokong  Leopold II : pu-ki Leopold III.  : kepala  Leopold IV. Posisi tangan divergen, kepala sudah masuk PAP. Penurunan 2/5  His 2 x/10 menit, durasi 20 detik. DJJ 134x/i kuat teratur  Mc. Donald 33 cm  Genitalia: pengeluaran lendir darah, ketuban (+), pembukaan 3cm, penipisan 100%, moulase 0, UUK Kiri Depan, Hodge II</p>	<p>Diagnosa: Ny. M G1P0A0H0 inpartu kala I fase laten Masalah : tidak ada</p> <p>Diagnosa Potensial : tidak ada  Masalah Potensial : tidak ada</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibudan keluarganya</li> <li>2. Memenuhi kebutuhannutrisi dan hidrasi ibu.</li> <li>3. Menjelaskan kepada ibu penyebab nyeri yang dirasakan ibu.</li> <li>4. Mengajarkan ibu untuk miring ke kiri</li> <li>5. Mengajarkan ibu, suami / keluarga tentang teknik relaksasi untuk mengurangi rasa nyeri.</li> <li>6. Memberikan dukungan psikologis untuk ibu.</li> <li>7. Memantau perkembangan persalinan dan keadaan ibu.</li> <li>8. Mempersiapkan peralatan persalinan.</li> </ol>
<p><b>Tanggal: 4 Juni 2020</b>  <b>Pukul: 20.00 WIB</b></p> <p>Keluhan: Ibu mengeluh kontraksi semakin kuat dan lama</p>	<p>KU : Baik  Kesadaran: ComposmentisTTV</p> <p>TD : 120/80 mmHgN: 84 x/i  RR : 22x/iS: 37°C</p> <p>Perkembangan PersalinanHIS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 16.30 WIB : 2 x/10' 20"</li> <li>• 17.00 WIB : 2 x/10' 20"</li> <li>• 17.30 WIB : 2 x/10' 20"</li> <li>• 18.00 WIB : 2 x/10' 20"</li> <li>• 18.30 WIB : 2 x/10' 20"</li> <li>• 19.00 WIB : 3 x/10' 20"</li> </ul>	<p>Diagnosa : Ny. M G1P0A0H0 inpartu kala I fase aktif Masalah : tidak ada</p> <p>Diagnosa Potensial : tidak ada  Masalah Potensial : tidak ada</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibudan keluarganya</li> <li>2. Menjelaskan kepada ibu penyebab nyeri yang dirasakan ibu.</li> <li>3. Mengajarkan ibu untuk miring ke kiri</li> <li>4. Mengajarkan ibu, suami / keluarga tentang teknik relaksasi untuk mengurangi rasa nyeri.</li> </ol>

Subjektif	Objektif	Assesment	Planning
<p><b>Tanggal: 4 Juni 2020</b>  <b>Pukul: 24.00 WIB</b>            Keluhan: Ibu mengeluh kontraksi semakin kuat dan lama</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 19.30 WIB : 3 x/10' 20"</li> <li>• 20.00 WIB : 3 x/10' 20" DJJ</li> <li>• 16.30 WIB : 132x/i</li> <li>• 17.00 WIB : 142x/i</li> <li>• 17.30 WIB : 138x/i</li> <li>• 18.00 WIB : 135x/i</li> <li>• 18.30 WIB : 141x/i</li> <li>• 19.00 WIB : 134x/i</li> <li>• 19.30 WIB : 129x/i</li> <li>• 20.00 WIB : 133x/i VT</li> <li>• Penipisan : 100%</li> <li>• Pembukaan : 4 cm</li> <li>• Ketuban : (+)</li> <li>• Moulase : 1</li> <li>• Denominator : UUK Kiri Depan</li> <li>• Hodge II-III:</li> </ul>		<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Memenuhi kebutuhan nutrisi dan hidrasi ibu.</li> <li>7. Memberikan dukungan psikologis untuk ibu.</li> <li>8. Memantau perkembangan persalinan dan keadaan ibu.</li> <li>9. Membuat Partograf</li> <li>10. Mempersiapkan peralatan persalinan.</li> </ol>
	<p>KU: Baik            Kesadaran: ComposmentisTTV            TD: 120/80 mmHgN: 88 x/i            RR: 22x/iS: 37,2°C            Perkembangan PersalinanHIS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20.30 WIB : 3 x/10' 20"</li> <li>• 21.00 WIB : 3 x/10' 20"</li> <li>• 21.30 WIB : 3 x/10' 20"</li> <li>• 22.00 WIB : 3 x/10' 20"</li> <li>• 22.30 WIB : 3 x/10' 25"</li> <li>• 23.00 WIB : 3 x/10' 25"</li> <li>• 23.30 WIB : 3 x/10' 30"</li> <li>• 24.00 WIB : 3 x/10' 30"DJJ</li> </ul>	<p>Diagnosa : Ny. M G1PoA0H0 inpartu kala I fase aktif memanjang            Masalah : ibu merasa cemas dan kesakitan            Diagnosa Potensial : CPD            Masalah Potensial : Fetal Distress</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibudan keluarganya</li> <li>2. Mengajarkan ibu, suami / keluarga tentang teknik relaksasi untuk mengurangi rasa nyeri.</li> <li>3. Memenuhi kebutuhannutrisi dan hidrasi ibu.</li> <li>4. Memberikan dukungan psikologis untuk ibu.</li> </ol>

Subjektif	Objektif	Assesment	Planning
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 20.30 WIB : 136x/i</li> <li>• 21.00 WIB : 140x/i</li> <li>• 21.30 WIB : 132x/i</li> <li>• 22.00 WIB : 128x/i</li> <li>• 22.30 WIB : 120x/i</li> <li>• 23.00 WIB : 122x/i</li> <li>• 23.30 WIB : 124x/i</li> <li>• 24.00 WIB : 120x/iVT :</li> <li>• Penipisan : 100%</li> <li>• Pembukaan : 4 cm</li> <li>• Ketuban : (+)</li> <li>• Moulase : 2</li> <li>• Denominator : UUK Kiri Depan</li> <li>• Hodge III</li> </ul>		<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Melakukan persiapan rujukan (ibu, janin,dokumen rujukan).</li> <li>6. Melakukan rujukan</li> </ol>



## **BAB 4**

# **Kelainan His (*Rhythmic Variations of Labour*)**

### **Pengertian Kelainan HIS**

Distosia adalah kesulitan dalam jalannya persalinan. Distosia dapat disebabkan karena kelainan HIS (HIS hipotonik dan hipertonic), karena kelainan mbesar anak, bentuk anak (Hidrocefalus, kembar siam, prolaps tali pusat), letak anak (letak sungsang dan lintang), serta karena kelainan jalan lahir.

### **Klasifikasi Kelainan HIS**

#### ***Inersia uteri (Hypotonic uterine contraction)***

Kelainan his dengan kekuatan yang lemah / tidak adekuat untuk melakukan pembukaan serviks atau mendorong anak keluar. Di sini kekuatan his lemah, singkat dan frekuensinya jarang. Sering dijumpai pada penderita dengan keadaan umum kurang baik seperti anemia, uterus yang terlalu teregang misalnya akibat hidramnion atau kehamilan kembar atau makrosomia, grandemultipara atau primipara, serta pada penderita dengan keadaan emosi kurang baik. Dapat terjadi pada kala pembukaan serviks, fase laten atau fase aktif, maupun pada kala pengeluaran.



Inersia uteri hipotonik terbagi dua, yaitu :

1. Inersia uteri primer  
Terjadi pada permulaan fase laten. Sejak awal telah terjadi his yang tidak adekuat (kelemahan his yang timbul sejak dari permulaan persalinan), sehingga sering sulit untuk memastikan apakah penderita telah memasuki keadaan inpartu atau belum.
2. Inersia uteri sekunder  
Terjadi pada fase aktif kala I atau kala II. Permulaan his baik, kemudian pada keadaan selanjutnya terdapat gangguan / kelainan (Padlilah, *et al*, 2019).

### **Tetania Uteri (*Hypertonic uterine contraction*)**

Adalah HIS yang terlampau kuat dan terlalu sering sehingga tidak ada relaksasi rahim. Hal ini dapat menyebabkan terjadinya *partus presipitatus* yang dapat menyebabkan persalinan diatas kendaraan, kamar mandi, dan tidak sempat dilakukan pertolongan. Pasien merasa kesakitan karena his yang kuat dan berlangsung hampir terus-menerus. Akibatnya terjadilah luka-luka jalan lahir yang luas pada serviks, vagina dan perineum, dan pada bayi dapat terjadi perdarahan intrakranial, dan hipoksia janin karena gangguan sirkulasi *uteroplasenter*.

Basal tonus meningkat dan atau kekacauan dalam gradasi tekanan yang ditimbulkan oleh his akibat tekanan yang ditimbulkan oleh his dibagian tengah uterus lebih besar daripada yang dihasilkan oleh bagian fundus dan atau adanya peristiwa asinkronisme dari rangsangan yang berasal dari cornu (Qonitun dan Siti, 2019).

Bila ada kesempitan panggul dapat terjadi ruptur uteri mengancam, dan bila tidak segera ditangani akan berlanjut menjadi ruptura uteri. Faktor yang dapat menyebabkan kelainan ini antara lain adalah rangsangan pada uterus, misalnya pemberian oksitosin yang berlebihan, ketuban pecah lama dengan disertai infeksi, dan sebagainya (Padlilah, *et al*, 2019).

### **Etiologi Kelainan HIS**

Distosia karena kelainan HIS dapat disebabkan oleh berbagai faktor, antara lain:

1. Anemia  
Penelitian yang dilakukan oleh Savitri *et al* tahun 2019 menyebutkan terdapat perbedaan kejadian inersia uteri yang signifikan antara persalinan disertai anemia dan tanpa disertai anemia. Hasil penelitian ini sesuai dengan teori bahwa ibu bersalin dengan anemia yaitu kadar hemoglobin <11 g/dl merupakan salah satu penyebab terjadinya inersia uteri (Prawirohardjo, 2016). Dampak anemia pada ibu hamil terutama pada saat persalinan adalah terjadinya inersia uteri karena ibu mengalami kelelahan dan kelemahan sehingga mempengaruhi kualitas mengejan ibu.

Selama persalinan, power atau kekuatan untuk mengejan membutuhkan banyak tenaga sehingga oksigen yang tersimpan akan digunakan dengan cepat dan sirkulasi darah normal tidak dapat menyuplai oksigen dengan baik sehingga kinerja otot uterus tidak optimal dalam berkontraksi. Apabila his yang ditimbulkan sifatnya lemah, pendek dan jarang maka akan mempengaruhi pembukaan serviks dan turunnya kepala janin. Gangguan pada kontraksi otot uterus tersebut disebabkan oleh proses pembentukan ATP yg terganggu.

Energi yang dihasilkan oleh ATP merupakan salah satu faktor yang berperan dalam terjadinya kontraksi otot. Salah satu senyawa terpenting dalam pembentukan ATP adalah oksigen yang dibutuhkan oleh tubuh untuk menghasilkan energi dan bekerja secara efisien melalui respirasi aerob. Oksigen diperlukan terutama dalam proses fosforilasi oksidatif yang terjadi di dalam mitokondria disertai penguraian molekul nutrien dengan produk sisa yang dihasilkan berupa karbondioksida dan air.

Apabila oksigen yang disalurkan oleh darah tidak mencukupi untuk memenuhi kebutuhan jaringan perifer maka metabolisme aerob tidak dapat terjadi dan pembentukan ATP dalam sel harus terjadi secara anaerob. Pada metabolisme anaerob hanya menghasilkan sedikit ATP (energi) jika dibandingkan dengan metabolisme aerob yaitu hanya sebesar 2 ATP. Selain itu pada metabolisme anaerob juga menghasilkan produk samping berupa asam laktat yang dapat menimbulkan nyeri dan kelelahan otot apabila terjadi akumulasi sehingga terjadi inersia uteri yang mempengaruhi kualitas mengejan ibu.

Ibu hamil pada usia terlalu muda yaitu kurang dari 20 tahun Sebagian besar belum maksimal dalam mempersiapkan lingkungan yang diperlukan untuk pertumbuhan janin. Dari segi psikologis, ibu hamil yang berusia kurang dari 20 tahun juga lebih mudah mengalami ketakutan dan kecemasan pada saat menghadapi persalinan sehingga risiko untuk terjadi inersia uteri lebih besar oleh karena ibu terlalu takut untuk mengejan. Ibu hamil yang berumur kurang dari 20 tahun dan lebih dari 74,1 % menderita anemia dan mempunyai risiko yang tinggi untuk hamil. Hal ini dikarenakan pada usia <20 tahun fungsi reproduksi wanita belum berkembang secara sempurna dan kesadaran untuk memeriksakan dirinya masih rendah, sedangkan pada usia >35 tahun fungsi reproduksi mengalami penurunan sehingga akan membahayakan kesehatan dan keselamatan ibu hamil sehingga berisiko terjadi perdarahan dan anemia (Astriana, 2017).

2. Herediter, emosi dan ketakutan memegang peranan penting.
3. Salah pimpinan persalinan, atau salah dalam pemberian obat- obatan.
4. Bagian terbawah janin tidak berhubungan rapat dengan segmen bawah rahim. Ini dijumpai pada kelainan letak janin dan disproporsi sefalopelvik.
5. Kelainan uterus, misalnya uterus bikornis unikolis.
6. Kehamilan postmatur.

## Komplikasi Kelainan HIS

Kelainan his (inersia uteri) dapat menimbulkan kesulitan, yaitu :

1. Kematian atau jejas kelahiran
2. Bertambahnya resiko infeksi
3. Kelelahan dan dehidrasi dengan tanda-tanda : nadi dan suhu meningkat, pernapasan cepat, turgor berkurang, meteorismus dan asetonuria.

## Asuhan Kebidanan Kelainan His (*Rhythmic Variations Of Labour*)

### Asuhan Yang Diberikan Pada Persalinan Normal

Selama proses persalinan, terdapat beberapa kebutuhan dasar yang diperlukan ibu menurut JNP-KR (2017) , yaitu :

1. Dukungan emosional  
Perasaan takut dalam menghadapi persalinan berpengaruh pada rasa nyeri, otot-otot menjadi tegang dan ibu menjadi lebih cepat lelah, yang pada akhirnya akan berpengaruh pada proses persalinan sehingga dibutuhkan dukungan dari keluarga ataupun petugas kesehatan. Dukungan emosional diberikan dengan melatih keterampilan dalam menanamkan kepercayaan diri. Ibu yang dapat mengendalikan tubuhnya sendiri, dapat mengendalikan perilakunya, dan merasa berperan aktif dalam membuat keputusan akan mendapat pengalaman melahirkan yang lebih memuaskan.
2. Kebutuhan makanan dan cairan  
Makanan padat tidak dianjurkan diberikan selama persalinan fase aktif, karena makanan padat memerlukan waktu yang lama untuk dicerna di lambung dari pada makanan cair, sehingga proses pencernaan berjalan lebih lambat selama proses persalinan. Nutrisi yang diberikan pada ibu pada saat bersalin seperti, air gula, teh hangat, jus dan susu
3. Kebutuhan eliminasi  
Kandung kemih harus dikosongkan setiap 2 jam selama proses persalinan demikian pula dengan jumlah dan waktu berkemih juga harus dicatat. Penuhnya kandung kemih dapat mengganggu proses penurunan bayi saat persalinan.
4. Mengatur posisi  
Peran bidan adalah mendukung ibu dalam memilih posisi persalinan, menyarankan alternatif hanya apabila ibu merasa posisinya kurang nyaman.
5. Peran pendamping  
Kehadiran suami atau orang terdekat ibu untuk memberikan dukungan saat proses bersalin dapat membantu proses persalinan sehingga ibu merasa lebih tenang dan proses persalinannya dapat berjalan dengan lancar.

#### 6. Pengurangan rasa nyeri

Mengurangi rasa nyeri bisa dilakukan dengan pijatan. Pijatan dapat dilakukan pada lumbosakralis dengan arah melingkar. Adapun secara umum, teknik pengurangan rasa sakit, meliputi: kehadiran pendamping yang terus menerus, sentuhan yang nyaman dan dorongan dari orang yang mendukung, perubahan posisi dan pergerakan, sentuhan dan masase, berendam, pengeluaran suara, pemusatan perhatian, dan mendengarkan musik.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Putri dan Widiastuti menjelaskan merendam kaki dengan menggunakan air hangat pada ibu bersalin kala I fase aktif memberikan hasil yang positif, yang berarti merendam kaki dengan air hangat dapat mengurangi nyeri persalinan. Terapi ini efektif untuk mengurangi nyeri yang berhubungan dengan ketegangan otot dan nyeri pada persalinan walaupun dapat juga dipergunakan untuk mengatasi masalah hormonal dan kelancaran peredaran darah.

Selanjutnya berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Nufra dan Azimar tahun 2019 menunjukkan pemberian kompres hangat pada ibu bersalin dapat menurunkan rasa nyeri persalinan kala I fase aktif.

### **Asuhan Kebidanan Pada Kelainan HIS**

#### 1. Inersia Uteri

- a. Keadaan umum penderita harus diperbaiki. Gizi selama kehamilan harus diperhatikan.
- b. Penderita dipersiapkan menghadapi persalinan, dan dijelaskan tentang, kemungkinan yang ada.
- c. Teliti keadaan serviks, presentasi dan posisi, penurunan kepala / bokong bila sudah masuk PAP pasien disuruh jalan, bila his timbul adekuat dapat dilakukan persalinan spontan, tetapi bila tidak berhasil maka akan dilakukan sectio cesaria.
- d. Berikan oksitosin drips 5-10 satuan dalam 500 cc dektrosa 5%, dimulai dengan 12 tetes permenit, dinaikkan setiap 10-15 tetes permenit sampai 40-50 tetes permenit.
- e. Pemberian oksitosin tidak perlu terus menerus, sebab bila tidak memperkuat HIS setelah pemberian beberapa lama, hentikan dulu dan ibu disuruh istirahat. Pada malam hari berikan obat penenang misalnya valium 10 mg dan esoknya dapat diulangi lagi pemberian oksitosin drips.
- f. Bila inersia disertai dengan disproporsi sefalopelvis, maka sebaiknya dilakukan Secsio Sesarea
- g. Bila semula HIS kuat kemudian terjadi inersia uteri sekunder, ibu lemah dan partus berlangsung lebih dari 24 jam pada primi dan 18 jam pada multi, tidak

ada gunanya memberikan oksitosin drips, sebaiknya partus segera diselesaikan sesuai dengan hasil pemeriksaan dan indikasi obstetrik lainnya (ekstraksi vakum atau forcep, atau secsio sesarea) (Fauziah, 2014).

Standar operasional prosedur pada kasus inersia uteri yaitu:

- Nilai keadaan umum ibu, tanda-tanda vital ibu
- Tentukan keadaan janin, pastikan DJJ dalam batas normal. Jika ketuban sudah pecah, air ketuban kehijau-hijauan atau bercampur darah pikirkan kemungkinan terjadi gawat janin. Jika terdapat gawat janin lakukan seksio sesarea.
- Apabila terdapat disproporsi sefalopelvis maka sebaiknya lakukan seksio sesarea
- Berikan penanganan umum yang kemungkinan akan memperbaiki kontraksi seperti berjalan-jalan. Lakukan penilaian frekuensi dan lamanya kontraksi berdasarkan partograf.
- Apabila tidak ada kemajuan persalinan maka lakukan induksi dengan oksitosin drip 5 IU dalam 500 cc RL dengan tetes 8/menit dan dinaikkan tiap 30 menit maksimal 40 tetes.
- Apabila ada kemajuan persalinan, maka evaluasi kemajuan tiap 2 jam. Namun apabila tidak ada maka sebaiknya lakukan seksio sesarea.

Diagnosis inersia uteri paling sulit ditegakkan pada masa laten, untuk hal ini diperlukan pengalaman yang cukup. Kontraksi uterus yang disertai nyeri, tidak cukup untuk membuat diagnosis bahwa persalinan sudah dimulai. Untuk sampai pada kesimpulan tersebut, diperlukan kenyataan bahwa sebagai kontraksi itu terjadi perubahan pada serviks, yakni pendataran dan/atau pembukaan. Kesalahan yang sering dibuat adalah mengobati pasien dengan inersia uteri pada masih dalam *false labour* (Mutmainnah *et al*, 2017).

## 2. Tetania uteri

- a. Berikan obat seperti morfin, luminal, dan sebagainya asal janin tidak akan lahir dalam waktu dekat (4-6 jam).
- b. Bila ada tanda-tanda obstruksi, persalinan harus segera diselesaikan dengan secsio sesaria.
- c. Pada partus presipitatus tidak banyak yang dapat dilakukan karena janin lahir tiba-tiba dan cepat, sebaiknya ibu dirawat dirumah sakit sehingga dapat dilakukan pamantauan, jika sudah dalam tahap akan bersalin (pembukaan lengkap) segera lakukan episiotomy untuk menghindari rupture perineum (Widiastini, 2018).

- d. Pemberian sedative dan obat yang bersifat tokolitik (menekan kontraksi uterus) agar kontraksi uterus tersebut hilang dan diharapkan kemudian timbul his normal. Denyut jantung janin harus terus dievaluasi (Mutmainnah *et al*, 2017).

## Daftar Tilik

### Daftar Tilik Inersia Uteri

**TABEL 4.1 MENILAI KONTRAKSI UTERUS:**

No	BUTIR YANG DINILAI
<b>A.</b>	<b>SIKAP</b>
1.	Menyapa pasien dengan ramah dan sopan
2.	Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan
3.	Atur posisi ibu berbaring terlentang dengan lutut ditekuk dan paha Dibentangkan
4.	Percaya diri
5.	Teruji memberikan rasa empati pada klien
<b>B.</b>	<b>CONTENT</b>
6.	Mengenali kontraksi
7.	Mulail menghitung di awal kontraksi
8.	Mencatat waktu kontraksi mulai
9.	Mencatat waktu kontraksi berakhir
10.	Mencatat waktu terjadinya kontraksi lanjutan
11.	Menghitung durasi (lamanya His)
12.	Mencatat kontraksi uterus dengan hitungan berapa kali dalam 10 menit dan durasinya berapa detik
13.	Memberitahu ibu hasil pemeriksaan
14.	Merapikan ibu
15.	Membersihkan alat
<b>C.</b>	<b>TEKNIK</b>
16.	Teruji melakukan prosedur secara sistematis
17.	Teruji melaksanakan komunikasi selama pemeriksaan
18.	Menjaga privasi klien
19.	Teruji mendokumentasikan hasil tindakan dengan baik

(Suwanti, 2016)

### Prosedur penatalaksanaan Inersia uteri:

No	Prosedur
1.	Keadaan umum pasien harus diperbaiki.
2.	Pasien di siapkan untuk menghadapi persalinan dan menjelaskan tentang kemungkinan – kemungkinan yang ada.
3.	<p><b>Pada inersia Primer:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pastikan pasien masuk dalam persalinan.</li> <li>• Evaluasi persalinan dengan melakukan pemeriksaan dalam apabila hasilnya pembukaan masih 3 cm dengan porsio tebal 1 cm pasiendi istirahatkan apabila setelah 12 jam di lakukan pemeriksaan dalam tidak terdapat kenaikan pembukaan di berikan cairan oksitosin dan apabila ketuban masih positif lakukan amniotomi dandiniilai apa terdapat kontraksi dan terdapat kenaikan pembukaan. apabila tidak terdapat pembukaan lebih dari 24 jam pada nulipara dan 18 jam pada multipara dan terdapat gejala gawat janin segera lakukan tindakan sectio cesarean.</li> </ul>
4.	<p>Pada inersia uteri Sekunder :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menilai dengan cermat apa ada CPD atau tidak kalau terdapat CPDsegera dilakukan sectio cesarean.</li> <li>• Kalau tidak didapatkan CPD segera dilakukan pemecahan ketubanatau amniotomi dan di berikan infusan oksitosin.</li> <li>• Bila ada keajuan persalinan selama 2 jam setelah his baik persalinan di lanjutkan. Apabila tidak ada kemajuan persalinanselama 2 jam segera dilakukan sectio cesarean.</li> </ul>
5.	Apabila selama persalinan terdapat tanda gawat janin, infeksi dean tandapasien dehidrasi ( nadi cepat dan lemah,napas cepat, suhu meninggi dan turgor berkurang segera lakukan sectio cesarean.

**TABEL 4.2 DAFTAR TILIK PENGGUNAAN OKSITIOSIN DRIP PADA PERSALINAN:**

No	Langkah
1.	Sapa klien dengan ramah dan perkenalkan diri anda dan tanyakan tujuan Kedatangan
2.	Beritahu pada ibu apa yang akan dikerjakan dan berikan kesempatan untuk mengajukan pertanyaan
3.	Dengarkan apa yang disampaikan oleh ibu
4.	Berikan dukungan emosional dan jaminan pelayanan
5.	Pelajari keadaan umum (kesadaran, tensi, nadi, nafas)
6.	Memberitahukan suami/keluarga terdekat akan kondisi ibu dan tindakan yang akan dilakukan
7.	Persiapan Obat.
8.	Persiapan pasien.
9.	Pesiapan penolong
10.	Oksigen drip hanya diberikan bila tidak ada kontraindikasi pemberiannya, dan bila his memang tidak adekuat.

No	Langkah
11.	Dipergunakan 500 cc glukose/dextrose 5 % yang ditambah dengan 5 U oksitosin.
12.	Tetes dimulai dengan 8 tetes/menit melakukan evaluasi selama 15 menit, bila his belum adekuat tetesan dinaikkan menjadi 4 tetes/menit sampai timbul his yang adekuat
13.	Tetes maksimal adalah 40 tetesan/menit. Bila dengan 40 tetesan/menit dan sudah 2 kolf dextrose habis his tetap beluma dekuat maka oksitosin dianggap gagal.
14.	<p>Yang dimaksud dengan his yang adekuat dalam Minis adalah his yang mempunyai sifat sebagai berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interval setiap 3 – 5 menit, dengan fase relaksasi yang sempurna.</li> <li>• Lamanya: 40 – 60 detik.</li> <li>• Intensitas cukup, yang secara praktis dapat ditentukan dengan menekan fundus uteri dengan jari-jari tangan puncak kontraksi. Lntensitas dianggap cukup apabila pada waktu ditekan uterus tidak menja dicekung</li> </ul>
15	Evaluasi dari kemajuan persalinan dimulai pada his yang adekuat.
16	<p>Drip dianggap gagal dan dihentikan apabila:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dengan tetesan 40 tetes/menit dan sudah 2 kolf dextrose habis tidak didapatkan his yang adekuat.</li> <li>• Sesudah 2 jam dinilai dari permulaan his yang adekuat, tidak terjadi kemajuan persalinan. Juga tennasuk bila dalam 2 jam tersebut, his yang semula sudah adekuat menjadi tidak adekuat lagi.</li> <li>• Pada waktu dilakukan drip timbul komplikasi yaitu fetal distress, tetania uteri, ruptura uteri irroninens dan lain-lain. Bila terjadi penyulit-penyulit seperti di atas, oxytosin drip tidak boleh diulang kembali.</li> </ul>
17	Penentuan jumlah tetesan pada ositosin drip harus dilakukart oleh dokter jaga sendiri.
18	Bila akselerasi persalinan berhasil, maka oksitosin drip dilanjutkan dalam kala II dan di hentikan paling sedikit 2 jam post partum.
19	Secondary arrest adalah tidak adanya pembukaan ostium uteri pada persalinan fase aktif setelah dilakukan evaluasi selama 2 jam. Untuk menilai kemajuan ini seyogyanya dilakukan 1 orang.
20	Bila terjadi secondary arrest, hendaknya di evaluasi penyebab terjadinya hal tersebut. Bila persalinan pervaginam tidak mungkin atau tidak terjadi kelainan letak, maka dilakukan seksio caesarea.
21	Dokumentasikan tindakan yang dilakukan



## Daftar Tilik Tetania uteri

**TABEL 4.3 MENILAI KONTRAKSI UTERUS:**

No	BUTIR YANG DINILAI
<b>A.</b>	<b>SIKAP</b>
1.	Menyapa pasien dengan ramah dan sopan
2.	Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan
3.	Atur posisi ibu berbaring terlentang dengan lutut ditekuk dan paha Dibentangkan
4.	Percaya diri
5.	Teruji memberikan rasa empati pada klien
<b>B.</b>	<b>CONTENT</b>
6.	Mengenali kontraksi
7.	Mulaail menghitung di awal kontraksi
8.	Mencatat waktu kontraksi mulai
9.	Mencatat waktu kontraksi berakhir
10.	Mencatat waktu terjadinya kontraksi lanjutan
11.	Menghitung durasi (lamanya His)
12.	Mencatat kontraksi uterus dengan hitungan berapa kali dalam 10 menit dan durasinya berapa detik
13.	Memberitahu ibu hasil pemeriksaan
14.	Merapikan ibu
15.	Membereskan alat
<b>C.</b>	<b>TEKNIK</b>
16.	Teruji melakukan prosedur secara sistematis
17.	Teruji melaksanakan komunikasi selama pemeriksaan
18.	Menjaga privasi klien
19.	Teruji mendokumentasikan hasil tindakan dengan baik

(Suwanti, 2016)

## Daftar tilik Episiotomy :

No	Prosedur
A.	Persiapan tindakan
1.	Pasien : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kassa steril</li> <li>• Bethadine</li> <li>• Gunting episiotomi</li> <li>• Larutan klorin 0.5%</li> </ul>

2.	<p>Petugas :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apron plastik, masker, kacamata pelindung</li> <li>• Sarung tangan DTT/steril</li> <li>• Alas kaki/sepatu boot karet</li> </ul>
<b>B.</b>	<b>Tindakan</b>
3.	Jelaskan kepada ibu apa yang akan dilakukan, dan bantulah ibu untuk Rileks
4.	Lakukan teknik aseptik pada daerah perineum yang akan dilakukan Episiotomy
5.	Ingatlah bahwa saat yang terbaik untuk memotong episiotomi ialah pada saat perineum sedang menipis dan pucat atau mengkilap. Kehilangan darah akan lebih besar jika anda memotong lebih cepat. Akan tetapi, jika anda memotong episiotomi atas indikasi kegawatan bayi, maka lakukan pemotongan kapan saja diperlukan untuk mempercepat kelahiran bayi.
6.	Setelah pemberian 10 cc anestesi lokal ambillah gunting episiotomi yang tajam dengan satu tangan. Letakkan kedua jari tangan lainnya di dalam vagina diantara gunting dan kepala bayi untuk mencegah luka pada kepala bayi secara tidak sengaja. Ujung mata gunting yang tumpul haruslah di dalam vagina. Mulailah pada titik tengah dari perineum dan miringkan gunting anda sebesar 45 derajat. Jika anda tidak kidal, potonglah ke arah bokong kanan ibu. Jika anda kidal, potonglah ke arah bokong kiri ibu.
7.	Buatlah episiotomi dengan satu atau dua potongan besar. Potongan yang kecil-kecil akan membuat pinggir luka bergerigi dan akan membuat penjahitan lebih sulit dan penyembuhan luka lebih lama.
8.	Setelah selesai melakukan pemotongan, putarlah gunting anda dan posisikan menghadap ke atas vagina. Dengan tangan anda lindungilah kepala bayi. Masukkan gunting yang telah dipakai tersebut dalam larutan klorin 0.5 %
9.	Tekanlah kain kassa ke daerah luka sementara ibu tersebut melanjutkan meneran bersamaan dengan datangnya kontraksi untuk mencegah kehilangan darah yang berkelanjutan. Jangan lupa menggunakan teknik steril yang baik. Jika anda mengangkat kassa tersebut dari luka, anda perlu mengambil kassa baru lain untuk menggantikannya. Hati-hati agar jangan sampai mencemari luka (infeksi) dengan sentuhan pada daerah tersebut oleh tangan anda yang bersarung, atau oleh kassa, kapas, kain atau alat.

## Kasus Dan Manajemen Asuhan Kebidanan

### ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. "M" INPARTU KALA 1 DI PMB RIKA HARDI TANGGAL 11 APRIL 2020

#### DATA SUBYEKTIF

1. Identitas

Nama Ibu	: Ny. M	Nama Suami	: Tn. H
Umur	: 34 Tahun	Umur	: 38 Tahun
Suku/Bangsa	: Minang/Indonesia	Suku/Bangsa	: Minang/Indonesia
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	: Jl. Andalas, gang Tarantang, Padang Timur		

2. Anamnesis

Keluhan: Ibu mengatakan nyeri pinggang menjalar keari-ari, dan keluar lendir bercampur darah dari kemaluan.

3. Riwayat menstruasi Menarche : 13 tahun

Siklus	: 28-30 hari
Banyaknya	: 2-3 x ganti pembalut/hari
Lamanya	: 5-6 hari
Sifat darah	: Encer-kental
Teratur/tidak	: Teratur
Dismenorrhoe	: Tidak ada
Fluor albus	: Tidak ada
HPHT	: 06 Juli 2019

4. Riwayat obstetri yang lalu

No	Kehamilan		Persalinan				Anak			Nifas		KB		
	Suami Ke	UK	Penyulit	Penolong	Jenis	Tempat	Penyulit	BB/ PB	JK	Hidup /Umur	Mati		Lama menyusui	Perdarahan
1.	INI													

5. Riwayat kehamilan sekarang

- Keluhan : nyeri ari-ari, sakit pinggang
- Pegerakan anak pertama kali (*quickening*) dirasakan pada umur kehamilan 16 minggu
- Apakah Ibu masih merasakan gerakan janinnya? Ya, masih
- Penyuluhan yang sudah di dapat yaitu nutrisi, aktivitas, olahraga, istirahat dan tidur, tanda-tanda bahaya dalam kehamilan, adaptasi fisik dan psikologis dalam kehamilan
- Imunisasi : TT 1 tanggal : Sudah TT 2 tanggal : Sudah  
TT 3 tanggal : Sudah TT 4 tanggal : Sudah TT 5 tanggal : Sudah

6. Riwayat penyakit sistemik yang pernah diderita :

Jantung : Tidak ada TBC : Tidak ada  
DM : Tidak ada Hepatitis : Tidak ada  
Asma : Tidak ada Hipertensi : Tidak ada

7. Riwayat kesehatan dan penyakit keluarga :

Jantung : Tidak ada TBC : Tidak ada  
DM : Tidak ada Hepatitis : Tidak ada  
Asma : Tidak ada Hipertensi : Tidak ada

Gemelli : Tidak ada

8. Pola Aktivitas sehari-hari

a. Pola nutrisi

Frekuensi : Makan 3x/hari, minum  $\pm$  8 gelas/hari

Jenis : Nasi, lauk-pauk, sayuran, aneka jajanan, air putih, Pantangan : Tidak ada

b. Pola istirahat dan tidur

Frekuensi : Siang hari  $\pm$  30 menit (kondisional) dan malam hari 5-6 jam

c. Pola eliminasi

BAK : Frekuensi 7-8 x/hari, warna kuning jernih, keluhan tidak ada

BAB : Frekuensi  $\pm$  1x/hari, warna kuning khas feces, konsistensi semi-padat keluhan tidak ada

d. Pola kebiasaan

Merokok : Tidak ada

Minum alkohol : Tidak ada

Obat-obatan : Tidak ada

Konsumsi Jamu : Tidak ada

9. Riwayat sosial budaya

Kehamilan ini : Direncanakan (ya), diterima (ya) Tradisi yang mempengaruhi kehamilan : Tidak ada

10. Status Spiritual : Pelaksanaan ibadah (ya)

## II. DATA OBJEKTIF

### 1. PEMERIKSAAN UMUM

Keadaan umum : Sedang

Kesadaran : Composmentis Tanda-tanda vital

TD : 100/70 mmhg Suhu : 36,5 C

Nadi : 70x/i RR : 22x/i

BB sebelum hamil : 53 kg BB sekarang : 77 kg

TB : 153 cm LILA : 27 cm

HPL : 13April 2020

### 2. PEMERIKSAAN FISIK

a. Inspeksi

Kepala : Bersih, tidak ada lesi/pembengkakan, tidak ada kelainan

- Wajah : Simetris, tidak ada oedem, tidak ada cloasmagravidarum, tidak ada kelainan
- Mata : Simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih, tidak ada kelainan
- Telinga : Simetris, bersih, tidak ada kelainan
- Mulut : Bibir sedikit kering, tidak ada stomatitis, lidah bersih, tidak ada kelainan
- Dada : Gerakan dinding dada normal
- Abdomen : Pembesaran sesuai UK, dan striae gravidarum, tidak ada benjolan atau massa, tidak ada kelainan
- Esktremitas : Simetris, aktif, tidak ada oedem atau varises, tidak ada kelainan
- Punggung : Tulang punggung normal
- b. Palpasi
- Leher : Tidak ada pembesaran kelenjer tiroid/limfe/vena jugularis
- Dada : Pada payudara tidak ada benjolan dan tidak ada nyeri tekan, terdapat pengeluaran asi saat dipencet
- Abdomen :
- Leopold I : TFU pertengahan PX-pusat, pada fundus teraba bundar, lunak, tidak melenting kemungkinan bokong janin.
- Leopold II : Pada bagian kanan perut ibu teraba keras, panjang, memapan kemungkinan punggung janin, pada bagian kiri perut ibu teraba bagian-bagian kecil kemungkinan ekstremitas janin
- Leopold III : Pada bagian bawah perut ibuteraba bulat, keras, melenting, kemungkinan kepala janin dan tidak bisa di goyang
- Leopold IV : Posisi tangan divergen
- c. Auskultasi
- DJJ : Frekuensi : 127x/i
- Irama : teratur
- Intensitas : kuat
- Puntum Maximum : 2 jari dibawah pusar sebelah kanan perut ibu
- d. Perkusi
- Refleks patella kiri : positif Refleks patella kanan : positif

3. Pemeriksaan Khusus Hari/tanggal :11-4-2020

a. Pemeriksaan Laboratorium Darah

Kadar Haemoglobin : 9,3 gr/dl

Golongan darah : AB

Urine

Urine reduksi : Negatif

Albumin : Negatif

Pemeriksaan Dalam

Tanggal : 11-April 2020

Jam : 22.30 wib

Dinding vagina : tidak ada massa

Elastisitas perineum : elastis

Pembukaan : 3 cm

Penipisan (*effacement*) : 20%

Ketuban : utuh

Warna air ketuban : -

Presentasi : kepala

Denominator UUK : kanan depan

Moulase 0

Bagian terendah di Hodge : I-II

No	Jam	Hasil pemeriksaan
1	02.30 wib	TTV: TD: 100/70 mmhgN: 70x/i S: 37 C P: 22x/i Kontraksi : 2x10'20"DJJ : 133x/i Pembukaan : 4 cm Penipisan : 20% Ketuban : utuh Hodge : I-II
2	06.30 wib	TTV: TD: 100/70 mmhgN: 72 x/i S: 37 C P: 22x/i Kontraksi : 2x10'20"DJJ : 140x/i Pembukaan : 4 cm Penipisan : 30 % Ketuban : utuh Hodge : I-II

## ASSESSMENT

1. Diagnosa : Ny. M inpartu kala II dengan inersia uteri
2. Masalah : Tidak ada
3. Diagnosa potensial: Tidak ada 4. Masalah potensial : Tidak ada

## PLANNING

1. Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarganya  
E: ibu dan keluarga sudah mengetahui keadaan ibu saat ini.
2. Menjelaskan kepada ibu penyebab nyeri yang dirasakan ibu terjadi akibat kontraksi pada otot perut yang mengakibatkan jalan lahir tertekan oleh bagian terendah janin  
E: Ibu mengerti dengan penjelasan bidan
3. Memperbaiki asupan nutrisi dan cairan yang diperlukan ibu untuk mengembalikan tenaga ibu.  
E : ibu sudah diberikan cairan infus dan diberikan minum
4. Menganjurkan ibu untuk miring ke kiri E: Ibu bersedia untuk miring ke kiri
5. Memantau keadaan umum ibu, HIS dan DJJ secara terus menerus.  
E : Jam 23.00 wib HIS 2x10'20" DJJ 130 nadi 70x/i  
Jam 23.30 wib HIS 2x10'20" DJJ 131 nadi 72x/i Jam 00.00 wib HIS 2x10'20" DJJ 127 nadi 78x/i Jam 00.30 wib HIS 2x10'20" DJJ 133 nadi 71x/i Jam 01.00 wib HIS 2x10'20" DJJ 130 nadi 76x/i Jam 01.30 wib HIS 2x10'20" DJJ 128 nadi 73x/i Jam 02.00 wib HIS 2x10'20" DJJ 131 nadi 72x/i  
Jam 02.30 wib HIS 2x10'20" DJJ 133 nadi 70x/menit TD 100/70 mmHg suhu 37 C  
Jam 03.00 wib HIS 2x10'20" DJJ 131 nadi 70x/i Jam 03.30 wib HIS 2x10'20" DJJ 131 nadi 70x/i Jam 04.00 wib HIS 2x10'20" DJJ 133 nadi 76x/i Jam 04.30 wib HIS 2x10'20" DJJ 136 nadi 78x/i Jam 05.00 wib HIS 2x10'20" DJJ 135 nadi 72x/i Jam 05.30 wib HIS 2x10'20" DJJ 138 nadi 72x/i Jam 06.00 wib HIS 2x10'20" DJJ 137 nadi 74x/i  
Jam 06.30 wib HIS 2x10'20" DJJ 140 nadi 72x/menit TD 100/70 mmHg suhu 37 C
6. Melakukan pemeriksaan keadaan portio dan vulva serta penurunan kepala janin setiap 4 jam.  
E: Jam 02.30 wib pembukaan 4 cm, penipisan 20%, ketuban utuh, kepala hodge 1-2
7. Jam 06.30 wib pembukaan 4 cm, penipisan 30%, ketuban utuh, kepala hodge 1-2 Melakukan kolaborasi dengan dokter spesialis kandungan dengan cara via telephone dan dokter menyarankan pemberian infus dengan cairan RL+Oksitosin dengan tetes 8/menit.  
E: Oksitosin sudah di berikan



8. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan di partograf
9. Mempersiapkan rencana rujukan  
E : Semua peralatan dan kebutuhan untuk persiapan rujukan sudah dipersiapkan



# **BAB 5**

## **Malposisi dan Malpresentasi**

### **Pengertian Malposisi dan Malpresentasi**


Malposisi merupakan posisi abnormal verteks kepala janin (dengan oksiput sebagai titik acuan) terhadap panggul ibu. Malpresentasi merupakan presentasi janin selain verteks (Yulianti, 2016).

Malpresentasi adalah semua presentasi janin selain vertex sementara malposisi adalah posisi kepala janin relative terhadap pelvis dengan oksiput sebagai titik referensi, masalah; janin yang dalam keadaan malpresentasi dan malposisi kemungkinan menyebabkan partus lama atau partus macet (Rukiyah, 2015).

Malposisi merupakan posisi abnormal dari vertex kepala janin (dengan ubun-ubun kecil sebagai penanda) terhadap panggul ibu. Malpresentasi adalah semua presentasi lain dari janin selain presentasi vertex (Prawirohardjo, 2016).

### **Etiologi Malposisi dan Malpresentasi**

Insidensi kejadian malposisi dan malpresentasi 3-4% dari seluruh kehamilan. Kejadian meningkat pada umur kehamilan yang lebih muda yaitu 7-10% pada umur kehamilan 32 minggu, 25-35% pada umur kehamilan 28 minggu.



Menurut Manuaba (2008), etiologi secara umum persalinan dengan malposisi dan malpresentasi meliputi.

Etiologi dari ibu :

1. Multiparitas
2. Hidramnion
3. Plasenta Previa
4. Panggul Sempit
5. Kelainan Uterus (abnormal, tonus otot memburuk, inersia uterus).
6. Lilitan tali pusat pendek
7. Terdapat tumor di pelvis minor yang mengganggu kepala janin ke pintu atas panggul (PAP).

Kehamilan Ganda.

KPD (Ketuban Pecah Dini)

Etiologi dari janin:

1. Janin kecil/mati
2. Hidrosefalus/Mikrosefalus
3. Janin besar
4. Anensepalus (Widiastini, 2018).

## **Komplikasi Malposisi dan Malpresentasi**

### **Posisi Oksiput Posterior dan Posisi Oksiput Transfersal**

Komplikasi yang dapat terjadi pada ibu: partus lama dan laserasi jalan lahir. Sedangkan komplikasi yang dapat terjadi pada janin: asfiksia, moulase hebat dan mortalitas tinggi.

1. Presentasi Dahi  
Ibu dapat mengalami, partus lama dan lebih sulit, terjadi robekan yang hebat, ruptur uteri sedangkan anak dapat mortalitas janin tinggi.
2. Presentasi Muka  
Komplikasi dan morbiditas pada ibu meningkat, serta janin dengan persentase mortalitas 2,5%-5%.
3. Presentasi Ganda (Majemuk)  
Janin: tali pusat menumbung, prolaps tali pusat.
4. Presentasi Bokong  
Komplikasi ibu: perdarahan, trauma jalan lahir, dan infeksi. Sedangkan komplikasi pada anak: Sufokasi/aspirasi, asfiksia dan trauma intrakranial

5. Presentasi Bahu dan Letak Lintang  
Komplikasi: Ruptur Uteri, tali pusat menumbung dan trauma akibat versi ekstraksi (Widiastini, 2018).

## **Diagnosis Malposisi dan Malpresentasi**

1. Posisi Oksiput Posterior  
Terjadi jika janin berada di posterior panggul ibu.
  - a. Pada pemeriksaan abdomen, bagian bawah abdomen teraba datar, ekstremitas janin teraba di anterior dan denyut jantung janin dapat terdengar di pinggang ibu.
  - b. Pada pemeriksaan dalam, fontanel posterior kearah sakrum dan fontanel anterior dapat teraba dengan mudah jika kepala janin defleksi (Yulianti, 2016).
2. Posisi Oksiput Transversal  
Terjadi jika oksiput janin melintang di panggul ibu. Jika oksiput tetap melintang sampai akhir kala satu persalinan, tangani seperti posisi oksiput posterior (Yulianti, 2016).

## **Diagnosis Malpresentasi**

1. Presentasi Dahi  
Presentasi dahi disebabkan ekstensi sebagian kepala janin sehingga oksiput lebih tinggi daripada sinsiput.
  - a. Pada pemeriksaan abdomen, lebih dari setengah kepala janin berada di atas simfisis pubis dan oksiput teraba lebih tinggi daripada sinsiput.
  - b. Pada pemeriksaan dalam, teraba fontanel anterior dan orbita (Yulianti, 2016).
2. Presentasi Muka  
Presentasi muka disebabkan oleh hiperektensi kepala janin sehingga baik oksiput maupun sinsiput tidak teraba pada periksa dalam.
  - a. Pada pemeriksaan abdomen, suatu lengkungan dapat teraba di antara oksiput dan punggung.
  - b. Pada periksa dalam, muka teraba, jari pemeriksa masuk ke mulut janin dengan mudah dan tulang rahang janin teraba (Yulianti, 2016).
3. Presentasi Bokong  
Presentasi bokong terjadi jika bokong dan atau kaki menjadi bagian presentasi.
  - a. Pada pemeriksaan abdomen, kepala teraba di abdomen bagian atas dan bokong berada di pintu atas panggul. Auskultasi untuk mengetahui denyut jantung janin diletakkan lebih tinggi dari yang diperkirakan pada presentasi verteks.
  - b. Pada periksa dalam selama persalinan, bokong dan atau kaki teraba; mekonium berwarna gelap dan kental adalah normal.

- c. Presentasi bokong lengkap (fleksi) terjadi jika kedua tungkai fleksi pada pinggul dan lutut.
  - d. Presentasi bokong nyata (ekstensi) terjadi jika kedua tungkai fleksi pada pinggul dan ekstensi pada lutut.
  - e. Presentasi bokong kaki terjadi jika satu tungkai ekstensi pada pinggul dan lutut (Yulianti, 2016).
4. Presentasi Bahu dan Letak Lintang
- Terjadi jika sumbu memanjang janin terletak melintang. Bahu biasanya menjadi bagian presentasi.
- a. Pada pemeriksaan abdomen, baik kepala maupun bokong tidak dapat teraba pada simfisis pubis dan kepala biasanya teraba di pinggang.
  - b. Pada periksa dalam, bahu dapat teraba, tetapi tidak selalu. Satu lengan dapat prolaps dan siku, lengan, atau tangan dapat teraba di dalam vagina (Yulianti, 2016).

## Penatalaksanaan Umum Malposisi dan Malpresentasi

1. Lakukan evaluasi kondisi umum ibu dengan cepat, termasuk tanda-tanda vital (denyut nadi, tekanan darah, pernapasan, suhu tubuh).
2. Kaji kondisi janin.
  - a. Dengarkan denyut jantung janin segera setelah kontraksi.
    - Hitung denyut jantung janin selama satu menit penuh minimal sekali setiap 30 menit selama fase aktif dan setiap lima menit selama kala dua.
    - Jika terdapat abnormalitas denyut jantung janin (kurang dari 100 atau lebih dari 180 kali per menit), curigai terjadinya gawat janin
  - b. Jika ketuban pecah, catat warna cairan amnion yang keluar.
    - Adanya mekonium yang kental menunjukkan perlunya pemantauan ketat dan kemungkinan intervensi penatalaksanaan gawat janin.
    - Tidak adanya cairan yang keluar setelah ketuban pecah merupakan indikasi berkurangnya volume cairan amnion yang mungkin berhubungan dengan gawat janin.
  - c. Berikan penguatan dan perawatan pendukung.
  - d. Tinjau kembali kemajuan persalinan dengan menggunakan partograf (Yulianti, 2016).

## Penatalaksanaan Posisi Oksiput Posterior

Rotasi ke posisi anterior secara spontan terjadi pada 90% kasus. Henti persalinan dapat terjadi jika kepala janin tidak berotasi dan atau tidak turun. Pelahiran dapat dipersulit dengan robekan perineum atau perluasan episiotomi.

Jika terdapat tanda-tanda obstruksi tetapi denyut jantung janin normal, izinkan ibu berjalan-jalan atau mengubah posisi untuk mendorong rotasi spontan. Jika terdapat tanda-tanda obstruksi dan denyut jantung janin abnormal (kurang dari 100 atau lebih dari 180 kali per menit) pada semua kala, lahirkan janin melalui seksio sasararia. Jika ketuban utuh, pecahkan ketuban menggunakan pemecah ketuban atau klem Kocher.

Jika pembukaan serviks tidak lengkap dan tidak terdapat tanda-tanda obstruksi, percepat persalinan dengan oksitosin. Jika pembukaan serviks lengkap tetapi tidak terjadi penurunan pada fase pengeluaran, kaji tanda-tanda obstruksi. Jika tidak terdapat tanda-tanda obstruksi, percepat persalinan dengan oksitosin. Jika pembukaan serviks lengkap dan jika Kepala janin teraba lebih dari 3/5 di atas simfisis pubis atau ujung penonjolan tulang kepala janin berada di atas station 2, lakukan seksio sesaria. Kepala janin teraba di antara 1/5 dan 3/5 di atas simfisis pubis atau ujung penonjolan tulang kepala janin berada di antara station 0 dan station 2. Lahirkan dengan ekstraksi vakum dan episiotomy. Jika operator tidak ahli dalam melakukan episitomi, lakukan seksio sesaria.

Kepala janin teraba tidak lebih dari 1/5 di atas simfisis pubis atau ujung penonjolan tulang kepala janin berada di station 0, lahirkan dengan ekstraksi vakum atau dengan forsep (Yulianti, 2016).

### **Tindakam Bidan**

Idealnya pada setiap kelainan presentasi dan posisi kepala janin, tindakan bidan adalah merujuk. Kecuali keadaan janin kecil, panggul normal, jarak rumah dan tempat rujukan yang jauh, maka bidan dapat menolong pasien dengan melakukan inform concent terlebih dahulu. Pada kasus presentasi puncak kepala bidan perlu melakukan observasi yang lebih ketat kepada janin dan kemajuan persalinan. Apabila dalam batas normal maka bidan memberikan pertolongan pada ibu dengan keadaan presentasi puncak kepala, alat resusitasi harus siap dan persiapan persalinan lainnya (Widiastini, 2018).

### **Penatalaksanaan Presentasi Dahi**

Pada presentasi dahi, masuknya kepala janin ke pintu atas panggul biasanya tidak mungkin dan biasanya terjadi henti persalinan. Perubahan spontan ke presentasi verteks atau presentasi muka jarang terjadi, terutama jika janin kecil atau terjadi kematian janin dengan maserasi. Perubahan spontan tidak biasa terjadi pada janin hidup yang berukuran rata-rata setelah ketuban pecah.

1. Jika janin hidup, lahirkan melalui seksio sesaria.
2. Jika janin mati dan
  - Pembukaan serviks tidak lengkap, lahirkan melauai seksio sesaria

- Pembukaan serviks lengkap (lahirkan dengan kraniotomi dan jika operator tidak ahli dengan melakukan kraniotomi, lahirkan melalui seksio sesaria (Yulianti, 2016).
3. Tindakan Bidan
- Bidan tidak memiliki kewenangan dalam menolong persalinan dengan presentasi dahi, kecuali keadaan janin kecil, panggul normal, jarak rumah dan tempat rujukan jauh, maka bidan dapat menolong pasien dengan melakukan inform consent terlebih dahulu. Bidan di rumah sakit bisa berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya, untuk peralatan harus dipersiapkan dengan baik dan alat resusitasi harus dipersiapkan dengan lengkap (Widiastini, 2018).

## **Penatalaksanaan Presentasi Muka**

Dagu berperan sebagai titik acuan dalam menggambarkan posisi kepala. Penting untuk membedakan posisi dagu anterior yaitu dagu berada di anterior panggul ibu dari posisi dagu posterior. Persalinan memanjang bisa terjadi. Penurunan dan kelahiran kepala dengan fleksi dapat terjadi pada posisi dagu anterior. Namun, kepala yang terekstensi penuh pada posisi dagu posterior dihambat oleh sakrum. Hal ini mencegah penurunan kepala dan menghentikan persalinan (Yulianti, 2016).

### **Posisi Daggu Anterior**

Jika pembukaan serviks lengkap

1. Lanjutkan dengan melahirkan secara normal.
2. Jika terjadi kemajuan persalinan yang lambat dan tidak ada tanda-tanda obstruksi, percepat persalinan dengan oksitosin.
3. Jika penurunan kepala tidak memuaskan, lahirkan dengan forsep

Jika pembukaan serviks tidak lengkap dan tidak terdapat tanda-tanda obstruksi, percepat persalinan dengan oksitosin. Selanjutnya, tinjau kembali kemajuan persalinan seperti pada presentasi vertex (Yulianti, 2016).

### **Posisi Daggu Posterior**

1. Jika pembukaan serviks lengkap, lahirkan janin melalui seksio sesaria
2. Jika pembukaan serviks tidak lengkap, pantau penurunan kepala, rotasi, dan kemajuan persalinan. Jika terdapat tanda-tanda obstruksi, lahirkan janin melalui seksio sesaria.
3. Jika janin mati
  - a. Lahirkan dengan kraniotomi
  - b. Jika operator tidak ahli dalam melakukan kraniotomi, lahirkan janin melalui seksio sesaria (Yulianti, 2016).

#### 4. Tindakan Bidan :

Bidan Praktik Mandiri tidak memiliki kewenangan dalam menolong persalinan dengan presentasi muka, maka tindakan bidan disini adalah merujuk pasien. Dirumah sakit bidan bisa melakukan tugasnya dengan kolaborasi bersama tenaga kesehatan lain, tetapi apabila tafsiran berat janin kecil, panggul normal atau luas, kondisi ibu, janin dan kemajuan persalinan normal, maka bidan tetap melakukan pemantauan yang lebih ketat dan biasanya bisa lahir pervaginam. Bidan harus mempersiapkan alat resusitasi. Tetapu seksio sesaria merupakan pilihan yang terbaik untuk presentasi muka (Widiastini, 2018).

### **Presentasi Ganda**

1. Pelahiran spontan dapat terjadi hanya jika janin sangat kecil atau mati dan mengalami maserasi. Henti persalinan terjadi pada fase pengeluaran.
2. Mengembalikan lengan yang prolaps ke posisinya semula kadang kala mungkin dilakukan
3. Bantu ibu untuk mengambil posisi lutut-dada.
4. Dorong lengan janin ke atas pintu atas panggul, kemudian tahan sampai kontraksi mendorong kepala masuk ke panggul.
5. Tindak lanjuti dengan penatalaksanaan melahirkan secara normal.
6. Jika prosedur gagal atau jika terjadi prolaps tali puast, lahirkan janin melau seksio sesaria (Yulianti, 2016).

### **Presentasi Bokong**

1. Persalinan memanjang dengan presentasi bokong merupakan indikasi pelaksanaan seksio sesaria segera. Kegagalan persalinan untuk maju harus dianggap sebagai tanda kemungkinan disproporsi sefalopelvik.
2. Idealnya, setiap kelahiran sungsang harus dilakukan di rumah sakit yang memiliki kapasitas bedah.
3. Upayakan versi eksternal jika :  
Presentasi bokong terjadi pada atau setelah kehamilan 37 minggu (sebelum 37 minggu, versi yang berhasil lebih cenderung kembali ke presentasi bokong secara spontan). Pelahiran pervagina mungkin dilakukan. Fasilitas untuk seksio sesaria darurat tersedia. Ketuban utuh dan cairan amnion adekuat. Tidak ada komplikasi (misalnya hambatan pertumbuhan janin, persarahan uterus, kelahiran seksio sesaria sebelumnya, abnormalitas janin, kehamilan kembar, hipertensi, dan kematian janin). Jika versi eksternal berhasil, tindak lanjuti dengan melahirkan secara normal. Jika versi eksternal gagal, tindak lanjuti dengan kelahiran sungsang pervagina atau



seksio sesaria. Pelahiran sungsang per vagina oleh pemberi perawatan kesehatan terlatih adalah tindakan aman dan mungkin terjadi dalam kondisi:

- a. Presentasi bokong lengkap atau presentasi bokong nyata.
- b. Pelvimetri klinis adekuat.
- c. Janin tidak terlalu besar.
- d. Tidak ada riwayat seksio sesaria pada kasus disproporsi sefalopelvik.
- e. Kepala fleksi.
- f. Periksa ibu secara teratur dan catat kemajuan persalinan pada partograf.
- g. Jika ketuban pecah, periksa ibu segera untuk memastikan tidak terjadi prolaps tali pusat.
- h. Jika terjadi prolaps tali pusat dan kelahiran tidak segera terjadi, lahirkan janin melalui seksio sesaria.
- i. Jika terdapat abnormalitas denyut jantung janin (kurang dari 100 atau lebih dari 180 kali per menit) atau persalinan memanjang, lahirkan janin melalui seksio sesaria (Yulianti, 2016).

### **Seksio Sesaria Pada Presentasi Bokong**

Seksio sesaria lebih aman dari pada kelahiran sungsang per vagina dan direkomendasikan pada kasus :

1. Presentasi bokong kaki ganda
2. Panggul ibu kecil atau malformasi
3. Janin sangat besar
4. Riwayat seksio sesaria pada kasus disproporsi sefalopelvik
5. Kepala hiperekstensi atau defleksi (Yulianti, 2016).

### **Komplikasi**

Komplikasi presentasi bokong pada janin meliputi:

1. Prolaps tali pusat
2. Trauma kelahiran sebagai akibat lengan atau kepala yang terekstensi, pembukaan serviks tidak lengkap, atau disproporsi sefalopelvik
3. Asfiksia akibat prolaps tali pusat, kompresi tali pusat, lepasnya plasenta, atau kepala yang terjepit
4. Kerusakan organ abdomen
5. Leher patah (Yulianti, 2016).

### **Presentasi Bahu dan Letak Lintang**

1. Jika ibu berada pada awal persalinan dan ketuban utuh, upayakan versi eksternal.
2. Jika versi eksternal berhasil, tindak lanjuti dengan melahirkan secara normal.
3. Jika versi eksternal gagal atau tidak dianjurkan, lahirkan janin melalui seksio sesaria.

4. Pantau tanda-tanda prolaps tali pusat. Jika terjadi prolaps tali pusat dan kelahiran tidak segera terjadi, lahirkan janin melalui seksio sesaria (Yulianti, 2016).

## **Teori Asuhan Kebidanan Pada Malpresentasi: Presentasi Sungsang**

### **Asuhan Kebidanan pada Persalinan Sungsang**

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

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

Semua bidan harus mempertahankan pengetahuan tentang prosedur kelahiran letak sungsang karena ada kemungkinan letak sungsang yang tidak terdiagnosis dan tidak terduga pada kala II. Prioritas bagi bidan adalah mendapatkan bantuan, mempertahankan lingkungan yang tenang dan mempersiapkan resusitasi neonatus dan kehangatan lingkungan untuk mencegah hipotermia dan hipoglikemia pada neonatus (Patimah, 2016).

Tindakan pertama yang dilakukan bidan saat dihadapkan dengan persalinan sungsang yang tak terduga adalah memanggil bantuan berupa bantuan medis apabila di lingkungan Rumah Sakit atau berupa layanan kedaruratan di komunitas. Diskusikan posisi dengan ibu, posisi yang paling sering adalah semi rekumben dengan memposisikan ibu pada ujung tempat tidur. Yakinkan dilatasi serviks sudah lengkap (Patimah, 2016).

Persalinan sungsang dapat dilakukan dengan beberapa metode, yaitu :

1. Cara Bracht: dilakukan segera setelah bokong lahir dengan mencengkram secara bracht.

Pertolongan dengan kelahiran spontan letak bokong murni biasanya ditlong secara Bracht. Pada primigravida selalui didahului dengan episiotomy. Pada pertolongan secara Bracht bokong diangkat ketas supaya badan janin searah dengan paksi jalan lahir, tidak dilakukan tarikan.

Teknik : Pertolongan dimulai setelah bokong anak lahir. Pada letak bokong ini dipegang dengan dua tangan sedemikian rupa hingga kedua ibu jari pada

permukaan belakang pangkal paha dan empat jari lainnya pada permukaan bokong. Jika kaki sudah lahir seperti pada letak bokong kaki, letak lutut, letak kaki maka bokong fipegang sedemikian rupa sehingga ibu jari terletak pada lipat paha dan jari lainnya menggenggam bokong.

Bokong ini terus di bawa keatas kea rah perut ibu sampai kepada lahir, keuntungan pertolongan dari cara bracht ialah bahwa tangan sama seklai tidak masuk ke dalam jalan lahir, yang mengecilkan kemungkinan infeksi jalan lahir. Jika persalinan dari cara Bracht mengalami kegagalan. Misalnya bila terjadi kemacetan baik pada saat melahirkan bahu atau kepala maka pertolongan dilakukan secara manual aid (*parcial breech extantion*) (RCOG, 2016).

2. Cara klasik/Deventer: digunakan jika bahu masih tinggi.
  - a. Kedua kaki janin dipegang dengan tangan kanan penolong pada pergelangan kakinya dan dielevasi ke atas sejauh mungkin sehingga perut janin mendekati perut ibu.
  - b. Bersamaan dengan itu tangan kiri penolong dimasukkan kedalam jalan lahir dengan jari telunjuk menelusuri bahu janin sampai pada fossa cubiti kemudian lengan bawah dilahirkan dengan gerakan seolah-olah lengan bawah mengusap muka janin. Untuk melahirkan lengan depan, pegangan pada pergelangan kaki janin diagnti dengan tangan kanan penolong dan ditarik curam ke bawah sehingga punggung janin mendektai punggung ibu dengan cara yang sama lengan dapat dilahirkan.
3. Cara Muller: digunakan jika bahu sudah berada di pintu bawah panggul.
  - a. Badan janin dipegang secara femuro-pelvis dan sambil dilakukan traksi curam ke bawah sejauh mungkin sampai bahu depan di bawah simfisis dan lengan depan dilahirkan dengan mengait lengan di bawahnya.
  - b. Setelah bahu dan lengan depan lahir, maka badan janin yang masih dipegang secara femuro-pelvis ditarik keatas sampai bahu belakang lahir.
4. Cara Lovset: digunakan jika lengan bayi terjungkit di belakang kepala
  - a. Badan janin dipegang secara femuro-pelvis dan smabil dilakukan traksi curam ke bawah badan janin diputar setengah lingkaran, sehingga bahu belakang menjadi bahu depan.
  - b. Sambil melakukan traksi, badan janin diputar kembali kearah yang berlawanan setengah lingkaran demikian seterusnya bolak balik sehingga bahu belakang tampak di bawah simfisis dan lengan
5. Cara Mauriceau: digunakan bila bayi dilahirkan secara manual aid atau bila dengan cara bracht kepala belum lahir.
  - a. Tangan penolong yang sesuai dengan muka janin dimasukkan ke dalam jalan lahir.




- b. Jari tengah dimasukkan de dalam mulut dan jari telunjuk serta jari keempat mencengkram fossa canina sedangkan jari yang lain mencengkram leher.


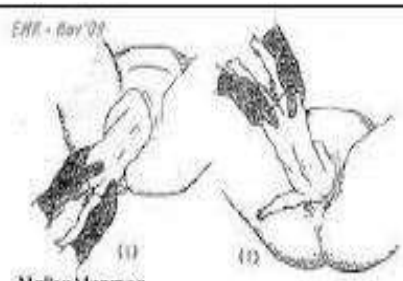
## DAFTAR TILIK




**TABEL 5.1 DAFTAR TILIK PERSALINAN SUNGSANG**

No	Langkah/ Tugas
1	Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada klien dan atau keluarga dengan lengkap dan tepat.
2	Mempersiapkan ibu dalm posisi litotomi/ditepi tempat tidur.
3	Memastikan kandung kemih dan rectum kosong (Jika ibu tidak bisa berkemih, melakukan kateterisasi).
4	Mempersiapkan alat dan perlengkapan dan menyusun secara ergonomis,meliputi: Partus set berisi: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 buah klem kocher</li> <li>• 1 buah gunting tali pusat</li> <li>• 1 buah gunting episiotomy</li> <li>• 1 buah pengikat tali pusat</li> <li>• 1 buah pemecah ketuban</li> <li>• 2 pasang sarung tangan</li> <li>• Kassa secukupnya</li> </ul> Hecting set berisi: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 buah gunting episiotomy (sesuai indikasi)</li> <li>• 1 buah nald vouder</li> <li>• 1 buah pinset anatomi</li> <li>• 1 buah nald otot</li> <li>• 1 buah nald kulit</li> <li>• 1 buah guntung benang</li> <li>• Kassa secukupnya</li> </ul> Alat resusitasi BBL terdiri dari: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 buah ambu bag</li> <li>• Oksigen dan regulator</li> <li>• 1 buah penghisap lendir Delee</li> </ul>

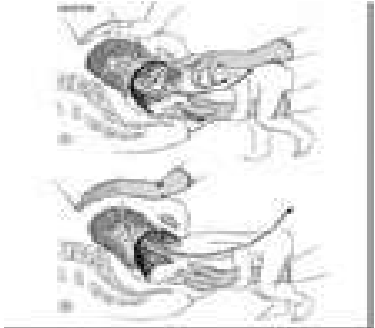
No	Langkah/ Tugas
	Bahan dan Obat: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 buah spuit 3 cc</li> <li>• 1 buah spuit 5 cc</li> <li>• Oksitosin 10 IU</li> <li>• Lidocain 1%</li> <li>• Ergometrin 0,2 mg</li> </ul> Infus set dan cairan infuse RL/NaCL 0,9%           Alat pemeriksaan: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 buah tensimeter</li> <li>• 1 buah stetoskop</li> <li>• Jam tangan/polsteller</li> <li>• 1 buah Termometer</li> </ul> Alat pelindung diri dan PI: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Barakschort</li> <li>• Handuk kecil</li> <li>• Kaca mata pelindung dan masker</li> <li>• Sarung kaki</li> <li>• Bengkok</li> <li>• Waskom berisi larutan chlorine 0,5%</li> <li>• Waskom berisi air DTT</li> <li>• Wadah plasenta</li> <li>• Tempat sampah kering, sampah basah, dan sampah tajam</li> <li>• Tempat pakaian kotor.</li> <li>• Waslap</li> <li>• Alas bokong</li> <li>• Baju ibu dan bayi</li> </ul>
5	Menggunakan schort, sarung kaki, kacamata pelindung dan masker dengan benar.
6	Mencuci tangan sesuai dengan SOP dan mengeringkannya dengan benar
7	Sarung tangan DTT/steril dipakai
8	Melakukan pemeriksaan dalam dengan teliti untuk memastikan pembukaan lengkap, penurunan bagian terendah, posisi janin.
9	Memastikan kandung kemih dan rectum kosong (jika ibu tidak bisa berkemih, lakukan kateterisasi).
10	Menganjurkan ibu untuk mengedan setelah dipastikan pembukaan lengkap.
11	Melakukan episiotomy jika ada indikasi (dilakukan pada saat bokong meregang vulva secara benar).
	Membantu kelahiran bayi
	a. Cara Bracht

No	Langkah/ Tugas
12	<p>Segera setelah bokong lahir, mencengkram bokong bayi secara Bracht</p> 
13	<p>Melonggarkan tali pusat bayi setelah lahirnya perut dan sebagian dada.</p>
14	<p>Melakukan hiperlordosis bayi pada saat angulus scapula inferior tampak di bawah simfisis.</p> 
15	<p>Menggerakkan badan bayi ke atas hingga lahir dagu, mulut, hidung, dahi dan kepala.</p> 
16	<p>Meletakkan bayi di atas perut ibu dan dibungkus dan dikeringkan dengan kain/handuk hangat.</p>
17	<p>Melakukan pertolongan dan perawatan bayi baru lahir dengan benar.</p>
	<p>b. Cara Klasik/Deventer : digunakan jika bahu masih tinggi</p>

No	Langkah/ Tugas
18	Memegang kedua kaki bayi dengan tangan kanan  <p style="text-align: center;">Melahirkan Lengan Belakang</p>
19	Kaki dielevasi ke atas sejauh mungkin.
20	Melahirkan lengan belakang oleh jari tengah dan telunjuk dengan gerakan seolah-olah lengan bawah mengusap muka bayi.
21	Kedua kaki bayi kemudian dielevasi ke arah bawah.
22	Melahirkan lengan depan dengan cara yang sama seperti melahirkan lengan belakang
	c. Cara Muller : digunakan jika bahu sudah berada di pintu bawah panggul
23	Memegang kedua kaki bayi oleh tangan kanan penolong.
24	Kaki di elevasi ke bawah sejauh mungkin.  <p style="text-align: center;">Muller Manöver            (1) Badan bayi ditarik ke bawah sampai bahu            depan lahir, kemudian            (2) badan ditarik ke atas kanan sampai bahu            belakang lahir</p>
25	Melahirkan lengan depan oleh jari tengah dan telunjuk.
26	Kedua kaki bayi dielevasi ke atas dengan cara yang sama lengan belakang dilahirkan seperti melahirkan lengan depan.

No	Langkah/ Tugas
	
	d. Cara Lovset : digunakan jika lengan bayi terjungkit dibelakang kepala
27	<p>Badan bayi dipegang secara femuro pelvic.</p> 
28	<p>Memutar badan bayi hingga 180, sehingga bahu belakang berubah menjadibahu depan.</p>  <p>melahirkan bahu (Loevset) : kedua bahu dilahirkan lewat depan</p>
29	Memutar badan bayi lagi hingga 180 sehingga bahu depan berubah menjadi bahu belakang.
30	Setelah tangan yang terjungkit dibebaskan, melahirkan kedua bahu dan lengan baik secara Muller atau klasik.



No	Langkah/ Tugas
	e. Cara Mauriceau: digunakan bila bayi dilahirkan secara manual aid atau bila dengan Bracht kepala belum lahir.
31	<p>Meletakkan badan bayi di atas lengan bawah kiri penolong seperti menunggang kuda, jari tengah masuk ke dalam mulut bayi, jari telunjuk dan jari manis berada fossa canina.</p> 
32	Tangan kanan penolong memegang bahu dan tengkuk bayi dengan jari tengah berada di suboksiput.
33	Minta seorang asisten untuk menekan fundus uteri.
34	Menarik kepala bayi dengan curam ke bawah.
35	Kepala bayi kemudian dielevasi ke atas ke arah perut ibu sampai lahir muka dan seluruh kepala bayi.
36	Melakukan asuhan bayi baru lahir sesuai SOP.
37	Melakukan manajemen kala III sesuai SOP.
38	Melakukan dekontaminasi alat-alat habis pakai sesuai SOP.
39	Mencuci tangan pasca tindakan sesuai SOP
40	Melakukan perawatan pasca tindakan sesuai SOP.

## Kasus Dan Manajemen Asuhan Kebidanan

### ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. “E” INPARTU KALA 1 DI RS ACHMAD MOCHTAR TANGGAL 22 April 2020

#### DATA SUBYEKTIF

##### 1. Identitas

Nama Ibu	: Ny. E	Nama Suami	: Tn. R
Umur	: 37 Tahun	Umur	: 38 Tahun
Suku/Bangsa	: Pitopang/Indonesia	Suku/Bangsa	: Melayu/Indonesia
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: S1	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	: Jl. Gang Bawang 1, No. 13B, Banuaran Lubuk Begalung		

##### 2. Anamnesis

Keluhan: Ibu mengatakan nyeri pinggang menjalar keari-ari, dan keluar lendir bercampur darah dari kemaluan.

- Riwayat menstruasi
  - Menarche : 13 tahun
  - Siklus : 28-30 hari
  - Banyaknya : 2-3 x ganti pembalut/hari
  - Lamanya : 5-6 hari
  - Sifat darah : Encer-kental
  - Teratur/tidak : Teratur
  - Dismenorrhoe : Tidak ada
  - Fluor albus : Tidak ada
  - HPHT : 08 Juli 2019

## 3. Riwayat obstetri yang lalu

NO	Kehamilan			Persalinan				Anak			Nifas		KB	
	Suami Ke	UK	Penyulit	Penolong	Jenis	Tempat	Penyulit	BB/PB	JK	Hidup /Umur	Mati	Lama menyusui		Perdarahan
1	1	38 mg	Tidak ada	Bidan	Pervaginam	Puskesmas	Tidak ada	2,8kg/ 46 cm	Lk	9 thn		2 thn	Tidak ada	Impant
2		37 mg	Tidak ada	Bidan	Pervaginam	Puskesmas	Tidak ada	3 kg/ 48 cm	Pr	4 thn		2 thn	Tidak ada	IUD

## 4. Riwayat kehamilan sekarang

- Keluhan : nyeri ari-ari, sakit pinggang
- Pergeseran anak pertama kali (*quickening*) dirasakan pada umur kehamilan 16 minggu
- Apakah Ibu masih merasakan gerakan janinnya? Ya, masih
- Penyuluhan yang sudah di dapat yaitu nutrisi, aktivitas, olahraga, istirahat dan tidur, tanda-tanda bahaya dalam kehamilan, adaptasi fisik dan psikologis dalam kehamilan.
- Imunisasi :
  - TT 1 tanggal : Sudah
  - TT 2 tanggal : Sudah
  - TT 3 tanggal : Sudah
  - TT 4 tanggal : Sudah
  - TT 5 tanggal : Sudah

5. Riwayat penyakit sistemik yang pernah diderita :

Jantung : Tidak ada TBC : Tidak ada  
DM : Tidak ada Hepatitis : Tidak ada  
Asma : Tidak ada Hipertensi : Tidak ada

6. Riwayat kesehatan dan penyakit keluarga :

Jantung : Tidak ada TBC : Tidak ada  
DM : Tidak ada Hepatitis : Tidak ada  
Asma : Tidak ada Hipertensi : Tidak ada  
Gemelli : Tidak ada

7. Pola Aktivitas sehari-hari

a. Pola nutrisi

Ferekuensi : Makan 3x/hari, minum  $\pm$  8 gelas/hari  
Jenis : Nasi, lauk-pauk, sayuran, aneka jajanan, air putih,  
Pantangan : Tidak ada

b. Pola istirahat dan tidur

Frekuensi : Siang hari  $\pm$  30 menit (kondisional) dan malam hari 5-6 jam

c. Pola eliminasi

BAK : Frekuensi 7-8 x/hari, warna kuning jernih, keluhan tidak ada  
BAB : Frekuensi  $\pm$  1x/hari, warna kuning khas feces, konsistensi semi-  
padat keluhan tidak ada

d. Pola kebiasaan

Merokok : Tidak ada  
Minum alkohol : Tidak ada  
Obat-obatan : Tidak ada Konsumsi Jamu : Tidak ada

8. Riwayat sosial budaya

Kehamilan ini : Direncanakan (ya), diterima (ya) Tradisi yang mempengaruhi  
kehamilan : Tidak ada

9. Status Spiritual : Pelaksanaan ibadah (ya)

## DATA OBJEKTIF

### 1. PEMERIKSAAN UMUM

Keadaan umum : Sedang

Kesadaran : Composmentis

Tanda-tanda vital

TD : 100/70 mmhg Suhu : 36,5 C

Nadi : 70x/i RR : 22x/i

BB sebelum hamil : 42 kg BB sekarang : 48 kg

TB : 160 cm LILA : 25 cm

HPL : 15 April 2020

### 2. PEMERIKSAAN FISIK

#### a. Inspeksi

Kepala : Bersih, tidak ada lesi/pembengkakan, tidak ada Kelainan

Wajah : Simetris, tidak ada oedem, tidak ada cloasma gravidarum, tidak ada kelainan

Mata : Simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih, tidak ada kelainan

Telinga : Simetris, bersih, tidak ada kelainan

Mulut : Bibir sedikit kering, tidak ada stomatitis, lidah bersih, tidak ada kelainan

Dada : Gerakan dinding dada normal. Payudara simetris kiri dan kanan, puting susu menonjol, tampak hiperpigmentasi pada areola mammae.

Abdomen : Pembesaran sesuai UK, dan striae gravidarum, tidak ada benjolan atau massa, tidak ada kelainan

Ekstremitas : Simetris, aktif, tidak ada oedem atau varises, tidak ada kelainan

Punggung : Tulang punggung normal, tidak lordosis

#### b. Palpasi

Leher : Tidak ada pembesaran kelenjer tiroid/limfe/vena jugularis

Dada : Pada payudara tidak ada benjolan. Tidak teraba massa, kolostrum ada saat areola dipencet, tidak ada nyeri tekan.

Abdomen :

- Leopold I : 3 jari di bawah *pocessus xiphodeus* (tinggi fundusuteri 28 cm), teraba keras, bulat dan melenting (kepala).
- Leopold II : Pada bagian kanan perut ibu teraba keras, panjang, memapan kemungkinan punggung janin, pada bagan kiri perut ibu teraba bagian-bagian kecil kemungkinan ekstremitas janin.
- Leopold III : Bagian terbawah teraba lunak, kurang melenting (bokong)
- Leopold IV : Bokong sudah masuk PAP, divergen 3/5.
- Mc.donald : 28 cm
- TBJ :  $(28-11) \times 155 = 2635$  gram
- Kontraksi : 3x dalam 10 menit dengan durasi (35" – 40").
- Genitalia : Tidak ada pembengkakan kelenjer bartholini dan kelenjer scene, nampak pelepasan lendir, darah, ketuban menonjol

c. Auskultasi

DJJ : Frekuensi :140x/i

Irama : teratur

Intensitas : kuat

Puntum Maximum : 2 jari bagian atas pusar sebelah kanan perut ibu

d. Perkusi

Refleks patella kiri : postif Refleks patella kanan : positif

3. Pemeriksaan Khusus Hari/tanggal : 22-4-2020

4. Pemeriksaan Laboratorium Darah

a. Kadar Haemoglobin : 10 gr/dl

b. Golongan darah : O

c. Urine

Urine reduksi : Negatif

Albumin : Negatif

5. Pemeriksaan Dalam

Tanggal : 22 April 2020 Jam : 09.30 wib

Dinding vagina : tidak ada massa

Elastisitas perineum : elastis

Pembukaan : 6 cm

Penipisan (*effacement*) : 20%

Ketuban : utuh  
 Warna air ketuban : -  
 Presentasi : Bokong Murni  
 Denominator UUK : kanan depan  
 Moulase : 0  
 Bagian terendah di Hodge : II

### Assesment

1. Diagnosa : Ny. E G3P2A0H2 UK 38 minggu, janin hidup, tunggal, intrauterine, presentasi bokong, keadaan ibu dan janin baik, inpartu kala I fase aktif.
2. Masalah : Tidak ada
3. Diagnosa potensial : Partus Lama, Fetal Distress
4. Masalah potensial : Tidak ada

### Planning

1. Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarganya E: ibu dan keluarga sudah mengetahui keadaan ibu saat ini.
2. Menjelaskan kepada ibu penyebab nyeri yang dirasakan yaitu adanya penekanan pada ujung-ujung syaraf dan ketegangan uterus saat berkontraksi  
E: Ibu mengerti dengan penjelasan bidan
3. Menganjurkan ibu untuk makan dan minum di sela-sela kontraksi agar ibu memiliki tenaga untuk mengedan.  
E : ibu bersedia melakukan anjuran yang diberikan dan ibu makan dan minum disela-sela kontraksi.  
Menganjurkan ibu untuk miring ke kiri agar suplai oksigen ke janin menjadi lancar.  
E: Ibu bersedia untuk miring ke kiri
4. Mengobservasi His, Nadi, DJJ, setaip 30 menit dan mengobservasi VT setiap 2-4 jam atau jika ada indikasi

Jam	DJJ	Nadi	His
09.30	138x/menit	80x/menit	3x 10' (35"-40")
10.00	138x/menit	80x/menit	3x 10' (35"-40")
10.30	138x/menit	82x/menit	4x 10' (40"-45")
11.00	140x/menit	82x/menit	4x 10' (40"-45")
11.30	140x/menit	82x/menit	5x 10' (50"-55")
12.00	140x/menit	82x/menit	5x 10' (50"-55")

Melakukan pemeriksaan dalam (VT) ke II tanggal 22 April 2020

Jam 12.00 Wib

Keadaan vulva dan vagina : normal

Portio : Tipis  
Pembukaan : 10 cm  
Ketuban : Jernih  
Persentase : Bokong  
Penurunan: Hodge IV  
Molase :-

5. Menganjurkan kepada keluarga untuk memberikan dukungan serta doa  
E : ibu dan keluarga bersedia dan telah melakukannya.
6. Mengajarkan masase punggung pada ibu dan keluarga.  
E: Ibu dan keluarga telah mengetahui cara masase punggung
7. Mencatat hasil pemeriksaan dan pemantauan dalam partograf

## **KALA II**

### **DATA SUBJEKTIF**

1. Ibu mengatakan sakit yang dirasakan semakin kuat.
2. Ibu mengatakan ingin BAB dan adanya tekanan pada anus.
3. Ibu mengatakan adanya dorongan untuk mencedan.
4. Ibu mengatakan sakitnya bertambah kuat.

### **DATA OBJEKTIF**

1. Perineum menonjol, vulva membuka dan vagina membuka.
2. Kontraksi uterus 5 kali dalam 10 menit dengan durasi 50-55 detik.
3. Penurunan bokong 0/5.
4. Penurunan Hodge IV dan pelepasan lendir, darah dan air ketuban. Hasil pemeriksaan dalam tanggal 22 April 2020 jam 12.00 WIB
  - Keadaan vulva dan vagina : Normal
  - Portio : Tipis
  - Pembukaan : 10 cm
  - Ketuban : Jernih
  - Persentase : Bokong
  - Penurunan : Hodge IV
  - Molase :-
  - Penumbungan : Tidak ada
  - Kesan Panggul : normal
  - Pelepasan : lendir, darah, air ketuban.



## Assesment

1. Diagnosa : Ny. E G3P2A0H2 UK 38 minggu, janin hidup, tunggal, intrauterine, presentasi bokong, keadaan ibu dan janin baik, inpartu kala II.
2. Masalah : Tidak ada
3. Diagnosa potensial : Partus Lama, Fetal Distress, Perdarahan, Infeksi Jalan Lahir
4. Masalah potensial : Tidak ada

## Planning

Tanggal 22 April 2020 jam 12.00 Wib

1. Melihat tanda dan gejala kala II, dan bersiap-siap untuk pertolongan persalinan pada kala II.  
E: Tampak dan gejala kala II.
2. Menyiapkan alat dan bahan pertolongan persalinan, seperti partus set, hecing set, Obat dan Bahan, Alat Pelindung Diri, Alat Resusitasi Bayi  
E: Semua peralatan yang dibutuhkan telah dipersiapkan.
3. Memakai Alat Pelindung Diri  
E: Bidan dan penolong persalinannya telah memakai alat pelindung diri.
4. Melepas semua perhiasan yang dipakai di tangan, lalu mencuci tangan di bawah air mengalir dengan teknik cuci tangan yang benar.  
E: Tangan telah dicuci.
5. Beritahu ibu dan keluarga bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan ibu dan janin dalam kondisi baik.  
E: Ibu dan keluarga telah diberitahu.
6. Lakukan pertolongan persalinan seperti biasa, minta keluarga untuk membantu menyiapkan posisi meneran (Bila ada rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, abntu ibu ke posisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman).  
E: Keluarga bersedia membantu
7. Lakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran, diantaranya: bombing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran, berikan dukungan dan semangat atas usaha ibu untuk meneran, anjurkan ibu beristirahat diantara kontraksi dan anjurkan ibu untuk minum di sela-sela kontraksi.  
E: Telah dilakukan pimpinan meneran, ibu beristirahat dan minum diantara kontraksi, serta ibu diberi semangat.
8. Setelah bokong bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lakukan penyokongan sengan melindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering.  
E: Telah dilakukan.

9. Melakukan pertolongan persalinan sungsang dengan cara teknik bracht:
  - a. Mencengkram bokong dengan kedua tangan ibu jari berada sejajar dengan panjang paha, kemudian jari yang lain memegang daerah panggul bayi. Jangan melakukan intervensi apapun ikuti terus proses lahirnya bayi.
  - b. Setelah perut sebagian dada lahir maka longgarkan tali pusat.
  - c. Saat angulus scapula inferior, berada dibawah simpisis lakukan hiperlordosis kearah perut ini. Dengan demikian lahirlah dagu, mulut, hidung, mata, dahi dan seluruh bagian kepala janin.

E: Bayi lahir spontan, segera menangis pada tanggal 22 April 2020, jam 12.10 WIB dengan JK: laki-laki, APGAR Score: 8/10.
10. Bersihkan dan keringkan bayi ulai dari muka, kepala, bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks caseosa. Ganti handuk yang sudah basah dengan handuk kering dan biarkan bayi di atas perut ibu.
 

E: Bayi telah dibersihkan dan dikeringkan.
11. Memeriksa kembali uterus ibu untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus.
 

E: telah dilakukan dan tidak ada bayi lain lagi (tunggal).
12. Memberitahu ibu bahwa akan disuntikkan oksitosin agar uterus berkontraksi baik.
 

E: Ibu telah diberi tahu dan ibu bersedia di suntik.

Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin)>

E: Oksitosin telah dilakukan.
13. Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Dengan mendorong tali pusat kea rah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.
 

tali pusat telah diklem.
14. Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut.
 

E: tali pusat telah digunting.
15. Meletakkan bayi diatas perut ibu untuk melakukan IMD dan kontak skin to skin dengan ibunya selama 1 jam.
 

E: Telah dilakukan IMD
16. Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan bersih lalu pasang topi dikepala bayi.
 

E: Bayi dan ibu telah diselimuti dengan kain hangat dan bayi telah dipasangkan topi.

## **KALA III**

### **Data Subjektif**

1. Ibu lelah setelah melahirkan.
2. Ibu merasakan nyeri perut bagian bawah.

### **Data Objektif**

1. Bayi lahir spontan segera menangis.
2. Kontraksi uterus baik, teraba keras dan bundar.
3. TFU setinggi pusat.
4. Plasenta belum lahir.
5. Kandung kemih kosong.
6. Tampak tali pusat di depan vulva.

### **Assesment**

1. Diagnosa : Ny. E P3A0H3 inpartu kala III, keadaan ibu dan janin baik.
2. Masalah : Tidak ada
3. Diagnosa potensial : Antisipasi terjadinya restensio plasenta.
4. Masalah potensial : Tidak ada

### **Planning**

1. Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.  
E: Klem telah dipindahkan.
2. Meletakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi, sementara itu tangan lain meregangkan tali pusat.  
E: Telah dilakukan.
3. Setelah uterus berkontraksi, regangkan tali pusat kearah pusat kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang-atas (dorso cranial).  
E: Telah dilakukan.
4. Meregangkan tali pusat ke arah atas dan ke bawah. E: Telah dilakukan.
5. Melahirkan plasenta dengan memutar searah jarum jam. E: Plasenta lahir jam 12.25 WIB.
6. Memeriksa apakah plasenta dan selaput ketuban lahir lengkap. E: Plasenta lahir lengkap.
7. Memeriksa adanya robekan jalan lahir.  
E: Terdapat robekan jalan lahir derajat 2 dan dilakukan hecting pada luka robekan perineum derajat 2.

## **KALA IV**

### **DATA SUBJEKTIF**

1. Ibu mengatakan nyeri perut bagian bawah, setelah melahirkan.
2. Ibu mengatakan nyeri pada luka jahitan.
3. Ibu mengatakan belum BAB setelah melahirkan dan sudah BAK.

### **DATA OBJEKTIF**

1. Kala III berlangsung 10 menit.
2. Plasenta lahir lengkap jam 12.25 WIB.
3. TFU setinggi pusat.
4. Kontraksi uterus baik, teraba keras.
5. Perdarahan 300 cc.
6. Tanda-tanda Vital dalam batas normal.

### **Assesment**

1. Diagnosa : Ny. E P3A0H3 inpartu kala IV, keadaan ibu dan janin baik.
2. Masalah : Tidak ada
3. Diagnosa potensial : Antisipasi terjadinya restensio plasenta.
4. Masalah potensial : Tidak ada

### **Planning**

1. Memeriksa kontraksi uterus dan robekan jalan lahir.  
E: Robekan jalan lahir derajat II.
2. Membiarkan bayi melakukan IMD selama 1 jam.  
E: Bayi telah melakukam IMD selama 1 jam.  
Melakukan penimbangan dan pengukuran pada bayi baru lahir, berikan salep mata dan vit K.  
E: BB: 2400 gram PB: 48 cm LK : 31 cm LD: 30 cm LP: 30 cm  
Vitamin K telah diberikan 1/3 lateral paha kiri secara IM.
3. Memberikan imunisasi hepatitis B 1 jam setelah pemberian vit K.  
E : telah diberikan.
4. Melakukan pemantauan kontraksi uterus dan kandung kemih setiap 15 meint pada 1 jam pertama, dan tiap 30 menit pada jam ke 2.  
E: Hasil pemantauan dalam batas normal.
5. Melakukan pemantauan tinggi fundus uteri dan pendarahan setaip 15 meint pada 1 jam pertama dan tiap 30 menit pada 1 jam kedua.  
E: Hasil pemantauan dalam batas normal.

6. Mengajarkan ibu dan keluarga cara massase uterus dan kontraksi. E: Ibu dan keluarga mengerti.
7. Melakukan pemantauan tekanan darah dan nadi setiap 15 menit pada 1 jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua, serta suhu 1 kali pada jam pertama dan 1 kali pada jam kedua.  
E: Hasil pemantauan tekanan darah, nadi dan suhu dalam batas normal.
8. Menilai pernafasan dan suhu tubuh bayi.  
E: Bayi bernafas baik yaitu 50x/menit dan 36,5 C.
9. Tempatkan semua peralatan bekas pakai ke dalam larutan klorin 0,5% untuk didekontaminasi (selama 10 menit). Cuci dan bilas setelah didekontaminasi.  
E: Telah dilakukan, dan peralatan telah direndam dilarutan klorin untuk didekontaminasi.
10. Buang bahan-bahan yang terkontaminasi kedalam tempat sampah yang sesuai.  
E: Telah dilakukan.
11. Bersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Dan bantu ibu memakai pakaian bersih dan kering.  
E: Ibu telah dibersihkan, dan ibu telah memakai pakaian bersih dan kering.
12. Pastikan ibu merasa aman dan nyaman. Bantu ibu untuk memberikan ASI kepada bayinya, dan anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkan.  
E: Ibu telah merasa nyaman, ibu telah menyusui bayinya, dan ibu telah makan dan minum dibantu oleh keluarga.
13. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.  
E: Telah dilakukan.
14. Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5%, dan buka secara terbalik dengan bagian dalam ke luar, lalu rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.  
E: Telah dilakukan.
15. Cuci kedua tangan dengan sabun dibawah air mengalir dengan menggunakan teknik cuci tangan 7 langkah.  
E: telah dilakukan dan tangan telah dicuci.
16. Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang).  
E; partograf telah di lengkapi.



# Daftar Pustaka

- Al-Zirqi I, Stray-Pedersen B, Forsén L, Daltveit A, Vangen S. 2016. Uterine rupture trends over 40 years. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol* 123(5):780– 785
- ALARM. 2016. *Vaginal Breech Delivery*. Fourth Edition of The Alarm International Program
- Astriana,W. 2017. *Kejadian Anemia Pada Ibu Hamil Ditinjau dari Paritas dan Usia*. Jurnal Ilmu Kesehatan. Volume 3 No 2.
- Augustin G. 2018. Spontaneous Uterine Rupture. In: *Acute Abdomen During Pregnancy*. Cham: Springer International Publishing.
- Azizah RA, Nirmasari C, Andayani A. 2015. *Perbedaan Waktu Lepasnya Tali Pusat yang dibungkus dengan Kasa Steril dan Perawatan Terbuka pada Bayi di Wilayah Kerja Puskesmas Ambarawa Kabupaten Semarang*. Akademi Kebidanan Ngudi Waluyo : Semarang
- Badan Pusat Statistik. 2015. *Profil Penduduk Indonesia Hasil Supas 2015*. Katalog BPS : Jakarta.
- Brahmantara, Bagus Ngurah. 2015. *Laporan Kasus Ruptur Uteri Pada Kehamilan Trimester Dua Paska Laparoscopi Miomektomi*. Program Pendidikan Dokter Spesialis Obstetri Dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Udayana : Bali

- BPS. 2016. *Potret Awal Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (Sustainable Development Goals) di Indonesia*. Badan Pusat Statistik: Jakarta
- Cunningham, F., Leveno, K., Bloom, S., Spong, C., Dashe, J., Hoffman, B., & Casey, B. 2018. *William's obstetrics (25th ed)*. New York: McGraw Hill Education.
- Dinas Kesehatan Kota Padang. 2019. *Laporan Tahunan Kota Padang Edisi 2018*. Padang.
- Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat. 2018. *Profil Dinas Kesehatan Tahun 2017*. Padang.
- Dinkes Sumbar. 2017. *Profil Kesehatan Sumatera Barat Tahun 2017*. Dinas Kesehatan Sumbar.
- Dinas Kesehatan Sumatera Barat. 2019. *Profil Kesehatan 2018*. Dinkes Sumbar: padang
- Dutta, Anita. 2017. *Management Of Ruptured Uterus*. Clinical Guidelines(04243): UK
- Fauziyah, Y. 2014. *Obstetri Patologi*. Nuha Medika. Yogyakarta.
- Gupta J, Smith G, Chondankar R. 2015. Royal College of Obstetrician and Gynaecologists (RCOG) Green-top Guideline No. 45: Birth After Previous Caesarean Birth. R Coll Obstet Gynaecol Green-top Guidel 45(45):31.
- Inساني, A.A., A. Nurdian., Yulizawati., L. Elsinta, D. Iryani. 2016. *Berpikir Kritis "Dasar Bidan Dalam Manajemen Asuhan Kebidanan"*.
- Kemenkes. 2013. *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu Di Fasilitas Kesehatan Dasar Dan Rujukan*. Kemenkes RI : Jakarta
- Kemenkes RI. 2015. *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2015-2019*. Kemenkes RI. Jakarta.
- Kemenkes. 2016. *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Kemenkes RI : Jakarta
- Kemenkes RI. 2016. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2015*. Kemenkes RI. Jakarta.
- Kemenkes RI. 2018. *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2017*. Kemenkes RI dan Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI, 2017. *Profil Kesehatan Indonesia 2017*. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI. 2019. *Profil Kesehatan Indonesia 2018*. Kemenkes RI: Jakarta
- Kumalasari, I. 2015. *Panduan Praktik Laboratorium Dan Klinik Perawatan Antenatal, Intranatal, Postnatal, Bayi Baru Lahir Dan Kontrasepsi*. Salemba Medika. Jakarta.
- Lestary, Heny dkk. 2018. Sistem Rujukan Maternal dan Neonatal di Provinsi Papua dan Maluku. *Media Litbangkes* 28( 2) : 83 – 94.
- Manuaba, Ida Bagus Gde. 2015. *Pengantar Kuliah Obstetri*. EGC : Jakarta
- Marmi, dkk. 2016. *Asuhan Kebidanan Patologi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Mochtar, Rustam. 2015. *Sinopsis Obstetri*. EGC : Jakarta
- Mutmainnah et al. 2017. *Asuhan Persalinan Normal Dan Bayi Baru Lahir*. Yogyakarta.
- Nufra, Y.A. dan Azimar. 2019. *The Effect Of Giving Warm Compress To The Reduction Of Pain In Maternal Stage I Of Active Phase In The Independent Practical Midwife Yulia Fonna*

- Skem Lipah Rayeuk Village Jeumpa Regency Bireuen District 2019*. Journal of Healthcare Technology and Medicine. Volume 5 No 2.
- Paat, Judita *et al.* 2015. Persalinan Distosia Pada Remaja Di Bagian Obstetri- Ginekologi Blu Rsup Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. *Jurnal e-Clinic (eCI)*3(2): 612-212.
- Patimah, Siti. 2016. *Praktik Klinik Kebidanan IV*. Kemenkes RI: Jakarta Prawirohardjo, Sarwono. 2016. *Ilmu Kebidanan*. PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo: Jakarta Prawirohardjo, Sarwono. 2016. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka
- Padlilah, R., Ririn, A., dan Yuni, R. 2019. *Asuhan Kebidanan Pada Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. CV Bromomurup. ISBN: 6239225800, 9786239225803 Prawiroharjo, S. 2016. *Ilmu Kebidanan*. Yayasan Bina Sarwono Prawirohardjo. Jakarta.
- Putri, R.D. dan Widiastuti, R.Y. 2017. *Merendam Kaki Dengan Air Hangat Efektif Mengurangi Nyeri Persalinan Kala I Fase Aktif Di Bpm Henny Sulistiowati Kecamatan Terbanggi Besar Kabupaten Lampung Tengah Tahun 2016*. Jurnal Kebidanan. Volume 3 No 2.
- Qonitun, U., dan Siti, N.F. 2019. *Faktor-Faktor Yang Melatarbelakangi Kejadian Partus Lama Pada Ibu Bersalin Di Rsud Dr. R. Koesma Tuban*. Jurnal Kesehatan dr. Soebandi Volume 7 No 1.
- Rajudin, Kumalasari, Roziana. 2018. Ruptur Uteri Sebagai Komplikasi Tolac Pada Pasiendengan Ketuban Pecah Dini. *Jurnal Averrous* 4(2): 1-13.
- Ranjana *et al.* 2017. Incidence, causes and fetomaternal outcomes of obstructed labour in a tertiary health care centre. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*6(7):2817-2821.
- Royal College of Obstetricians and Gynecology (RCOG). 2016. *The Management of Breech Presentation*. RCOG Guideline. No 20b
- Rukiyah. 2015. *Asuhan Kebidanan IV (Patologi Kebidanan)*. Buku Kesehatan: Jakarta
- Sari, Ratna Dewi Puspita. 2015. Ruptur Uteri. *Juke Unila* 5(9): 110-114.
- Singh A, Shrivastava C. 2015. Uterine Rupture: Still a Harsh Reality *J Obstet Gynecol India* 65(3):158–161.
- Savitri, D.A., Yonas, H., dan Pipiet, W. 2019. *The Difference Incidence of Maternal Uterine Inertia Between Labor With and Without Ane Hospital of dr. Soebandi Jember*. Journal of Agromedicine and Medical Sciences. Volume 5 No. 3. *mia in*
- Suwanti, E. 2016. *Praktikum Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Kementerian Kesehatan RI.
- Santi, Dwi Rukma. 2018. *Prolonged Labor Incidences: Passage-Passanger Factors Analyzed (Descriptive Study In RSUD dr Koesma Tuban)*. International Conference on Sustainable Health Promotion 2018: Surabaya
- Sharma, Reena. 2017. *Indications and Rate of Caesarean Delivery at Tertiary Care Hospital: a Retrospective Study*. International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetric



- & Gynecology South Australian Perinatal Practice Guideline. 2018. *Breech Presentation*. Government Of South Australia
- UNICEF. 2016. *Improving Maternal And Newborn Health Services In Eastern Indonesia*. UNICEF: Indonesia
- USAID. 2014. *Panduan Operasional Pelayanan Jejaring Sistik Rujukan Kegawat-daruratan Ibu dan Bayi Baru Lahir (Neonatus) Puskesmas - Rumah Sakit*. Indonesia : USAID
- World Health Organization (WHO). 2018. *WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience*. [online]. Tersedia: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259947/WHO-RHR-18.02-eng.pdf?sequence=1>. [1 April 2020].
- World Health Organization (WHO). 2019. *Maternal Mortality*. [online]. Tersedia: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>. [31 Maret 2020].
- WHO. 2017. *World Health Statistic 2017 Monitoring Health For The SDG's (Sustainable Development Goal)s*. WHO: France
- Widiastini, Luh Putu. 2018. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin dan Bayi Baru Lahir*. In Media: Bogor
- Widiastini, L.P. 2018. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Persalinan Dan Bayi Baru Lahir*. In Media. Bogor
- Yulita, N., dan S. Juwita. 2019. Analisis Pelaksanaan Asuhan Kebidanan Komprehensif (Continue Of Care/COC) di Kota Pekanbaru. *Journal Of Midwifery Science* 3(2) : 2549-2543.
- Yulianti, Devi. 2016. *Manajemen Komplikasi Kehamilan & Persalinan*. EGC: Jakarta