



Panduan Praktikum Asuhan Kebidanan Patologi

Fidyah Aminin, M.Kes.



**Penerbit
Salemba Medika**

Panduan Praktikum Asuhan Kebidanan Patologi.

Fidyah Aminin, M.Kes.

General Manager: Suwartono

Koordinator Penerbitan dan Produksi: Ariyanto

Senior Editor: Aklia Suslia

Copy Editor: Faqihani Ganiajri

Tata Letak: Wini Nurhanifah

Desain Sampul: Deka Hasbiy



Hak Cipta © 2013, Penerbit Salemba Medika

Jl. Raya Lenteng Agung No. 101

Jagakarsa, Jakarta 12610

Telp. : (021) 781 8616

Faks. : (021) 781 8486

Website : <http://www.penerbitsalemba.com>

E-mail : info@penerbitsalemba.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 Rp5.000.000.000,00 (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 Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

Pengetahuan medis senantiasa berubah. Pembaca disarankan untuk memeriksa informasi terbaru yang disediakan oleh produsen masing-masing obat (yang akan diberikan) untuk memverifikasi dosis, metode, dan interval pemberian yang direkomendasikan serta kontraindikasinya. Merupakan tanggung jawab dari praktisi dengan memperhatikan pengalaman dan pengetahuan pasien untuk menentukan dosis dan perawatan terbaik bagi masing-masing pasien. Penerbit maupun penulis tidak bertanggung jawab atas kecelakaan dan/atau kerugian yang dialami seseorang atau sesuatu yang diakibatkan oleh penerbitan buku ini.

Aminin, Fidyah

Panduan Praktikum Asuhan Kebidanan Patologi/Fidyah
Aminin

— Jakarta: Salemba Medika, 2013

1 jil., 58 hlm., 15,5 x 24 cm

ISBN 978-602-7670-26-0

I. Kebidanan

I. Judul

2. Patologi

II. Fidyah Aminin



Fidyah Aminin, M.Kes., dilahirkan di Blitar, 19 April 1985. Penulis adalah staf pengajar Poltekkes Kemenkes Tanjungpinang. Penulis menyelesaikan pendidikan D III Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Malang pada tahun 2007. Kemudian menyelesaikan program D IV Bidan Pendidik di Poltekkes Kemenkes Malang pada tahun 2008. Magister Manajemen Kesehatan Ibu dan Anak Universitas Diponegoro diselesaikan pada tahun 2011.

Prakata Penulis

Puji dan syukur saya persembahkan ke hadirat Allah Swt, yang telah memberikan rahmat dan nikmat-Nya, sehingga buku **Panduan Praktikum Asuhan Kebidanan Patologi** ini bisa saya selesaikan. Buku ini sengaja saya susun untuk melengkapi teori asuhan kebidanan patologi dan membantu mahasiswa kebidanan, khususnya dalam penguasaan keterampilan asuhan kebidanan patologi, sehingga diharapkan mampu menjadi bidan yang terampil dan profesional.

Penulis menyadari bahwa tersusunnya buku ini tidak lepas dari bantuan dari berbagai pihak, dorongan dari keluarga, serta orang tercinta, yang tiada hentinya selalu ada dalam suka dan duka. Oleh karena itu, kami ucapkan terima kasih atas segala bantuan yang telah diberikan. Semoga mendapat anugerah dari Allah Swt.

Penulis menyadari masih banyak kekurangan dalam penyusunan buku ini. Oleh karena itu, saran dan masukan yang membangun dari pembaca, kami harapkan demi perbaikan buku ini di masa yang akan datang. Semoga buku ini bermanfaat dan bisa membantu dalam penguasaan asuhan kebidanan patologi sesuai dengan wewenang bidan.

Blitar, Juli 2013

Penulis

Ucapan Terima Kasih

Atas tersusunnya buku **Panduan Praktikum Asuhan Kebidanan Patologi** ini, saya mengucapkan terima kasih kepada:

1. Allah SWT atas rahmat dan hidayah-Nya yang telah mengizinkan saya menyusun buku ini,
2. Papa dan Mama, serta keluarga yang selalu mendukung setiap keinginan dan cita-cita saya,
3. Devi Andika yang telah memberi motivasi bagiku untuk terus maju dan menjadi yang terbaik,
4. Penerbit Salemba Medika atas kerja samanya dalam penerbitan buku ini,
5. seluruh civitas akademika Stikes Patria Husada Blitar dan teman-teman D-III Kebidanan Stikes Patria Husada Blitar,
6. mahasiswaku yang banyak memberi inspirasi dan semangat,
7. semua pihak yang telah membantu dan tidak bisa saya sebutkan satu per satu.

Blitar, Juli 2013

Penulis

Tentang Penulis		iii
Prakata Penulis		v
Ucapan Terima Kasih		vii
Daftar Isi		ix
Bab 1 Melakukan Pertolongan Persalinan pada Perdarahan Postpartum (Hemoragia Postpartum)		1
Dasar Teori	1	
<i>Definisi</i>	1	
<i>Etiologi (Mochtar, 1998)</i>	2	
<i>Mendiagnosis Perdarahan Postpartum (Mochtar, 1998)</i>	3	
<i>Penatalaksanaan Perdarahan Postpartum (JNPKR, 2008)</i>	3	
Petunjuk	5	
Keselamatan Kerja	5	
Peralatan yang Diperlukan dalam Tindakan Plasenta Manual	5	
Peralatan yang Diperlukan dalam Tindakan Atonia Uteri	6	
Prosedur Pelaksanaan Plasenta Manual	6	
Prosedur Pelaksanaan Atonia Uteri	8	
Daftar Tilik Melakukan Pertolongan Persalinan dengan HPP (Plasenta Manual)	11	
Daftar Tilik Melakukan Pertolongan Persalinan dengan HPP (Atonia Uteri)	14	
Bab 2 Pertolongan Persalinan Letak Sungsang		17
Dasar Teori	17	
<i>Definisi</i>	17	
<i>Klasifikasi</i>	18	
<i>Mendiagnosis Presentasi Bokong</i>	19	
<i>Mekanisme Persalinan Sungsang</i>	20	
<i>Tahapan dalam Kelahiran Sungsang (Wiknjosastra, 2000)</i>	20	
<i>Jenis Pimpinan Persalinan Sungsang (Wiknjosastra, 2000)</i>	21	
Petunjuk	24	
Keselamatan Kerja	24	
Peralatan dan Perlengkapan	25	
Prosedur Pelaksanaan	25	
Daftar Tilik Melakukan Pertolongan Persalinan Sungsang	29	

Bab 3 Pertolongan Persalinan Vakum Ekstraksi	35
Dasar Teori	35
<i>Definisi</i>	35
<i>Bagian-Bagian Ekstraktor Vakum</i>	35
<i>Indikasi (Wiknjosastro, 2000)</i>	36
<i>Kontraindikasi (Wiknjosastro, 2000)</i>	36
<i>Syarat</i>	37
<i>Komplikasi</i>	37
<i>Kriteria Kegagalan Ekstraksi Vakum (Wiknjosastro, 2000)</i>	37
Petunjuk	37
Keselamatan Kerja	38
Peralatan dan Perlengkapan	38
Prosedur Pelaksanaan	38
Daftar Tilik Melakukan Pertolongan Persalinan dengan Vakum Ekstraksi	41
Daftar Pustaka	D-1
Indeks	I-1

JOB SHEET

Melakukan Pertolongan Persalinan pada Perdarahan Postpartum (Hemoragia Postpartum)

OBJEKTIF PERILAKU MAHASISWA

Mahasiswa dapat melakukan pertolongan persalinan pada perdarahan postpartum dengan prosedur yang ada pada *jobsheet*.

DASAR TEORI

Definisi

Perdarahan postpartum adalah perdarahan lebih dari 500-600 ml setelah bayi lahir. Menurut waktu terjadinya, perdarahan postpartum dibagi menjadi dua, yaitu sebagai berikut (Mochtar, 1998).

1. Perdarahan postpartum primer (*early postpartum hemorrhage*) yang terjadi dalam 24 jam setelah anak lahir.
2. Perdarahan postpartum sekunder (*late postpartum hemorrhage*) yang terjadi setelah 24 jam setelah anak lahir. Biasanya antara hari ke-5 sampai hari ke-15 postpartum.

Etiologi (Mochtar, 1998)

1. **Atonia uteri**, faktor predisposisi terjadinya atonia uteri adalah sebagai berikut.
 - a. **Umur**. Umur yang terlalu muda atau terlalu tua.
 - b. **Paritas**. Atonia uteri sering dijumpai pada multipara dan grand multipara.
 - c. **Partus lama** atau partus terlantar.
 - d. **Obstetri operatif** dan narkosa.
 - e. **Uterus terlalu regang** dan besar, misalnya pada gemelli, hidramnion, atau janin besar.
 - f. **Kelainan pada uterus**, seperti pada mioma uteri.
 - g. **Faktor sosio-ekonomi**, yaitu malnutrisi.
2. **Retensio plasenta**, yaitu plasenta belum lahir dalam waktu satu jam setelah bayi lahir. Penyebab terjadinya retensio plasenta adalah sebagai berikut.
 - a. **Plasenta belum terlepas** dari dinding rahim karena tumbuh melekat lebih dalam. Menurut tingkat pelekatannya plasenta, maka dibagi menjadi beberapa kelompok sebagai berikut.
 - 1) **Plasenta adhesiva** yang melekat pada desidua endometrium lebih dalam.
 - 2) **Plasenta inkreta**, vili korialis tumbuh lebih dalam dan menembus desidua sampai ke miometrium.
 - 3) **Plasenta akreta** menembus lebih dalam ke dalam miometrium tetapi belum menembus serosa.
 - 4) **Plasenta perkreta** yang menembus sampai serosa atau peritoneum dinding rahim.
 - b. **Plasenta sudah lepas**, tetapi belum keluar karena atonia uteri yang akan menyebabkan perdarahan yang banyak atau adanya lingkaran konstriksi pada bagian bawah rahim akibat kesalahan penanganan kala III yang akan menghalangi plasenta keluar (plasenta inkarserata).
3. **Sisa plasenta atau selaput ketuban**.
4. **Jalan lahir**, yaitu robekan perineum, vagina, serviks, fornik, dan rahim.
5. **Penyakit darah**. Kelainan pembekuan darah, misalnya hipofibrinogenemia yang sering dijumpai pada:
 - a. perdarahan yang banyak,
 - b. solusio plasenta,
 - c. kematian janin yang lama dalam kandungan,
 - d. pre-eklamsi dan eklamsi,
 - e. infeksi, hepatitis, dan septik syok.

Mendiagnosis Perdarahan Postpartum (Mochtar, 1998)

1. Palpasi uterus, yaitu periksa bagaimana kontraksi uterus dan tinggi fundus uteri.
2. Memeriksa plasenta dan ketuban apakah lengkap atau tidak.
3. Memeriksa cavum uteri apakah ada sisa plasenta dan ketuban, robekan rahim, plasenta suksenturiata.
4. Inspekulo, yaitu untuk melihat robekan pada serviks, vagina, dan varises yang pecah.
5. Pemeriksaan laboratorium: periksa darah, Hb, *Clot Observation Test (COT)*.

Penatalaksanaan Perdarahan Postpartum (JNPKR, 2008)

1. Perdarahan karena atonia uteri
 - a. Masase fundus uteri segera setelah lahirnya plasenta (minimal 15 detik). Jika uterus berkontraksi, lakukan evaluasi rutin. Jika uterus berkontraksi tetapi perdarahan terus berlangsung, periksa apakah perineum, vagina, dan serviks mengalami lacerasi, jahit, atau segera dirujuk.
 - b. Jika uterus tidak berkontraksi, maka bersihkan bekuan darah dan/atau selaput ketuban dari vagina dan lubang serviks.
 - c. Pastikan bahwa kandung kemih ibu kosong. Jika penuh atau dapat dipalpasi, maka lakukan kateterisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik.
 - d. Lakukan kompresi bimanual internal (KBI) selama 5 menit.
 - e. Jika uterus berkontraksi, teruskan KBI selama dua menit dan lakukan pemantauan kala IV.
 - f. Jika uterus tidak berkontraksi, anjurkan keluarga untuk membantu melakukan kompresi bimanual eksterna (KBE).
 - g. Keluarkan tangan perlahan-lahan.
 - h. Berikan ergometrin 0,2 mg IM atau misoprostol 60–1.000 mcg per rektal. Ergometrin tidak untuk ibu hipertensi.
 - i. Pasang infus menggunakan jarum ukuran 16 atau 18 dan berikan 500 cc Ringer Laktat + 20 unit oksitosin. Habiskan 500 cc pertama secepat mungkin.
 - j. Ulangi KBI.
 - k. Jika uterus berkontraksi, maka pantau ibu dengan saksama selama persalinan kala IV.
 - l. Jika uterus tidak berkontraksi, maka segera rujuk. Dampingi ibu ke tempat rujukan.
 - m. Lanjutkan infus Ringer Laktat + 20 unit oksitosin ke dalam 500 cc larutan dengan laju 500 cc per jam hingga tiba di tempat rujukan atau

hingga menghabiskan 1,5 L infus. Kemudian berikan 125 cc per jam. Jika tidak tersedia cairan yang cukup, berikan 500 cc kedua dengan kecepatan sedang dan berikan minuman untuk rehidrasi.

2. Perdarahan karena retensio plasenta
 - a. Pastikan kandung kemih kosong.
 - b. Jepit tali pusat dengan klem pada jarak 5–10 cm dari vulva. Tegangkan dengan satu tangan sejajar lantai.
 - c. Secara obstetrik, masukkan tangan lainnya (punggung tangan menghadap ke bawah) ke dalam vagina dengan menelusuri sisi bawah tali pusat.
 - d. Setelah mencapai bukaan serviks, minta seorang asisten atau penolong lain untuk memegang klem tali pusat. Kemudian pindahkan tangan luar untuk menahan fundus uteri.
 - e. Sambil menahan fundus uteri, masukkan tangan dalam hingga ke cavum uteri sehingga mencapai tempat implantasi plasenta.
 - f. Bentangkan tangan obstetrik menjadi datar seperti memberi salam (ibu jari merapat ke jari telunjuk dan jari-jari lain saling merapat).
 - g. Tentukan implantasi plasenta. Temukan tepi plasenta paling bawah.
 - 1) Bila plasenta berimplantasi di korpus belakang, tali pusat tetap di sebelah atas dan sisipkan ujung jari-jari tangan di antara plasenta dan dinding uterus dengan punggung tangan menghadap ke bawah (posterior ibu).
 - 2) Bila di korpus depan, maka pindahkan tangan ke sebelah atas tali pusat dan sisipkan ujung jari-jari tangan di antara plasenta dan dinding uterus dengan punggung tangan menghadap ke atas (anterior ibu).
 - h. Setelah ujung-ujung jari masuk di antara plasenta dan dinding uterus, maka perluas pelepasan plasenta dengan jalan menggeser tangan ke kanan dan kiri sambil digeserkan ke atas (kranial ibu) sehingga semua pelekatan plasenta terlepas dari dinding uterus.
 - 1) Bila tepi plasenta tidak teraba atau plasenta berada pada dataran yang sama tinggi dengan dinding uterus, maka hentikan upaya plasenta manual karena hal itu menunjukkan plasenta inkreta (tertanam dalam miometrium).
 - 2) Bila hanya sebagian dari implantasi plasenta dapat dilepaskan dan bagian lainnya melekat erat, maka hentikan plasenta manual karena hal tersebut adalah plasenta akreta. Pada keadaan ini

sebaiknya ibu diberikan uterotonika tambahan (misoprostol 600 mcg per rektal) sebelum dirujuk ke fasilitas kesehatan rujukan.

- i. Sementara satu tangan masih di dalam cavum uteri, lakukan eksplorasi untuk menilai tidak ada sisa plasenta yang tertinggal.
 - j. Pindahkan tangan luar dari fundus ke supra simfisis (tahan segmen bawah uterus). Kemudian instruksikan asisten atau penolong untuk menarik tali pusat sambil tangan dalam membawa plasenta keluar (hindari terjadinya percikan darah).
 - k. Lakukan penekanan (dengan tangan yang menahan supra simfisis) uterus ke arah dorso kranial setelah plasenta dilahirkan dan tempatkan plasenta di dalam wadah yang telah disediakan.
3. Perdarahan karena sisa plasenta
Bersihkan sisa plasenta yang ada dengan eksplorasi cavum uteri.
 4. Perdarahan karena robekan jalan lahir
Jahit laserasi jalan lahir sesuai dengan tingkat laserasi yang ada.

PETUNJUK

1. Ikuti petunjuk yang ada pada *jobsheet*.
2. Bekerja secara hati-hati dan teliti.

KESELAMATAN KERJA

1. Perhatikan prosedur pencegahan infeksi.
2. Patuhi prosedur pekerjaan.

PERALATAN YANG DIPERLUKAN DALAM TINDAKAN PLASENTA MANUAL

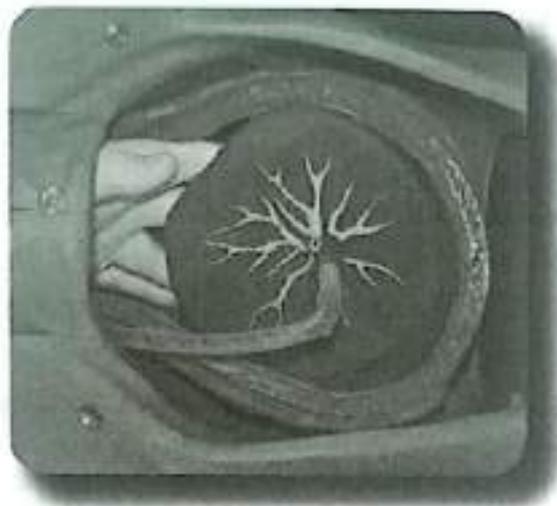
1. Cairan RL dan slang infus
2. Analgetik: Tramadol 1-2 mg/kgBB
3. Sedatif: Diazepam 10 mg/ml
4. Sarung tangan DTT
5. Sarung tangan panjang steril sepasang
6. Kateter nelaton
7. Kocher 1
8. Bengkok

PERALATAN YANG DIPERLUKAN DALAM TINDAKAN ATONIA UTERI

1. *Handsocon* steril 3 pasang
2. Larutan antiseptik dan klorin 0,5 %
3. Cairan infus RL 5 Flash
4. Infus set (jarum 16/18)
5. Kateter nelaton
6. Oksitosin 20 UI atau 2 ampul
7. Ergometrin 0,2 mg
8. Celemek, masker
9. Tensimeter, stetoskop
10. Lampu sorot
11. Spuit 5 cc sebanyak 2
12. Spekulum sim's

PROSEDUR PELAKSANAAN PLASENTA MANUAL

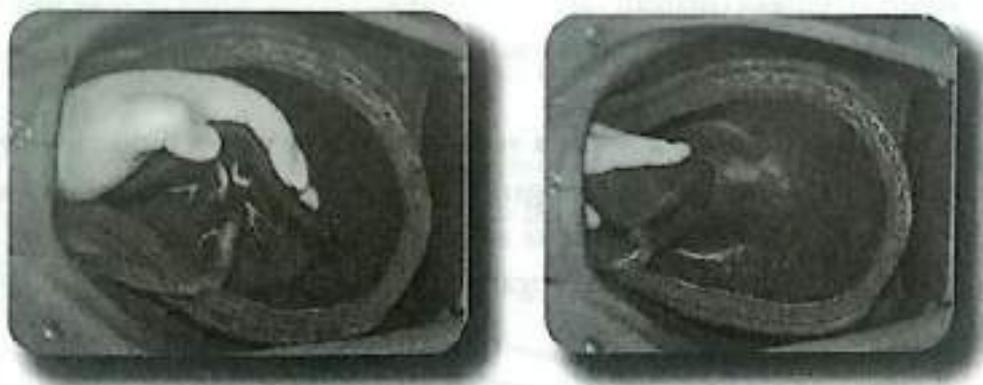
1. Beritahu ibu dan keluarga.
2. Cuci tangan sebelum tindakan.
3. Pakai sarung tangan DTT atau steril.
4. Lakukan kateterisasi untuk mengosongkan kandung kemih.
5. Instruksikan asisten untuk memberikan sedatif dan analgetik melalui karet infus secara perlahan-lahan.
6. Masukkan sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, lalu ganti sarung tangan.
7. Jepit tali pusat dengan kocher kemudian tegangkan tali pusat sejajar atau 180°.
8. Secara obstetrik, masukan tangan (punggung tangan ke bawah) ke dalam vagina menelusuri tali pusat ke bagian bawah.
9. Setelah tangan mencapai pembukaan serviks, minta asisten untuk memegang kocher kemudian tangan lain menahan fundus uteri.
10. Sambil menahan fundus uteri, masukan tangan ke dalam cavum uteri hingga mencapai tempat implantasi.
11. Bukalah tangan secara obstetrik menjadi seperti memberikan salam (ibu jari merapat ke pangkal jari telunjuk).
12. Tentukan implantasi plasenta. Temukan plasenta bagian bawah.



Gambar 1-1 Menemukan plasenta bagian bawah

Sumber: <http://www.ttuhscc.edu/elpaso/som/obgyn/obgyn101/my%20documents4/Text/Abnormal%20L&D/Retained%20Placenta.htm>

13. Kemudian gerakan tangan ke kanan dan kiri (seperti menyisir) sambil bergeser ke arah kranial sehingga semua permukaan maternal plasenta dapat dilepas.



Gambar 1-2 Melepas plasenta

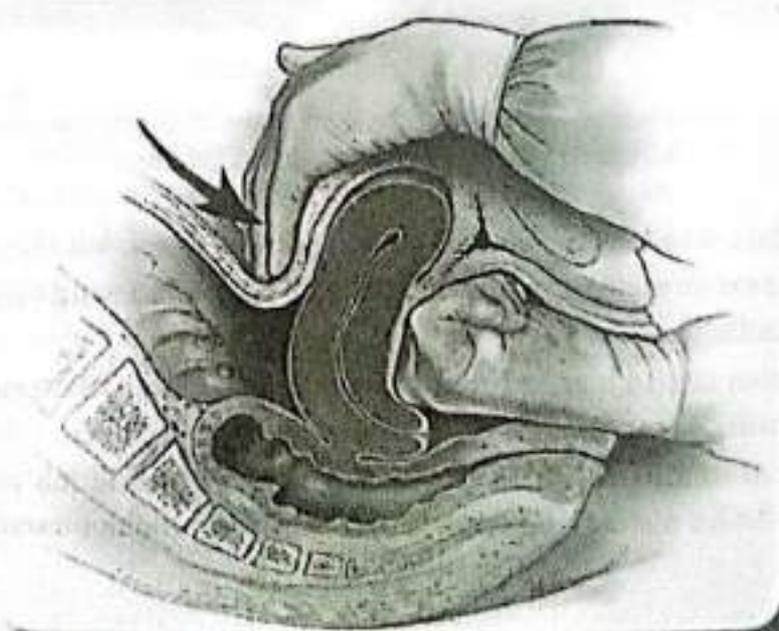
Sumber: <http://www.ttuhscc.edu/elpaso/som/obgyn/obgyn101/my%20documents4/Text/Abnormal%20L&D/Retained%20Placenta.htm>

14. Sementara satu tangan masih di dalam cavum uteri, lakukan eksplorasi ulangan untuk memastikan tidak ada bagian plasenta yang masih melekat pada dinding uterus.
15. Pindahkan tangan luar ke supra simfisis untuk menahan uterus pada saat plasenta dikeluarkan.
16. Instruksikan asisten memegang kocher untuk menarik tali pusat sambil tangan dalam menarik plasenta keluar (hindari percikan darah).

17. Lakukan sedikit pendorongan uterus (dengan tangan luar) ke dorso kranial setelah plasenta lahir. Perhatikan kontraksi uterus dan jumlah perdarahan keluar.
18. Dekontaminasi.
19. Cuci tangan pascatindakan.
20. Periksa kembali TTV pasien.
21. Catat kondisi pasien pascatindakan dan buat laporan tindakan pada kolom yang tersedia dalam status pasien.
22. Beritahu pada pasien dan keluarganya bahwa tindakan telah selesai tetapi pasien masih memerlukan perawatan selanjutnya.

PROSEDUR PELAKSANAAN ATONIA UTERI

1. Beritahu ibu dan keluarga.
2. Cuci tangan sebelum tindakan.
3. Pakai sarung tangan DTT atau steril.
4. Kosongkan kandung kemih.
5. Masukkan tangan (dengan cara menyatukan kelima ujung jari) ke introitus dan dalam vagina ibu dengan lembut.
6. Periksa vagina dan serviks.
7. Letakkan kepalan tangan pada vorniks anterior. Tekan dinding anterior uterus, sementara telapak tangan lain pada abdomen menekan dengan kuat dinding belakang uterus ke arah kepalan tangan dalam.
8. Tekan uterus dengan kedua tangan secara kuat.



Gambar 1-3 Menekan uterus dengan kedua tangan

9. Evaluasi keberhasilan dengan cara sebagai berikut.
 - a. Jika uterus berkontraksi dan perdarahan berkurang, teruskan KBI selama 2 menit. Kemudian perlahan-lahan keluarkan tangan dari dalam vagina.
 - b. Pantau kondisi ibu secara saksama selama kala IV.
 - c. Jika uterus berkontraksi tetapi perdarahan terus berlangsung, periksa perinium, vagina, serviks, apakah terjadi laserasi di bagian tersebut.
 - d. Lakukan penjahit jika ditemukan laserasi.
 - e. Jika kontraksi uterus terjadi dalam waktu 5 menit, ajarkan keluarga melakukan KBE.
10. Cuci tangan dan rendam sarung tangan dalam larutan klorin 0,5%.
11. Berikan 0,2 mg ergometrin IM. Jangan berikan ergometrin pada ibu yang hipertensi.
12. Pasang infus 500 ml. Larutan 500 ml larutan RL yang mengandung 20 IU oksitosin.
13. Pakai sarung tangan steril/DTT dan ulangi KBI.
14. Lakukan rujukan jika uterus berkontraksi dalam waktu 1-2 menit.
15. Dampingi ibu ke tempat rujukan. Teruskan KBI dan teruskan pemberian cairan IV.
16. Letakkan satu tangan pada abdomen di depan uterus tepat di atas simfisis pubis.
17. Letakkan tangan yang lain pada dinding abdomen (di belakang korpus uteri). Usahakan memegang bagian belakang seluas mungkin.



Gambar 1-4 Kompresi pembuluh darah di dinding uterus

18. Lakukan gerakan saling merapatkan kedua tangan untuk melakukan kompresi pembuluh darah di dinding uterus dengan cara menekan uterus di antara kedua tangan tersebut.
19. Dekontaminasi.
20. Cuci tangan.
21. Periksa kembali TTV.
22. Catat kondisi pasien pascatindakan dan buat laporan tindakan pada kolom yang tersedia dalam status pasien.

**DAFTAR TILIK MELAKUKAN PERTOLONGAN PERSALINAN DENGAN HPP
(PLASENTA MANUAL)**

Tanggal penilaian:

Nama mahasiswa:

PENILAIAN:

Nilai 0: **Perlu perbaikan**, yaitu langkah dan tugas tidak dikerjakan.

Nilai 1: **Mampu**, yaitu langkah dikerjakan, tetapi kurang tepat.

Nilai 2: **Mahir**, yaitu langkah dikerjakan dengan benar, tepat, dan tanpa ragu-ragu sesuai prosedur.

Beri tanda centang (√) pada kolom penilaian!

NO	LANGKAH	NILAI		
		0	1	2
A.	Persetujuan tindakan medik.			
B.	Persiapan sebelum tindakan 1. Cairan RL dan slang infus 2. Analgetik: Tramadol 1–2 mg/kgBB 3. Sedatif: Diazepam 10 mg/ml 4. Sarung tangan DTT 5. Sarung tangan panjang steril sepasang 6. Kateter nelaton 7. Kocher 1 8. Bengkok			
C.	Tindakan penetrasi ke cavum uteri 1. Beritahu ibu dan keluarga. 2. Cuci tangan sebelum tindakan. 3. Pakai sarung tangan DTT atau steril. 4. Lakukan kateterisasi untuk mengosongkan kandung kemih. 5. Instruksikan asisten untuk memberikan sedatif dan analgetik melalui karet infus secara perlahan-lahan. 6. Masukkan sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, lalu ganti sarung tangan. 7. Jepit tali pusat dengan kocher kemudian tegangkan tali pusat sejajar atau 180°. 8. Secara obstetrik, masukan tangan (punggung tangan ke bawah) ke dalam vagina menelusuri tali pusat ke bagian bawah.			

NO	LANGKAH	NILAI		
		0	1	2
	9. Setelah tangan mencapai pembukaan serviks, minta asisten untuk memegang kocher kemudian tangan lain menahan fundus uteri. 10. Sambil menahan fundus uteri, masukan tangan ke dalam cavum uteri sehingga mencapai tempat implantasi. 11. Bukalah tangan secara obstetrik menjadi seperti memberikan salam (ibu jari merapat) ke pangkal jari telunjuk).			
D.	Melepaskan plasenta dari cavum uteri 1. Tentukan implantasi plasenta. Temukan plasenta bagian bawah. 2. Kemudian gerakan tangan ke kanan dan kiri (seperti menyisir) sambil bergeser ke arah kranial hingga semua permukaan maternal plasenta dapat dilepas.			
E	Mengeluarkan plasenta 1. Satu tangan masih di dalam cavum uteri dan lakukan eksplorasi ulangan untuk memastikan tidak ada bagian plasenta yang masih melekat pada dinding uterus. 2. Pindahkan tangan luar ke supra simfisis untuk menahan uterus pada saat plasenta dikeluarkan. 3. Instruksikan asisten memegang kocher untuk menarik tali pusat sambil tangan dalam menarik plasenta keluar (hindari percikan darah). 4. Lakukan sedikit pendorongan uterus (dengan tangan luar) ke dorso kranial setelah plasenta lahir. Perhatikan kontraksi uterus dan jumlah perdarahan keluar.			
F.	Dekontaminasi			
G.	Cuci tangan pascatindakan			

NO	LANGKAH	NILAI		
		0	1	2
H.	Perawatan pascatindakan 1. Periksa kembali TTV pasien. 2. Catat kondisi pasien pascatindakan dan buat laporan tindakan pada kolom yang tersedia dalam status pasien. 3. Beritahu pada pasien dan keluarganya bahwa tindakan telah selesai tetapi pasien masih memerlukan perawatan selanjutnya.			
I.	Nilai yang diperoleh = nilai total \times 100%			

**DAFTAR TILIK MELAKUKAN PERTOLONGAN PERSALINAN
DENGAN HPP (ATONIA UTERI)**

Tanggal penilaian:

Nama mahasiswa:

PENILAIAN:

Nilai 0: **Perlu perbaikan**, yaitu langkah dan tugas tidak dikerjakan.

Nilai 1: **Mampu**, yaitu langkah dikerjakan, tetapi kurang tepat.

Nilai 2: **Mahir**, yaitu langkah dikerjakan dengan benar, tepat, dan tanpa ragu-ragu sesuai prosedur.

Beri tanda centang (√) pada kolom penilaian!

NO	LANGKAH	NILAI		
		0	1	2
A.	Persetujuan tindakan medik			
B.	Persiapan sebelum tindakan 1. <i>Handscoon</i> steril 3 pasang 2. Larutan antiseptik dan klorin 0,5 % 3. Cairan infus RL 5 Flash 4. Infus set (jarum 16/18) 5. Kateter nelaton 6. Oksitosin 20 UI atau 2 ampul 7. Ergometrin 0,2 mg 8. Celemek, masker 9. Tensimeter, stetoskop 10. Lampu sorot 11. Spuit 5 cc sebanyak 2 12. Spekulum sim's			
C	Kompresi bimanual interna 1. Beritahu ibu dan keluarga. 2. Cuci tangan sebelum tindakan. 3. Pakai sarung tangan DTT atau steril. 4. Kosongkan kandung kemih. 5. Masukkan tangan (dengan cara menyatukan kelima ujung jari) ke introitus dan dalam vagina ibu dengan lembut. 6. Periksa vagina dan serviks.			

	<ol style="list-style-type: none">7. Letakkan kepalan tangan pada vorniks anterior. Tekan dinding anterior uterus, sementara telapak tangan lain pada abdomen menekan dengan kuat dinding belakang uterus ke arah kepalan tangan dalam.8. Tekan uterus dengan kedua tangan secara kuat.9. Evaluasi keberhasilan sebagai berikut.<ol style="list-style-type: none">a. Jika uterus berkontraksi dan perdarahan berkurang, teruskan KBI selama 2 menit. Kemudian perlahan-lahan keluarkan tangan dari dalam vagina.b. Pantau kondisi ibu secara saksama selama kala IV.c. Jika uterus berkontraksi tetapi perdarahan terus berlangsung, periksa perinium, vagina, serviks, apakah terjadi laserasi di bagian tersebut.d. Lakukan penjahit jika ditemukan laserasi.e. Jika kontraksi uterus terjadi dalam waktu 5 menit, ajarkan keluarga melakukan KBE.10. Cuci tangan dan rendam sarung tangan dalam larutan klorin 0,5%.11. Berikan 0,2 mg ergometrin IM. Jangan berikan ergometrin pada ibu yang hipertensi.12. Pasang infus 500 ml. Larutan 500 ml larutan RL yang mengandung 20 IU oksitosin.13. Pakai sarung tangan steril/DTT dan ulangi KBI.14. Lakukan rujukan jika uterus berkontraksi dalam waktu 1-2 menit.15. Dampingi ibu ke tempat rujukan. Teruskan KBI dan teruskan pemberian cairan IV.			
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--



D.	<p>Kompresi bimanual eksterna</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Letakkan satu tangan pada abdomen di depan uterus tepat di atas simfisis pubis. 2. Letakkan tangan yang lain pada dinding abdomen (di belakang korpus uteri). Usahakan memegang bagian belakang seluas mungkin. 3. Lakukan gerakan saling merapatkan kedua tangan untuk melakukan kompresi pembuluh darah di dinding uterus dengan cara menekan uterus di antara kedua tangan tersebut. 			
E.	Dekontaminasi			
F.	Cuci tangan pascatindakan			
G.	<p>Perawatan pascatindakan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa kembali TTV. 2. Catat kondisi pasien pascatindakan dan buat laporan tindakan pada kolom yang tersedia dalam status pasien. 			
H.	Nilai yang diperoleh = nilai total × 100%			



JOB SHEET

Pertolongan Persalinan Letak Sungsang

OBJEKTIF PERILAKU MAHASISWA

Mahasiswa dapat melakukan pertolongan persalinan dengan letak sungsang dengan benar sesuai dengan prosedur yang ada pada *job sheet*.

DASAR TEORI

Definisi

Presentasi bokong adalah suatu keadaan yang terjadi bila bokong atau tungkai janin sebagai bagian yang terendah di dalam panggul ibu. Faktor predisposisi presentasi bokong adalah sebagai berikut.

1. Multipara.
2. Prematuritas karena bentuk rahim relatif kurang lonjong, air ketuban masih banyak, dan kepala janin relatif besar.
3. Hidramnion karena janin masih mudah bergerak.
4. Plasenta previa karena menghalangi turunnya kepala janin ke dalam pintu atas panggul.

5. Kelainan bentuk kepala janin seperti anensepalus dan hidrosepalus karena keduanya dapat memengaruhi bentuk fungsi atau gerakan janin (kepala kurang sesuai dengan bentuk pintu atas panggul).
6. Penyebab lain seperti anomali rahim, kehamilan ganda, panggul sempit, dan tumor pelvis.

Klasifikasi

1. Presentasi bokong murni (*frank breech*), kedua paha janin berfleksi dan kedua tungkai berekstensi pada lutut. Posisi bokong ditentukan oleh sakrum ada empat posisi, yaitu sebagai berikut (Mochtar, 1998).
 - a) Sakrum kiri depan (*left sacrum anterior*)
 - b) Sakrum kanan depan (*right sacrum anterior*)
 - c) Sakrum kiri belakang (*left sacrum posterior*)
 - d) Sakrum kanan belakang (*right sacrum posterior*)
2. Presentasi bokong kaki atau lengkap (*complete breech*), kedua paha janin berfleksi dan satu atau kedua lutut difleksikan.
3. Presentasi kaki atau lutut (*incomplete breech*), satu atau dua paha janin berekstensi dan satu atau kedua lutut/kaki terletak di bawah panggul atau keluar dari jalan lahir. Jika ditemui kedua kaki, maka disebut letak kaki sempurna. Jika ditemui satu kaki, maka disebut letak kaki tidak sempurna. Jika ditemui kedua lutut, maka disebut letak lutut sempurna. Jika ditemui satu lutut, maka disebut letak lutut tidak sempurna.



Gambar 2-1 Tipe presentasi bokong

Sumber: Rabe, 2003

Mendiagnosis Presentasi Bokong

1. Pergerakan anak teraba oleh ibu di bagian bawah perut bawah, bawah pusat, dan ibu sering merasa benda keras (kepala) mendesak tulang iga. Seringkali wanita tersebut menyatakan bahwa kehamilannya terasa lain daripada kehamilan yang terdahulu karena terasa penuh di bagian atas dan gerakan terasa lebih banyak di bagian bawah (Oxorn dan Foote, 2010).
2. Pemeriksaan abdominal.
 - a. Leopold I, kepala janin yang keras, bulat, dan dapat diraba dengan *ballotement* karena sudah menempati fundus uteri.
 - b. Leopold II menunjukkan punggung sudah berada pada satu sisi abdomen dan bagian-bagian kecil berada pada sisi yang lain.
 - c. Leopold III bila *engagement* belum terjadi, diameter intertokanterika panggul janin belum melewati pintu atas panggul.
 - d. Leopold IV menunjukkan posisi bokong yang mapan di bawah simfisis. Bunyi jantung terdengar pada punggung anak setinggi pusat. Suara jantung janin biasanya terdengar paling keras di daerah sedikit di atas umbilikus. Sementara itu, bila telah terjadi *engagement* kepala janin, suara jantung terdengar paling keras di bawah umbilikus.
3. Pemeriksaan dalam. Pada pemeriksaan dalam, teraba tiga tonjolan tulang, yaitu tuber ossis ischi dan ujung os sakrum. Os sakrum dapat dikenal sebagai tulang yang meruncing dengan deretan prosesus spinosus di tengah-tengah tulang tersebut. Pada bagian antara tiga tonjolan tulang tersebut, dapat diraba anus dan genitalia anak, tetapi jenis kelamin anak hanya dapat ditentukan jika edema tidak terlalu besar. Pada presentasi bokong murni, kedua tuberositas iskiadika, sakrum, atau anus biasanya dapat teraba. Setelah terjadi penurunan lebih lanjut, genitalia eksterna dapat dikenali. Pada partus lama, bokong akan sangat membengkak sehingga akan sulit membedakan antara bokong dengan muka, anus bisa dikira mulut, dan tuber ischiadika bisa dikira tulang pipi. Pada presentasi bokong sempurna, kaki dapat diraba di sebelah bokong. Sedangkan, pada presentasi kaki, letak salah satu atau kedua kaki lebih rendah daripada bokong. Pada presentasi kaki kanan atau kaki kiri, dapat ditentukan berdasarkan hubungannya dengan ibu jari kaki. Untuk membedakan bagian kaki, tangan, lutut, mulut, dan anus, maka pada pemeriksaan dalam akan teraba sebagai berikut (Mochtar, 1998).
 - a. Anus: lubang kecil, tulang tidak teraba, tidak ada isapan, dan terdapat mekonium.
 - b. Mulut: ada isapan, teraba tulang rahang, dan teraba lidah.
 - c. Kaki: teraba tumit, sudut 90°, jari-jari rata.
 - d. Tangan siku: jari-jari panjang, tidak rata, dan tidak teraba patella.
 - e. Lutut: teraba patella dan popliteal.

4. Pemeriksaan USG. Dengan pemeriksaan ini, dapat dipastikan perkiraan-perkiraan dari hasil pemeriksaan di atas. USG dilakukan pada usia kehamilan 32–34 minggu yang berguna baik untuk menegakkan diagnosis maupun memperkirakan ukuran panggul ibu.
5. Pemeriksaan rontgen, bayangan kepala di fundus.

Mekanisme Persalinan Sungsang

Mekanisme persalinan hampir sama dengan letak kepala, hanya saja di sini yang memasuki pintu atas panggul (PAP) adalah bokong. Persalinan berlangsung agak lama karena bokong dibandingkan kepala agak lembek yang kurang kuat menekan, sehingga pembukaan agak lama. Bokong masuk PAP dengan garis pangkal paha melintang atau miring. Dengan turunnya bokong, terjadi putar paksi sehingga di dasar panggul garis pangkal paha letaknya menjadi muka belakang. Dengan trochanter depan sebagai hipomoklion (di bawah simpisis), terjadi laterofleksi tubuh janin (punggung), sehingga trochanter belakang melewati perineum. Setelah bokong lahir, diikuti oleh kedua kaki, kemudian terjadi sedikit rotasi untuk memungkinkan bahu masuk PAP dalam posisi melintang atau miring. Lalu bahu depan di bawah simpisis dan bahu belakang lahir, kemudian kepala dilahirkan (Mochtar, 1998).

Tahapan dalam Kelahiran Sungsang (Wiknjosastro, 2000)

1. Tahap pertama, yaitu fase lambat, mulai lahirnya bokong sampai pusar (skapula depan). Tahap ini disebut fase lambat karena hanya untuk melahirkan bokong yaitu bagian janin yang tidak berbahaya. Sebelum bokong lahir seluruhnya, kita hanya melakukan observasi.
2. Tahap kedua, yaitu fase cepat, mulai dari lahirnya pusar sampai lahirnya mulut. Tahap ini disebut fase cepat karena kepala janin mulai masuk pintu atas panggul, sehingga kemungkinan tali pusat terjepit. Oleh karena itu, fase ini harus segera diselesaikan dalam waktu 8 menit dan tali pusat segera dilonggarkan. Bila mulut sudah lahir, janin bisa bernapas lewat mulut. Untuk mempercepat lahirnya janin, maka dapat dilakukan *manual aid*.
3. Tahap ketiga, yaitu fase lambat, mulai lahirnya mulut sampai seluruh kepala lahir. Tahap ini disebut fase lambat karena kepala akan keluar dari ruangan yang bertekanan tinggi (uterus) ke dunia luar yang tekanannya lebih rendah, sehingga kepala harus dilahirkan secara perlahan-lahan untuk menghindari terjadinya perdarahan intra kranial (adanya ruptura tentorium serebelli).

Jenis Pimpinan Persalinan Sungsang (Wiknjosastro, 2000)

1. Lahir spontan per vaginam dengan cara Bracht, yaitu bokong ditangkap, tangan diletakkan pada paha dan sakrum, kemudian janin ditarik ke atas.
2. *Manual aid*
 - a. Cara melahirkan bahu dan lengan
 - 1) **Cara Klasik (Deventer)**
 - a) Prinsip melahirkan bahu dan lengan secara klasik ialah melahirkan lengan belakang terlebih dahulu karena berada di ruangan yang lebih luas. Kemudian baru melahirkan lengan depan yang berada di bawah simfisis. Namun, bila lengan depan sukar untuk dilahirkan, maka lengan depan diputar menjadi lengan belakang yaitu dengan memutar gelang bahu ke arah belakang dan baru kemudian lengan belakang ini dilahirkan.
 - b) Kedua kaki janin dipegang dengan tangan kanan penolong pada pergelangan kakinya dan dielevasi ke atas sejauh mungkin, sehingga perut janin mendekati perut ibu.
 - c) Bersamaan dengan itu, tangan kiri penolong dimasukkan ke dalam jalan lahir. Dengan jari tengah dan jari telunjuk, penolong menelusuri bahu janin sampai pada fosa cubiti kemudian lengan bawah dilahirkan dengan gerakan seolah-olah lengan bawah mengusap muka janin.
 - d) Untuk melahirkan lengan depan, pegangan pada pergelangan kaki janin diganti dengan tangan kanan penolong dan ditarik curam ke bawah sehingga punggung janin mendekati punggung ibu.
 - e) Dengan cara yang sama, lengan depan dilahirkan.
 - f) Bila lengan depan sukar dilahirkan, maka harus diputar menjadi lengan belakang. Gelang bahu dan lengan yang sudah lahir dicengkeram dengan kedua tangan penolong sedemikian rupa, sehingga kedua ibu jari tangan penolong terletak di punggung dan sejajar dengan sumbu badan janin sedangkan jari-jari lain mencengkeram dada. Putaran diarahkan ke perut dan dada janin, sehingga lengan depan terletak di belakang. Kemudian lengan belakang ini dilahirkan dengan teknik yang sama dengan yang di atas.
 - g) Deventer melakukan cara klasik ini dengan tidak mengubah lengan depan menjadi lengan belakang. Cara ini

lazim disebut sebagai cara Opodeventer. Keuntungan cara klasik adalah pada umumnya dapat dilaksanakan pada semua persalinan letak sungsang, tetapi kerugiannya ialah lengan janin masih relatif tinggi di dalam panggul sehingga jari penolong harus masuk ke dalam jalan lahir yang dapat menyebabkan infeksi.

2) Cara Lowset

- a) Prinsip persalinan secara Lowset adalah memutar badan janin dalam setengah lingkaran bolak-balik sambil dilakukan traksi curam ke bawah sehingga bahu yang sebelumnya berada di belakang akhirnya lahir di bawah simfisis. Hal ini berdasarkan kenyataan bahwa adanya inklinasi antara pintu atas panggul dengan sumbu panggul dan bentuk lengkungan panggul yang mempunyai lengkungan depan lebih pendek dari lengkungan di belakang, sehingga setiap saat bahu belakang selalu dalam posisi lebih rendah dari bahu depan.
- b) Badan janin dipegang secara femuro pelviks. Sambil dilakukan traksi curam ke bawah, badan janin diputar setengah lingkaran, sehingga bahu belakang menjadi bahu depan. Kemudian sambil dilakukan traksi, badan janin diputar kembali ke arah yang berlawanan setengah lingkaran. Demikian seterusnya bolak-balik, sehingga bahu belakang tampak di bawah simfisis dan lengan dapat dilahirkan.
- c) Bila lengan janin tidak dapat lahir dengan sendirinya, maka lengan janin ini dapat dilahirkan dengan mengait lengan bawah dengan jari penolong.
- d) Keuntungan cara ini adalah merupakan teknik yang sederhana dan jarang gagal. Selain itu, dapat dilakukan pada segala macam letak sungsang tanpa memperhatikan posisi lengan, serta tangan penolong tidak masuk ke dalam jalan lahir, sehingga bahaya infeksi minimal.

3) Cara Muller

- a) Prinsip melahirkan bahu dan lengan secara Muller ialah melahirkan bahu dan lengan depan lebih dulu dengan ekstraksi. Kemudian baru melahirkan bahu dan lengan belakang.
- b) Bokong janin dipegang secara femuro pelviks, yaitu kedua jari penolong diletakkan sejajar spina sakralis media, jari telunjuk pada krista illiaka, dan jari-jari lain mencengkeram

paha bagian depan. Dengan pegangan ini, badan janin ditarik curam ke bawah sejauh mungkin sampai bahu depan tampak di bawah simfisis, selanjutnya lengan depan dilahirkan dengan mengait lengan bawahnya.

- c) Setelah bahu depan dan lengan depan lahir, maka badan janin yang masih dipegang secara femuro pelviks ditarik ke atas sampai bahu belakang lahir. Bila bahu belakang tidak lahir dengan sendirinya, maka lengan belakang dilahirkan dengan mengait lengan bawah dengan kedua jari penolong. Keuntungan dengan teknik ini adalah tangan penolong tidak masuk jauh ke dalam jalan lahir, sehingga bahaya infeksi minimal.

4) Cara Bickenbachs

Merupakan kombinasi antara cara Muller dan cara klasik (Wiknjastro, 2000).

5) Cara Potter

Pada cara Potter dikeluarkan dulu lengan dan bahu depan dengan menarik janin ke bawah dan menekan dengan dua jari pada skapula. Badan janin diangkat ke atas untuk melahirkan lengan dan bahu belakang dengan menekankan skapula ke belakang (Mochtar, 1998).

b. Cara melahirkan kepala

1) Cara Mauriceau

- a) Tangan penolong yang sesuai dengan muka janin dimasukkan ke dalam jalan lahir. Jari tengah dimasukkan ke dalam mulut dan jari telunjuk, jari keempat mencengkeram fosa kanina, sedangkan jari yang lain mencengkeram leher. Badan anak diletakkan di atas lengan bawah penolong seolah-olah janin menunggang kuda. Jari telunjuk dan jari ketiga penolong yang lain mencengkeram leher janin dari arah punggung.
- b) Kedua tangan penolong menarik kepala janin curam ke bawah sambil seorang asisten melakukan ekspresi kristeler. Tenaga tarikan terutama dilakukan oleh tangan penolong yang mencengkeram leher janin dari arah punggung. Bila suboksiput tampak di bawah simfisis, maka kepala janin dielevasi ke atas dengan suboksiput sebagai hipomoklion sehingga berturut-turut lahir dagu, mulut, hidung, mata, dahi, ubun-ubun dan akhirnya lahirlah seluruh kepala.

2) Cara De Snoo

Tangan kiri menadah perut dan dada, serta dua jari diletakkan di leher (menunggang kuda). Tangan kanan penolong menekan di atas simfisis. Perbedaannya dengan Mauriceau ialah tangan tidak masuk dalam vagina.

3) Cara Wigand Martin-Winckel

Satu tangan (kiri) dalam jalan lahir dengan telunjuk dalam mulut janin sedang jari tengah dan ibu jari pada rahang bawah. Tangan lain menekan di atas simfisis atau fundus.

4) Cara Naujoks

Teknik ini dilakukan bila kepala masih tinggi, sehingga jari penolong tidak dapat dimasukkan ke dalam mulut janin. Kedua tangan penolong mencengkeram leher janin dari arah depan dan belakang. Kedua tangan penolong menarik bahu curam ke bawah dan bersamaan dengan itu seorang asisten mendorong kepala janin ke arah bawah.

5) Cara Praque Terbalik

Teknik ini dipakai apabila oksiput dengan ubun-ubun kecil berada di belakang dekat sakrum dan muka janin menghadap simfisis. Satu tangan penolong mencengkeram leher dari arah bawah dan punggung janin diletakkan pada telapak tangan penolong. Tangan penolong yang lain memegang kedua pergelangan kaki. Kaki janin ditarik ke atas bersamaan dengan tarikan pada bahu janin, sehingga perut janin mendekati perut ibu. Dengan laring sebagai hipomoklion, kepala janin dapat dilahirkan.

c. Kepala sulit lahir (*after coming head*)

Bila janin masih hidup, lahirkan kepala dengan ekstraksi forsep. Bila janin sudah meninggal, dilakukan embriotomi.

PETUNJUK

1. Ikuti petunjuk yang ada pada *job sheet*.
2. Bekerja secara hati-hati dan teliti.
3. Bekerja dengan memperhatikan privasi pasien.

KESELAMATAN KERJA

1. Perhatikan prosedur pencegahan infeksi.
2. Patuhi prosedur pekerjaan.
3. Perhatikan fase cepat dan fase lambat dalam pertolongan persalinan. Lakukan pertolongan persalinan secara tepat.

PERALATAN DAN PERLENGKAPAN

1. Partus set
2. Uterotonika
3. Lidokain 1%
4. Sduit 5 cc sebanyak 2
5. Cairan RL dan infus set
6. Providon Iodine 10%
7. Hecting set
8. Masker
9. Celemek
10. Sarung tangan steril/DTT sebanyak 2 pasang
11. Alas bokong dan penutup perut bagian bawah
12. Handuk kecil yang bersih

PROSEDUR PELAKSANAAN

1. Beritahu ibu.
2. Pertahankan privasi pasien.
3. Siapkan posisi litotomi.
4. Pakai masker dan celemek.
5. Cuci tangan menggunakan tujuh langkah lalu keringkan.
6. Pakai sarung tangan steril.
7. Kosongkan kandung kemih.
8. Memasang alas bokong dan penutup perut bawah.
9. Cara melahirkan antara lain sebagai berikut.

Cara Bracht

- a. Sebelum melakukan pimpinan persalinan, penolong harus memperhatikan sekali lagi persiapan untuk ibu, janin, dan penolong.
- b. Ibu tidur dalam posisi litotomi, sedangkan penolong berdiri di depan vulva. Ketika timbul his, ibu disuruh mengejan dengan merangkul kedua pangkal paha.
- c. Lakukan episiotomi saat bokong membuka vulva.
- d. Segera setelah bokong lahir, minta asisten menyuntikan oksitosin 2-5 unit secara IM di bokong. Pegang secara Bracht, yaitu kedua ibu jari penolong sejajar sumbu panjang paha, sedangkan jari-jari lain memegang panggul.
- e. Pada setiap his, ibu disuruh mengejan. Pada waktu tali pusat lahir dan tampak sangat teregang, tali pusat dikendorkan.
- f. Penolong melakukan hiperlordosis pada badan janin guna mengikuti gerakan rotasi anterior, yaitu punggungnya janin didekatkan ke perut

- ibu. Penolong hanya mengikuti gerakan ini hanya disesuaikan dengan gaya berat badan janin.
- g. Bersamaan dengan dimulainya gerakan hiperlordosis, seseorang asisten melakukan ekspresi kristeler pada fundus uteri sesuai dengan sumbu panggul.
 - h. Dengan gerakan hiperlordosis ini, berturut-turut akan lahir puser, perut, bahu dan lengan, dagu, mulut, serta akhirnya seluruh kepala.
 - i. Janin yang baru lahir diletakkan di perut ibu, sedangkan seorang asisten segera mengisap lendir dan bersamaan itu penolong segera memotong tali pusat.

Cara Klasik

Pengeluaran bahu dan tangan secara klasik dilakukan jika dengan cara Bracht, bahu dan tangan tidak bisa lahir. Prinsip melahirkan bahu dan lengan secara klasik adalah melahirkan lengan belakang terlebih dahulu karena lengan belakang berada di ruang lebih luas (*sacrum*), baru kemudian melahirkan lengan depan yang berada di bawah simfisis. Namun, bila melahirkan lengan depan yang berada di bawah simfisis. Namun, bila melahirkan lengan depan sukar untuk dilahirkan, maka lengan depan diputar menjadi lengan belakang, yaitu dengan memutar gelang bahu ke arah belakang, kemudian baru lengan belakang ini dilahirkan. Langkah-langkah yang dilakukan adalah sebagai berikut.

- a. Kedua kaki dipegang dengan tangan kanan penolong pada pergelangan kakinya di elevasi ke atas sejauh mungkin, sehingga perut janin mendekati perut ibu.
- b. Bersamaan dengan itu, tangan kiri penolong dimasukkan ke dalam jalan lahir dan dengan jari tengah dan telunjuk menelusuri bahu janin sampai pada fossa cubiti. Kemudian lengan bawah dilahirkan dengan gerakan seolah-olah lengan bawah mengusap kepala.
- c. Untuk melahirkan lengan depan, pegangan pada pergelangan kaki janin diganti dengan tangan kanan penolong dan ditarik curam ke bawah sehingga punggung janin mendekati punggung ibu.
- d. Dengan cara yang sama, lengan depan dilahirkan.
- e. Bila lengan depan sukar dilahirkan, maka harus diputar menjadi lengan belakang. Gelang bahu dan lengan yang sudah lahir dicengkeram dengan kedua tangan penolong sedemikian rupa sehingga kedua ibu jari tangan penolong terletak di punggung dan sejajar dengan sumbu badan janin. Sementara, jari-jari lain mencengkam dada, putaran diarahkan ke perut dan dada janin, sehingga lengan depan terletak di belakang kemudian lengan belakang ini dilahirkan dengan teknik tersebut di atas.

Cara Muller

Prinsip melahirkan bahu secara Muller adalah melahirkan bahu dan lengan depan terlebih dahulu dengan ekstraksi, baru kemudian melahirkan bahu dengan lengan belakang.

- a. Bokong janin dipegang secara femuro pelviks, yaitu kedua ibu jari penolong diletakkan sejajar spina sakralis media, jari telunjuk pada krista illiaka, dan jari-jari lain mencengkeram paha bagian depan. Dengan pegangan ini, badan janin ditarik curam ke bawah sejauh mungkin sampai bahu depan tampak di bawah simfisis dan lengan depan dilahirkan dengan mengait lengan bawahnya.
- b. Setelah bahu depan dan lengan depan lahir, maka badan janin masih dipegang secara femuro pelviks ditarik ke atas, sampai bahu belakang lahir. Bila bahu belakang tidak lahir dengan sendirinya, maka lengan bawah dengan kedua jari penolong.

Cara Lowset

Prinsip Lowset adalah dengan memutar badan janin dalam setengah lingkaran bolak-balik sambil dilakukan traksi curam ke bawah sehingga bahu yang sebelumnya berada di belakang akhirnya di bawah simfisis

- a. Badan janin dipegang secara femuro pelviks dan sambil dilakukan traksi curam ke bawah badan janin diputar setengah lingkaran, sehingga bahu belakang menjadi bahu depan. Kemudian sambil dilakukan traksi, badan janin diputar kembali ke arah berlawanan setengah lingkaran. Demikian seterusnya bolak-balik, sehingga bahu belakang tampak di bawah simfisis dan lengan dapat dilahirkan.
 - b. Bila lengan janin tidak dapat lahir dengan sendirinya, maka lengan janin dapat dilahirkan dengan mengait lengan bawah dengan jari penolong.
9. Cara melahirkan kepala bayi.

Cara Naukols

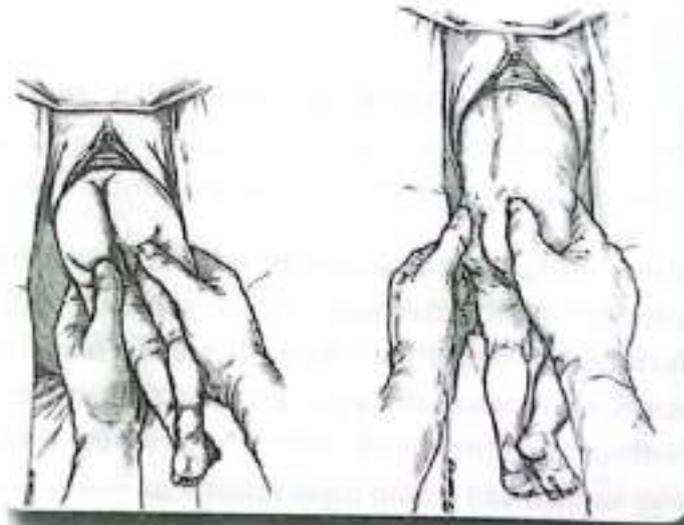
Prinsipnya adalah teknik ini dilakukan bila kepala masih tinggi, sehingga jari penolong tidak dapat dimasukkan ke dalam mulut janin.

- a. Kedua tangan penolong mencengkeram leher janin dari arah depan ke belakang.
- b. Kedua tangan penolong menarik bahu curam ke bawah. Bersamaan dengan itu, seorang asisten mendorong kepala janin dari arah bawah.

Cara Prague Terbalik

Prinsipnya adalah teknik ini dilakukan bila oksiput dengan ubun-ubun kecil berada di belakang dekat sakrum dan muka janin menghadap simfisis.

- a. Satu tangan penolong mencengkeram leher dari arah bawah. Punggung janin diletakkan pada telapak tangan penolong. Tangan penolong yang lain memegang kedua pergelangan kaki.
 - b. Kaki kiri ditarik curam ke atas bersamaan dengan tarikan pada bahu janin, sehingga perut janin mendekati perut ibu. Dengan laring sebagai hipomoklion, kepala janin dapat dilahirkan.
10. Dekontaminasi.
 11. Cuci tangan.
 12. Periksa kembali TTV pasien.
 13. Catat kondisi pasien pascatindakan dan buat laporan tindakan pada kolom yang tersedia dalam status pasien.
 14. Beritahu pada pasien dan keluarganya bahwa tindakan telah selesai, tetapi pasien masih memerlukan perawatan selanjutnya.
 15. Dokumentasi.



Gambar 2-2 Pertolongan kelahiran sungsang

Sumber: Wiknjosastro, 2000



Gambar 2-3 Variasi posisi sungsang

Sumber: <http://birthwithoutfearblog.com/wp-content/uploads/2010/10/BreechPositions2.jpg>

DAFTAR TILIK MELAKUKAN PERTOLONGAN PERSALINAN SUNGSANG

Tanggal penilaian:

Nama mahasiswa:

PENILAIAN :

Nilai 0: **Perlu perbaikan** yaitu langkah dan tugas tidak dikerjakan.Nilai 1: **Mampu** yaitu langkah dikerjakan tetapi kurang tepat.Nilai 2: **Mahir** yaitu langkah dikerjakan dengan benar, tepat dan tanpa ragu-ragu sesuai prosedur.

Beri tanda centang (✓) pada kolom penilaian!

NO	LANGKAH	NILAI		
		0	1	2
A.	Persetujuan tindakan medik			
B.	Persiapan sebelum tindakan 1. Partus set 2. Uterotonika 3. Lidokain 1% 4. Spuit 5 cc sebanyak 2 5. Cairan RL dan infus set 6. Providon iodine 10% 7. Hecting set 8. Masker 9. Celemek 10. Sarung tangan steril/DTT 2 pasang 11. Alas bokong dan penutup perut bagian bawah 12. Handuk kecil yang bersih			

NO	LANGKAH	NILAI		
		0	1	2
C.	<p>Tindakan pertolongan persalinan sungsang</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Beritahu ibu. 2. Pertahankan privasi pasien. 3. Siapkan posisi litotomi. 4. Pakai masker dan celemek. 5. Cuci tangan menggunakan tujuh langkah lalu keringkan. 6. Pakai sarung tangan steril. 7. Kosongkan kandung kemih. 8. Memasang alas bokong dan penutup perut bawah. 9. Cara melahirkan. <p>Cara Bracht</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Sebelum melakukan pimpinan persalinan, penolong harus memperhatikan sekali lagi persiapan untuk ibu, janin, dan penolong. b. Ibu tidur dalam posisi litotomi, sedangkan penolong berdiri di depan vulva. Ketika timbul his, ibu disuruh mengejan dengan merangkul kedua pangkal paha. c. Lakukan episiotomi saat bokong membuka vulva. d. Segera setelah bokong lahir, minta asisten menyuntikan oksitosin 2-5 unit secara IM di bokong. Pegang secara Bracht, yaitu kedua ibu jari penolong sejajar sumbu panjang paha, sedangkan jari-jari lain memegang panggul. e. Pada setiap his, ibu disuruh mengejan. Pada waktu tali pusat lahir dan tampak sangat teregang, tali pusat dikendorkan. f. Penolong melakukan hiperlordosis pada badan janin guna mengikuti gerakan rotasi anterior, yaitu punggungnya janin didekatkan ke perut ibu. Penolong hanya mengikuti gerakan ini hanya disesuaikan dengan gaya berat badan janin. g. Bersamaan dengan dimulainya gerakan hiperlordosis, seseorang asisten melakukan ekspresi kristeler pada fundus uteri sesuai dengan sumbu panggul. h. Dengan gerakan hiperlordosis ini, berturut-turut akan lahir pusar, perut, bahu dan lengan, dagu, mulut, serta akhirnya seluruh kepala. i. Janin yang baru lahir diletakkan di perut ibu, sedangkan seorang asisten segera mengisap lendir dan bersamaan itu penolong segera memotong tali pusat. 			

NO	LANGKAH	NILAI		
		0	1	2
	<p>Cara Klasik</p> <p>Pengeluaran bahu dan tangan secara klasik dilakukan jika dengan cara Bracht bahu dan tangan tidak bisa lahir. Prinsip melahirkan bahu dan lengan secara klasik adalah melahirkan lengan belakang terlebih dahulu karena lengan belakang berada di ruang lebih luas (<i>sacrum</i>), baru kemudian melahirkan lengan depan yang berada di bawah simfisis. Namun, bila lengan depan sukar untuk dilahirkan, maka lengan depan diputar menjadi lengan belakang, yaitu dengan memutar gelang bahu ke arah belakang, kemudian baru lengan belakang ini dilahirkan.</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Kedua kaki dipegang dengan tangan kanan penolong pada pergelangan kakinya di elevasi ke atas sejauh mungkin, sehingga perut janin mendekati perut ibu. b. Bersamaan dengan itu, tangan kiri penolong dimasukkan ke dalam jalan lahir dan dengan jari tengah dan telunjuk menelusuri bahu janin sampai pada fossa cubiti. Kemudian lengan bawah dilahirkan dengan gerakan seolah-olah lengan bawah mengusap kepala. Untuk melahirkan lengan depan, pegangan pada pergelangan kaki janin diganti dengan tangan kanan penolong dan ditarik curam ke bawah sehingga punggung janin mendekati punggung ibu. d. Dengan cara yang sama, lengan depan dilahirkan. e. Bila lengan depan sukar dilahirkan, maka harus diputar menjadi lengan belakang. Gelang bahu dan lengan yang sudah lahir dicengkeram dengan kedua tangan penolong sedemikian rupa sehingga kedua ibu jari tangan penolong terletak di punggung dan sejajar dengan sumbu badan janin. Sedangkan, jari-jari lain mencengkam dada, putaran diarahkan ke perut dan dada janin, sehingga lengan depan terletak di belakang kemudian lengan belakang ini dilahirkan dengan teknik tersebut di atas. 			

NO	LANGKAH	NILAI		
		0	1	2
	<p>Cara Muller Prinsip melahirkan bahu secara Muller adalah melahirkan bahu dan lengan depan terlebih dahulu dengan ekstraksi, baru kemudian melahirkan bahu dengan lengan belakang.</p> <ol style="list-style-type: none"> Bokong janin dipegang secara femuro pelviks, yaitu kedua ibu jari penolong diletakkan sejajar spina sakralis media, jari telunjuk pada krista iliaka, dan jari-jari lain mencengkeram paha bagian depan. Dengan pegangan ini, badan janin ditarik curam ke bawah sejauh mungkin sampai bahu depan tampak di bawah simfisis dan lengan depan dilahirkan dengan mengait lengan bawahnya. Setelah bahu depan dan lengan depan lahir maka badan janin masih dipegang secara femuro pelviks ditarik ke atas, sampai bahu belakang lahir. Bila bahu belakang tidak lahir dengan sendirinya, maka lengan bawah dengan kedua jari penolong. <p>Cara Lowset Prinsip Lowset adalah dengan memutar badan janin dalam setengah lingkaran bolak-balik sambil dilakukan traksi curam ke bawah sehingga bahu yang sebelumnya berada di belakang akhirnya di bawah simfisis</p> <ol style="list-style-type: none"> Badan janin dipegang secara femuro pelviks dan sambil dilakukan traksi curam ke bawah badan janin diputar setengah lingkaran, sehingga bahu belakang menjadi bahu depan. Kemudian sambil dilakukan traksi, badan janin diputar kembali kearah berlawanan setengah lingkaran, demikian seterusnya bolak-balik, sehingga bahu belakang tampak di bawah simfisis dan lengan dapat dilahirkan. Bila lengan janin tidak dapat lahir dengan sendirinya, maka lengan janin dapat dilahirkan dengan mengait lengan bawah dengan jari penolong. 			

NO	LANGKAH	NILAI		
		0	1	2
	<p>9. Cara melahirkan kepala bayi</p> <p>Cara Naukols Prinsipnya adalah teknik ini dilakukan bila kepala masih tinggi, sehingga jari penolong tidak dapat dimasukan ke dalam mulut janin.</p> <ol style="list-style-type: none"> Kedua tangan penolong mencengkram leher janin dari arah depan ke belakang. Kedua tangan penolong menarik bahu curam ke bawah. Bersamaan dengan itu, seorang asisten mendorong kepala janin dari arah bawah. <p>Cara Prague Terbalik Prinsipnya adalah teknik ini dilakukan bila oksiput dengan ubun-ubun kecil berada di belakang dekat sakrum dan muka janin menghadap simfisis.</p> <ol style="list-style-type: none"> Satu tangan penolong mencengkeram leher dari arah bawah. Punggung janin diletakkan pada telapak tangan penolong. Tangan penolong yang lain memegang kedua pergelangan kaki. Kaki kiri ditarik curam ke atas bersamaan dengan tarikan pada bahu janin, sehingga perut janin mendekati perut ibu. Dengan laring sebagai hipomoklion, kepala janin dapat dilahirkan. 			
D.	<p>Manajemen Kala III</p> <ol style="list-style-type: none"> Lahirkan plasenta secara spontan atau manual apabila ada indikasi. Luka episiotomi atau robekan perinium dijahit. Berikan uterotonika atau medikamentosa yang diperlukan. Awasi kala IV. Lakukan pemeriksaan dan pengawasan nifas. 			
E.	Dekontaminasi.			
F.	Cuci tangan pascatindakan.			

NO	LANGKAH	NILAI		
		0	1	2
G.	Perawatan pascatindakan 1. Periksa kembali TTV pasien. 2. Catat kondisi pasien pascatindakan dan buat laporan tindakan pada kolom yang tersedia dalam status pasien. 3. Beritahu pada pasien dan keluarganya bahwa tindakan telah selesai tetapi pasien masih memerlukan perawatan selanjutnya.			
H.	Dokumentasi.			
I.	Nilai yang diperoleh = nilai total × 100%			

JOB SHEET

Pertolongan Persalinan Vakum Ekstraksi

OBJEKTIF PERILAKU MAHASISWA

Mahasiswa dapat melakukan pertolongan persalinan dengan vakum ekstraksi dengan benar sesuai dengan prosedur yang ada pada *job sheet*.

DASAR TEORI

Definisi

Ekstraksi vakum adalah suatu persalinan buatan yang janin dilahirkan dengan ekstraksi tenaga negatif (*vacuum*) pada kepalanya (Wiknjosastro, 2000).

Bagian-Bagian Ekstraktor Vakum

1. Mangkuk (*cup*)

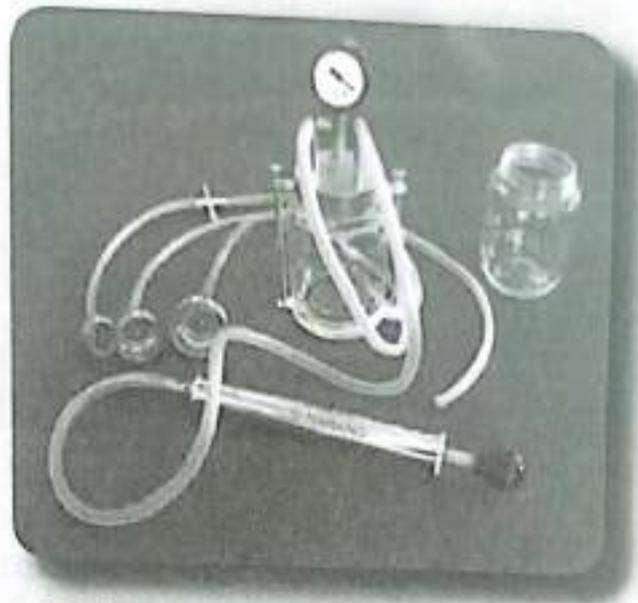
Mangkuk merupakan bagian yang dipakai untuk membuat kaput suksedaneum artifisialis. Dengan mangkuk ini, kepala diekstraksi. Diameter mangkuk adalah 3, 4, 5, 6 cm. Pada dinding belakang mangkuk terdapat tonjolan untuk tanda letak denominator (Wiknjosastro, 2000).

2. Botol

Botol adalah tempat membuka tenaga negatif (vakum). Pada penutup botol terdapat manometer, saluran menuju ke pompa pengisap, dan saluran menuju ke mangkuk yang dilengkapi dengan pentil.

3. Karet penghubung

4. Rantai penghubung

5. Pemegang (*extraction handle*)6. Pompa pengisap (*vacuum pump*)

Gambar 3-1 Bagian ekstaktor vakum

Sumber: Wiknjosastro, 2000

Indikasi (Wiknjosastro, 2000)

1. Ibu
 - a. Penyakit jantung kompensata.
 - b. Penyakit paru-paru fibrotik.
 - c. Kala II memanjang.
2. Janin, yaitu gawat janin.

Kontraindikasi (Wiknjosastro, 2000)

1. Ibu
 - a. Ruptura uteri membakat.
 - b. Pada penyakit-penyakit ibu yang secara mutlak tidak boleh mengejan, misalnya, payah jantung, preeklamsia berat.
2. Janin
 - a. Letak muka.
 - b. *After coming head*.
 - c. Janin preterm.

Syarat

1. Pembukaan lebih dari 7 cm (hanya pada multigravida).
2. Penurunan kepala janin boleh pada Hodge II.
3. Harus ada kontraksi rahim dan tenaga mengejan.

Komplikasi

1. Ibu
 - a. Perdarahan.
 - b. Trauma jalan lahir.
 - c. Infeksi.
2. Janin
 - a. Ekskoriasi kulit kepala.
 - b. Sefalhematoma.
 - c. Subgaleal hematoma. Hematoma ini cepat diresorpsi tubuh janin. Bagi janin yang mempunyai fungsi hepar belum matur, dapat menimbulkan ikterus neonatorum yang agak berat.
 - d. Nekrosis kulit kepala.

Kriteria Kegagalan Ekstraksi Vakum (Wiknjosastro, 2000)

1. Waktu dilakukan traksi, mangkuk terlepas sebanyak tiga kali. Mangkuk terlepas pada waktu traksi kemungkinan disebabkan hal sebagai berikut.
 - a. Tenaga vakum terlalu rendah.
 - b. Tekanan negatif dibuat terlalu cepat, sehingga tidak terbentuk kaput suksedaneum yang sempurna yang mengisi seluruh mangkuk.
 - c. Selaput ketuban melekat antara kulit kepala dan mangkuk sehingga mangkuk tidak dapat mencengkeram dengan baik.
 - d. Bagian jalan lahir ada yang terjepit ke dalam mangkuk
 - e. Kedua tangan kiri dan kanan penolong tidak bekerja sama dengan baik.
 - f. Traksi terlalu kuat.
 - g. Cacat pada alat.
 - h. Disproporsi sefalo-pelviks.
2. Dalam waktu setengah jam dilakukan traksi, janin tidak lahir.

PETUNJUK

1. Ikuti petunjuk yang ada pada *job sheet*.
2. Bekerjalah secara teliti dan hati-hati.
3. Memperhatikan privasi pasien.

KESELAMATAN KERJA

1. Patuhi prosedur pekerjaan.
2. Gunakan peralatan vakum sesuai dengan petunjuk.

PERALATAN DAN PERLENGKAPAN

1. Set partus 1 set
2. Vakum ekstraktor sebanyak 1
3. Klem ovum sebanyak 2
4. Cunan tampon sebanyak 1
5. Tabung 5 ml dan jarum suntik no. 23 (sekali pakai) sebanyak 2
6. Spekulum sim's atau L sebanyak 2 dan kateter karet sebanyak 1
7. Pengisapan lendir dan sudap/penekanan lidah sebanyak 1 set
8. Meja bersih, kering, dan hangat (untuk tindakan) sebanyak 1
9. Sarung tangan DTT/steril sebanyak 2
10. Celemek sebanyak 1

PROSEDUR PELAKSANAAN

1. Menjelaskan prosedur tindakan yang akan dilakukan.
2. Bersikap sopan saat pemeriksaan.
3. Tanggap terhadap reaksi pasien.
4. Menyiapkan semua peralatan dan menghubungkan satu dengan yang lainnya. Pastikan bahwa tabung vakum terhubung dengan baik dan katup pengaman berfungsi dengan baik (sebaiknya mangkuk penyedot diletakkan di tangan operator dan mulai mengisap).
5. Mencuci tangan dengan sabun di air mengalir dan keringkan dengan handuk bersih kemudian gunakan sarung tangan DTT/steril.
6. Mintalah ibu untuk buang air kecil jika kandung kemihnya penuh. Jika tidak bisa, lakukan kateterisasi dengan teknik aseptik.
7. Membaringkan ibu pada posisi litotomi lalu bersihkan genital dengan air matang.
8. Dengan teknik aseptik, lakukan pemeriksaan dalam dengan hati-hati untuk mengukur pembukaan servik dan menilai apakah ketuban sudah pecah. Apabila ketuban belum pecah, pecahkan ketuban sebelum mangkuk pengisap dipasang. Pastikan bahwa servik sudah membuka penuh dan bahwa bayi tidak lebih dari 2/5 di atas simfisis pubis.
9. Pilih mangkuk penyedot paling besar yang sesuai dengan ukuran. Tempatkan mangkuk dengan hati-hati di atas kepala janin dan pastikan bahwa mangkuk tidak di atas sutura atau fontanel.



Gambar 3-2 Mengisap kepala janin

Sumber: Wiknjosastro, 2000

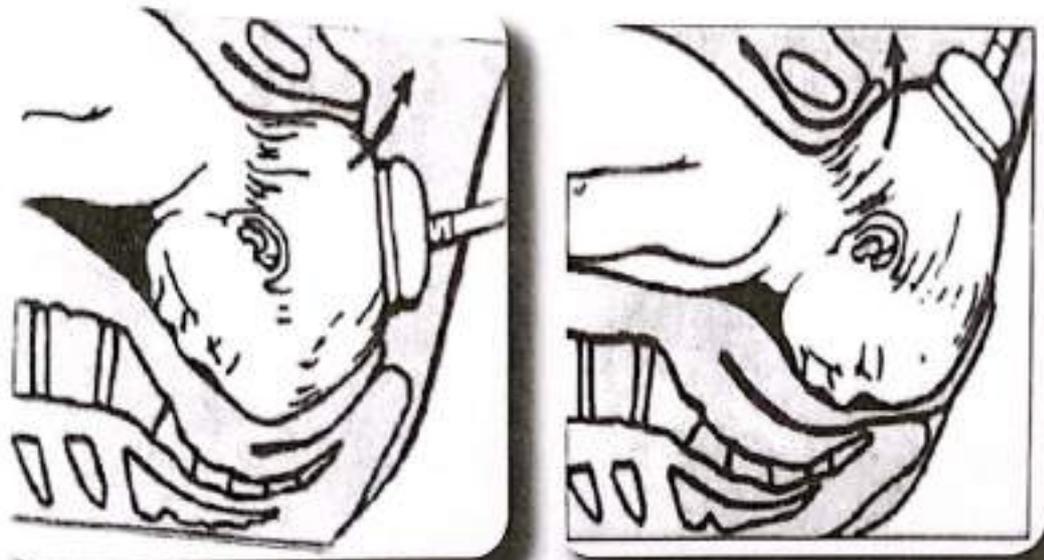
10. Periksa pemasangan mangkuk penyedot untuk memastikan bahwa tidak ada bagian servik atau dinding vagina yang terjepit di antara mangkuk dan kepala bayi.
11. Mulailah mengisap sesuai dengan petunjuk penggunaan alat. Caranya bisa berbeda-beda tergantung jenis vakum ekstraksi (pengisap tangan listrik, mangkuk logam, atau plastik). Naikkan tekanan dengan perlahan lalu pastikan mangkuk sudah mantap di kepala bayi sebelum mulai menarik (dilakukan dengan menaikkan tekanan sekitar 200 mmHg dan kemudian dilakukan sedikit tarikan untuk memastikan bahwa keadaan hampa tercipta).
12. Memeriksa kembali apakah dinding vagina dan servik bebas dari mangkuk pengisap.
13. Pada his berikut, naikkan isapan lebih lanjut (sesuai dengan petunjuk penggunaan alat). Jangan melebihi tekanan maksimum 600 mmHg.
14. Melakukan tarikan pelan tapi mantap. Jaga tarikan pada sudut 90° dari mangkuk pengisap.



Gambar 3-3 Menarik pada sudut 90° dari mangkuk pengisap

Sumber: Wiknjosastro, 2000

15. Bila pada dua kali tarikan mangkuk lepas, bayi belum lahir setelah 30 menit, atau tiga kali tarikan tidak terjadi penurunan kepala, maka hentikan vakum.
16. Mintalah ibu mengejan bila ada his, seperti pada persalinan normal (jaga pegangan tangkai penarik tetap lurus, pertahankan tarikan).
17. Memeriksa denyut jantung bayi (DJJ) di antara kontraksi uterus.
18. Bila his berhenti, hentikan tarikan. Tunggu sampai ada his lagi dan lakukan lagi penarikan dengan cara seperti di atas.
19. Jelaskan dengan ramah dan hati-hati kepada ibu mengenai apa yang dilakukan, usahakan agar ibu tenang dan bernapas dengan normal.
20. Bila kepala sudah turun di perineum (kepala menonjol di vulva), lakukan tarikan ke arah horizontal lalu ke atas.



Gambar 3-4 Tarikan ke arah horizontal lalu ke atas

Sumber: Wiknjosastro, 2000

21. Melakukan episiotomi jika dasar panggul sudah sangat teregang.
22. Bila kepala sudah lahir, pelan-pelan turunkan tekanan vakum ekstraktor, kemudian lanjutkan dengan pertolongan persalinan biasa.
23. Segera setelah bayi lahir, lakukan perawatan segera pada bayi baru lahir. Lakukan resusitasi jika diperlukan.
24. Setelah bayi lahir, plasenta dilahirkan dengan penatalaksanaan aktif kala III. Periksa dengan teliti dinding vagina terhadap robekan.
25. Jika perlu, jahit robekan dengan menggunakan peralatan dan sarung tangan steril.
26. Dekontaminasi.
27. Cuci tangan.
28. Periksa kembali TTV dan catat kondisi pasien pascatindakan.

DAFTAR TILIK MELAKUKAN PERTOLONGAN PERSALINAN DENGAN VAKUM EKSTRAKSI

Tanggal penilaian:

Nama mahasiswa:

PENILAIAN :

Nilai 0: **Perlu perbaikan**, yaitu langkah dan tugas tidak dikerjakan.

Nilai 1: **Mampu**, yaitu langkah dikerjakan tetapi kurang tepat.

Nilai 2: **Mahir**, yaitu langkah dikerjakan dengan benar, tepat dan tanpa ragu-ragu sesuai prosedur.

Beri tanda centang (√) pada kolom penilaian!

NO	LANGKAH	NILAI		
		0	1	2
A.	Persetujuan tindakan medik			
B.	Persiapan sebelum tindakan 1. Set partus 1 set 2. vakum ekstraktor sebanyak 1 3. Klem ovum sebanyak 2 4. Cunan tampon sebanyak 1 5. Tabung 5 ml dan jarum suntik no. 23 (sekali pakai) sebanyak 2 6. Spekulum sim's atau L dan kateter karet sebanyak 2 dan 1 7. Pengisapan lendir dan sudep/penekanan lidah sebanyak 1 set 8. Meja bersih, kering, dan hangat (untuk tindakan) sebanyak 1 9. Sarung tangan DTT/steril sebanyak 2 10. Celemek sebanyak 1 11. APD			
C.	1. Menjelaskan prosedur tindakan yang akan dilakukan. 2. Bersikap sopan saat pemeriksaan. 3. Tanggap terhadap reaksi pasien. 4. Menyiapkan semua peralatan dan menghubungkan satu dengan yang lainnya. Memastikan bahwa tabung vakum terhubung dengan baik dan katup pengaman berfungsi dengan baik (sebaiknya mangkuk penyedot diletakkan di tangan operator dan mulai mengisap).			

NO	LANGKAH	NILAI		
		0	1	2
	<p>5. Mencuci tangan dengan sabun di air mengalir dan keringkan dengan handuk bersih. Kemudian gunakan sarung tangan DTT/steril.</p> <p>6. Mintalah ibu untuk buang air kecil jika kandung kemihnya penuh. Jika tidak bisa, lakukan kateterisasi dengan teknik aseptik.</p> <p>7. Membaringkan ibu pada posisi litotomi lalu bersihkan genital dengan air matang.</p> <p>8. Dengan teknik aseptik, lakukan pemeriksaan dalam dengan hati-hati untuk mengukur pembukaan servik dan menilai apakah ketuban sudah pecah. Apabila ketuban belum pecah, pecahkan ketuban sebelum mangkuk pengisap dipasang. Memastikan bahwa servik sudah membuka penuh dan bahwa bayi tidak lebih dari 2/5 di atas simfisis pubis.</p> <p>9. Pilih mangkuk penyedot paling besar yang sesuai dengan ukuran. Tempatkan mangkuk dengan hati-hati di atas kepala janin dan pastikan bahwa mangkuk tidak di atas sutura atau fontanel.</p> <p>10. Periksa pemasangan mangkuk penyedot untuk memastikan bahwa tidak ada bagian servik atau dinding vagina yang terjepit di antara mangkuk dan kepala bayi.</p> <p>11. Mulailah mengisap sesuai dengan petunjuk penggunaan alat. Caranya bisa berbeda-beda tergantung jenis vakum ekstraksi (pengisap tangan listrik, mangkuk logam, atau plastik). Naikkan tekanan dengan perlahan lalu pastikan mangkuk sudah mantap di kepala bayi sebelum mulai menarik (dilakukan dengan menaikkan tekanan sekitar 200 mmHg dan kemudian dilakukan sedikit tarikan untuk memastikan bahwa keadaan hampa tercipta).</p> <p>12. Memeriksa kembali apakah dinding vagina dan servik bebas dari mangkuk pengisap.</p> <p>13. Pada his berikut, naikkan isapan lebih lanjut (sesuai dengan petunjuk penggunaan alat). Jangan melebihi tekanan maksimum 600 mmHg.</p> <p>14. Melakukan tarikan pelan tapi mantap. Jaga tarikan pada sudut 90° dari mangkuk pengisap.</p>			

NO	LANGKAH	NILAI		
		0	1	2
	<p>15. Bila pada dua kali tarikan mangkuk lepas, bayi belum lahir setelah 30 menit, atau tiga kali tarikan tidak terjadi penurunan kepala, maka hentikan vakum.</p> <p>16. Mintalah ibu mengejan bila ada his, seperti pada persalinan normal (jaga pegangan tangkai penarik tetap lurus, pertahankan tarikan).</p> <p>17. Memeriksa DJJ di antara kontraksi uterus.</p> <p>18. Bila his berhenti, hentikan tarikan. Tunggu sampai ada his lagi dan lakukan lagi penarikan dengan cara seperti di atas.</p> <p>19. Jelaskan dengan ramah dan hati-hati kepada ibu mengenai apa yang dilakukan, usahakan agar ibu tenang dan bernapas dengan normal.</p> <p>20. Bila kepala sudah turun di perineum (kepala menonjol di vulva), lakukan tarikan ke arah horizontal lalu ke atas.</p> <p>21. Melakukan episiotomi jika dasar panggul sudah sangat teregang.</p> <p>22. Bila kepala sudah lahir, pelan-pelan turunkan tekanan vakum ekstraktor, kemudian lanjutkan dengan pertolongan persalinan biasa.</p> <p>23. Segera setelah bayi lahir, lakukan perawatan segera pada bayi baru lahir. Lakukan resusitasi jika diperlukan.</p> <p>24. Setelah bayi lahir, plasenta dilahirkan dengan penatalaksanaan aktif kala III. Periksa dengan teliti dinding vagina terhadap robekan.</p> <p>25. Jika perlu, jahit robekan dengan menggunakan peralatan dan sarung tangan steril.</p>			
D.	Dekontaminasi.			
E.	Cuci tangan pascatindakan.			
F.	<p>Perawatan pascatindakan.</p> <p>1. Periksa kembali TTV.</p> <p>2. Catat kondisi pasien pascatindakan dan buat laporan tindakan pada kolom yang tersedia dalam status pasien.</p>			
G.	Nilai yang diperoleh = nilai total × 100%			

Daftar Pustaka

- Ari Hidayat, Sujiyanti, Mufdlilah. 2009. *Asuhan Kebidanan Patologi*. Yogyakarta: Nuha Litera Offset.
- Dyah, Sujianti. 2010. *Panduan Praktik Klinik Kebidanan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- JNPK-KR. 2008. *Pelatihan Klinik Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta: JNPKR.
- Mochtar, Rustam. 1998. *Sinopsis Obstetri*. Jakarta: EGC.
- Oxorn, Harry dan William R. Foote. 2010. *Ilmu Kebidanan Patologi dan Fisiologi Persalinan*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Rabe, Thomas. 2003. *Buku Saku Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Hipocrates.
- Sulaiman, dkk. 2005. *Obstetri Patologi*. Jakarta: EGC.
- Wiknjosastro, Hanifa. 2000. *Ilmu Bedah Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Yulianti, Devi. 2006. *Manajemen Komplikasi kehamilan dan Persalinan*. Jakarta: EGC.
- <http://www.ttuhs.edu/elpaso/som/obgyn/obgyn101/my%20documents4/Text/Abnormal%20L&D/Retained%20Placenta.htm>
- <http://birthwithoutfearblog.com/wp-content/uploads/2010/10/BreechPositions2.jpg>



A

anensepalus 18

B

bickenbachs 23

C

COT 3

D

de snoo 24
deventer 21
DJJ 40, 43

E

ekspresi kristeler 23, 26, 30
extraction handle 36

G

grand multipara 2

H

handscoon 6, 14
hidramnion 17
hidrosepalus 18

K

KBE 3, 9, 15
KBI 3, 9, 15

L

lowset 22, 27, 32

M

mauriceau 23, 24
mekonium 19
muller 22, 23, 27, 32
multigravida 37
multipara 2, 17

N

naujoks 24

P

PAP 20
paritas 2
patella 19
plasenta adhesiva 2
plasenta akreta 2
plasenta inkarserata 2
plasenta inkreta 2
plasenta perkreta 2
plasenta previa 17
popliteal 19
potter 23
praque terbalik 24
prematurnitas 17

**V**

vacuum 35, 36, 38

W

Wigand Martin-Winckel 24