



Universitas
Harkat Negeri

MODUL PEMBELAJARAN:

Asuhan Kebidanan Persalinan

**SEKOLAH VOKASI
PROGRAM STUDI SARJANA TERAPAN KEBIDANAN
TAHUN AKADEMIK 2025/2026**

KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas rahmat dan karunia-Nya, buku ajar "**Asuhan Kebidanan Persalinan**" ini dapat diselesaikan dengan baik. Buku ajar ini disusun secara khusus untuk memenuhi kebutuhan proses pembelajaran mahasiswa Program Studi D4 Kebidanan Sekolah Vokasi Universitas Harkat Negeri, sesuai dengan Kurikulum Berbasis Capaian Pembelajaran (Outcome-Based Education / OBE).

Persalinan merupakan momen krusial dalam siklus reproduksi perempuan yang membutuhkan penanganan profesional, empati, serta berlandaskan bukti ilmiah terbaru (evidence-based practice). Buku ajar ini dirancang untuk memberikan pemahaman holistik dan mendalam bagi mahasiswa kebidanan, mencakup konsep dasar fisiologi persalinan, pengkajian data subjektif dan objektif, penegakan diagnosis kebidanan, perencanaan dan implementasi asuhan pada Kala I hingga IV, evaluasi klinis, pendokumentasian SOAP dan Partograf, hingga manajemen awal komplikasi serta kolaborasi interprofesional.

Setiap bab disusun secara rinci dan sistematis dengan ketebalan substansi yang kaya, dilengkapi rincian teoritis, langkah-langkah prosedural, serta ilustrasi kasus klinis guna mengasah kemampuan berpikir kritis (*critical thinking*) dan pengambilan keputusan klinis (*clinical decision making*) para calon bidan.

Penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Sivitas Akademika Universitas Harkat Negeri dan seluruh pihak yang telah memberikan dukungan moral maupun material dalam penyusunan buku ini. Semoga buku ajar ini dapat memberikan kontribusi nyata dalam meningkatkan kualitas pendidikan kebidanan dan pelayanan kesehatan ibu dan anak di Indonesia.

Slawi, September 2026

Penulis Utama

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR

DAFTAR ISI

BAB 1: ANATOMI PANGGUL, FISILOGI PERSALINAN, DAN FAKTOR-FAKTOR PERSALINAN

1.1 Anatomi Panggul Ibu Bersalin | 1.2 Fisiologi Persalinan | 1.3 Faktor-Faktor Persalinan (5P)

BAB 2: TANDA DAN GEJALA PERSALINAN SERTA TAHAPAN PERSALINAN

2.1 Tanda-Tanda Dini Persalinan | 2.2 Tanda Pasti Persalinan | 2.3 Tahapan Persalinan (Kala I - IV)

BAB 3: ANAMNESIS PERSALINAN DAN PENGKAJIAN RIWAYAT KESEHATAN IBU

3.1 Teknik Anamnesis Kebidanan | 3.2 Identifikasi Keluhan Utama | 3.3 Riwayat Kesehatan dan Obstetri

BAB 4: PEMERIKSAAN FISIK DAN PEMERIKSAAN PENUNJANG PERSALINAN

4.1 Pemeriksaan Fisik Umum dan Tanda Vital | 4.2 Pemeriksaan Kebidanan (Leopold & VT) | 4.3 Pemeriksaan Penunjang

BAB 5: PERUMUSAN DIAGNOSIS KEBIDANAN, MASALAH POTENSIAL, DAN KEBUTUHAN

5.1 Alur Berpikir Varney | 5.2 Perumusan Diagnosis Kebidanan | 5.3 Masalah Potensial & Tindakan Segera

BAB 6: MANAJEMEN AKTIF KALA I DAN DUKUNGAN PSIKOLOGIS PERSALINAN

6.1 Manajemen Asuhan Kala I Fasa Laten & Aktif | 6.2 Dukungan Pendampingan Persalinan | 6.3 Penanganan Nyeri Non-Farmakologi

BAB 7: TEKNIK MENERAN, PENCEGAHAN LASERASI, DAN PENANGANAN BAYI BARU LAHIR

7.1 Bimbingan Teknik Meneran Efektif | 7.2 Masase Perineum & Mencegah Laserasi | 7.3 Asuhan Bayi Baru Lahir Lahir Sehat (IMD)

BAB 8: MANAJEMEN AKTIF KALA III DAN PEMANTAUAN KALA IV PERSALINAN

8.1 Langkah Tiga Utama Manajemen Aktif Kala III | 8.2 Masase Fundus Uteri | 8.3 Pemantauan Kala IV (2 Jam Pascapersalinan)

BAB 9: EVALUASI SOAP DAN INDIKATOR KEBERHASILAN ASUHAN PERSALINAN

9.1 Konsep Evaluasi Asuhan Kebidanan | 9.2 Integrasi SOAP dalam Evaluasi | 9.3 Indikator Keberhasilan Klinis

BAB 10: KOMPLIKASI PERSALINAN DAN PENANGANAN AWAL KEGAWATDARURATAN

10.1 Dystocia & Partus Macet | 10.2 Perdarahan Pascapersalinan (HPP) | 10.3 Eklampsia & Asfiksia Neonatorum

BAB 11: FORMAT PENDOKUMENTASIAN SOAP DAN PENGGUNAAN PARTOGRAF

11.1 Prinsip Pendokumentasian Kebidanan | 11.2 Pengisian Partograf WHO | 11.3 Analisis Garis Waspada & Garis Bertindak

BAB 12: PENDOKUMENTASIAN KALA II, III, IV DAN MANAJEMEN REKAM MEDIS

12.1 Catatan Perkembangan Kala II-IV | 12.2 Aspek Legal & Etika Rekam Medis | 12.3 Keamanan Data Kesehatan

BAB 13: KOMUNIKASI EFEKTIF, KONSELING PERSALINAN, DAN INFORMED CONSENT

13.1 Prinsip Komunikasi Terapeutik | 13.2 Teknik Konseling Persalinan | 13.3 Prosedur Informed Consent & Choice

BAB 14: KOLABORASI INTERPROFESI, MANAJEMEN RUJUKAN, DAN ETIKA PROFESI

14.1 Interprofessional Collaboration (IPC) | 14.2 Prosedur Rujukan BAKSOKU | 14.3 Kode Etik Bidan Indonesia

BAB 15: REKAPITULASI EVALUASI DAN INTEGRASI STANDAR ASUHAN PERSALINAN

15.1 Sintesis Asuhan Kebidanan Komprehensif | 15.2 Penilaian Portofolio Asuhan | 15.3 Refleksi Praktik Kebidanan Masa Depan

DAFTAR PUSTAKA

BAB 1

ANATOMI PANGGUL, FISILOGI PERSALINAN, DAN FAKTOR-FAKTOR PERSALINAN

1.1 Anatomi Panggul Ibu Bersalin

Panggul wanita (*pelvis*) memiliki peran mendasar dan sangat krusial dalam proses persalinan. Struktur anatomi panggul dibedakan menjadi dua bagian utama, yaitu *pelvis major* (panggul besar) yang berfungsi menopang isi perut dan menyangga uterus pada kehamilan lanjut, serta *pelvis minor* (panggul kecil) yang membentuk jalan lahir (*birth canal*) yang sesungguhnya. Dalam praktiknya, penentuan kesesuaian antara ukuran panggul ibu dan ukuran kepala janin (*fetopelvic relationship*) menjadi kunci utama dalam memprediksi kelancaran persalinan pervaginam.

Pelvis minor dibatasi oleh empat bidang anatomis utama yang harus dipahami oleh bidan secara menyeluruh:

- **Pintu Atas Panggul (PAP) / Pelvic Inlet:** Dibatasi oleh promontorium ossis sacri, linea terminalis (linea arcuata), dan tepi atas simfisis pubis. Pada PAP terdapat tiga ukuran penting: *Conjugata Vera* (jarak simfisis bagian atas ke promontorium, normal ± 11 cm), *Conjugata Diagonalis* (dapat diukur saat pemeriksaan dalam/VT, normal ± 12.5 cm, di mana *Conjugata Vera* = *Conjugata Diagonalis* – 1.5 cm), dan *Conjugata Transversa* (jarak terbesar antara linea terminalis kanan dan kiri, normal ± 12.5 –13 cm).
- **Bidang Luas Panggul (Pelvic Cavity):** Bidang dengan ukuran terbesar dalam panggul, membentang dari pertengahan simfisis pubis melewati pertengahan acetabulum hingga pertemuan antara vertebra sacralis ke-2 dan ke-3. Ukuran anteroposterior dan transversanya berkisar 12.75 cm. Pada bidang ini jarang terjadi kemacetan persalinan.
- **Bidang Sempit Panggul (Pelvic Midplane):** Bidang dengan ukuran terkecil yang sering menjadi tempat terjadinya kemacetan (*arrest of descent*). Dibatasi oleh tepi bawah simfisis pubis, spina ischiadica kanan dan kiri, serta titik 1–2 cm di atas ujung os sacrum. Jarak antar spina ischiadica (*diameter interspinarum*) normalnya adalah 10 cm. Jika diameter ini kurang dari 9.5 cm, panggul dikategorikan sempit (*panggul picik*).
- **Pintu Bawah Panggul (PBP) / Pelvic Outlet:** Terdiri dari dua segitiga dengan dasar yang sama, yaitu garis yang menghubungkan kedua tuber ischiadicum. Segitiga depan dibatasi oleh ramus inferior ossis pubis membentuk *Arcus Pubis* (normalnya membentuk sudut $>90^\circ$). Segitiga belakang dibatasi oleh ligamentum sacrotuberosum dan os coccygis. Jarak anteroposterior PBP berkisar 11.5 cm.

Catatan Klinis Bidan: Klasifikasi Panggul Caldwell-Moloy

Terdapat 4 jenis panggul berdasarkan bentuk inletnya: (1) **Ginekoid** (45% wanita, bentuk bundar/oval halus, sangat ideal untuk persalinan), (2) **Android** (bentuk menyerupai hati, penyempitan pada segmen depan, sering pada pria, risiko persalinan macet tinggi), (3) **Antropoid** (oval memanjang anteroposterior, sering pada wanita tinggi), dan (4) **Platipelloid** (pipih anteroposterior, sangat jarang, risiko *head non-engagement*).

1.2 Fisiologi Persalinan

Fisiologi persalinan mencakup serangkaian perubahan hormonal, biologis, dan biomekanis yang terintegrasi untuk menginduksi kontraksi uterus secara teratur hingga terjadinya pembukaan serviks dan pengeluaran janin serta plasenta. Teori penjas dimulainya persalinan (*onset of labor*) melibatkan reaksi kompleks antara ibu, janin, dan plasenta:

1. **Teori Penurunan Progesteron (*Progesterone Withdrawal*)**: Progesteron berfungsi sebagai relaksan otot polos uterus (miometrium). Pada akhir kehamilan (minggu ke-36 hingga 40), terjadi penurunan kadar progesteron relatif terhadap estrogen. Estrogen meningkatkan sensitivitas otot uterus terhadap oksitosin dengan memperbanyak pembentukan *gap junctions* dan reseptor oksitosin.
2. **Teori Oksitosin dan Prostaglandin**: Kelenjar hipofisis posterior ibu dan janin mengeluarkan hormon oksitosin yang merangsang kontraksi miometrium. Oksitosin juga merangsang sel membran janin (desidua dan amnion) untuk melepaskan *Prostaglandin F2 α* (*PGF2 α*) dan *PGE2* yang berfungsi melunakkan serviks (*cervical ripening*) dan memperkuat kontraksi uterus.
3. **Teori Peregangan Uterus (*Uterine Distension*)**: Pertumbuhan janin dan volume cairan amnion yang maksimal pada akhir kehamilan menyebabkan peregangan dinding uterus secara mekanis. Peregangan ini merangsang pelepasan prostaglandin dan memicu refleks kontraksi otot polos.
4. **Teori Corticotropin-Releasing Hormone (CRH) Janin**: Hipotalamus janin yang telah matang mengeluarkan CRH, merangsang ACTH anterior, yang memicu korteks adrenal janin menghasilkan kortisol. Kortisol janin meningkatkan rasio estrogen/progesteron serta memicu sintesis prostaglandin di plasenta.

1.3 Faktor-Faktor Persalinan (5P)

Keberhasilan proses persalinan pervaginam sangat ditentukan oleh interaksi harmonis antara lima faktor utama yang dikenal dengan istilah **5P**:

Faktor (5P)	Komponen Utama	Implikasi Klinis Kebidanan
Passage (Jalan Lahir)	Panggul tulang (*bony pelvis*) dan panggul lunak (serviks, vagina, dasar panggul).	Bidan harus melakukan pemeriksaan pelvis untuk memastikan tidak ada panggul sempit atau massa lunak yang menghalangi jalan lahir.
Passenger (Janin & Plasenta)	Ukuran kepala janin, presentasi, sikap (*attitude*), posisi, dan jumlah janin.	Molase kepala janin dan fleksi maksimal sangat penting agar diameter terkecil (suboccipitobregmaticus ± 9.5 cm) melewati PAP.
Powers (Kekuatan)	His (kontraksi uterus primer) dan tenaga meneran ibu (sekunder).	His yang adekuat ditandai frekuensi 3–5 kali dalam 10 menit, durasi 40–60 detik, relaksasi sempurna, dan intensitas kuat.
Psyche (Psikologis Ibu)	Kecemasan, pengalaman terdahulu, dukungan emosional, dan tingkat kesiapan.	Kecemasan tinggi meningkatkan Katekolamin (adrenalin), yang dapat menghambat kontraksi uterus dan mengurangi perfusi uteroplasenta.
Position (Posisi Ibu)	Posisi persalinan (miring kiri, setengah duduk, jongkok, merangkak).	Posisi tegak (*upright*) atau miring kiri memobilisasi sendi panggul, memperluas diameter inlet/outlet, dan mempercepat penurunan janin.

Pemahaman komprehensif mengenai ketiga aspek utama di atas menjadi dasar mutlak bagi seorang bidan dalam mendeteksi adanya penyimpangan fisiologis secara dini serta menentukan langkah intervensi asuhan kebidanan yang tepat dan aman.

BAB 2

TANDA DAN GEJALA PERSALINAN SERTA TAHAPAN PERSALINAN

2.1 Tanda-Tanda Dini Persalinan

Beberapa minggu hingga beberapa hari sebelum persalinan sesungguhnya dimulai, tubuh ibu hamil mengalami serangkaian penyesuaian fisiologis sebagai bentuk persiapan alami. Bidan wajib mengedukasi ibu dan keluarga mengenai tanda-tanda awal ini agar tidak terjadi kepanikan atau kedatangan ke fasilitas kesehatan yang terlalu dini (*false labor*).

Tanda-tanda awal persalinan meliputi:

- **Lightening atau Dropping:** Terjadi penurunan bagian terbawah janin ke dalam pintu atas panggul (PAP). Pada primigravida, fenomena ini biasanya terjadi pada 2–4 minggu sebelum persalinan, sedangkan pada multigravida sering kali baru terjadi saat persalinan dimulai. Ibu merasakan bernapas menjadi lebih lega karena tekanan fundus uteri terhadap diafragma berkurang, namun tekanan pada kandung kemih meningkat sehingga frekuensi berkemih menjadi lebih sering.
- **Pollakisuria (Sering Kencing):** Akibat penekanan bagian terbawah janin pada vesika urinaria di dalam panggul kecil.
- **False Labor / Kontraksi Braxton Hicks:** Kontraksi uterus palsu yang ditandai dengan rasa tidak nyaman di perut bagian bawah, tidak teratur, durasinya singkat, tidak bertambah kuat seiring waktu, dan biasanya hilang atau berkurang saat ibu istirahat atau berjalan-jalan. Kontraksi ini tidak menyebabkan penipisan atau pembukaan serviks.
- **Serviks Menjadi Lembek dan Tipis (*Ripening*):** Melalui pemeriksaan dalam atau USG transvaginal, terjadi perubahan jaringan ikat serviks akibat pengaruh enzim kolagenase dan prostaglandin. Serviks yang tadinya kaku dan menghadap posterior mulai melunak, memendek, dan mengarah ke anterior.
- **Energy Spurt / Nesting Behavior:** Beberapa ibu melaporkan peningkatan energi yang mendadak 1–2 hari sebelum persalinan, yang mendorong mereka untuk membersihkan rumah atau mempersiapkan perlengkapan bayi. Hal ini dipengaruhi oleh perubahan hormon aldosteron dan epinefrin.

2.2 Tanda Pasti Persalinan

Persalinan sejati (*true labor*) ditandai oleh tanda-tanda kardinal berikut yang membedakannya secara jelas dari persalinan palsu:

1. **His Persalinan yang Teratur dan Adekuat:** Kontraksi uterus timbul secara berkala, makin lama makin sering (frekuensi meningkat), durasinya semakin panjang (dari 20 detik hingga mencapai 45–60 detik), dan terasa semakin kuat/mulas. Nyeri kontraksi dirasakan mulai dari pinggang bagian belakang yang menjalar ke perut depan bawah. Nyeri tidak berkurang meski ibu beristirahat atau beraktivitas.
2. **Pengeluaran Lendir Darah (*Bloody Show*):** Keluarnya sekret vagina berupa lendir yang bercampur darah segar atau cokelat. Lendir ini berasal dari sumbat serviks (*cervical mucus plug / operculum*) yang terlepas

akibat adanya pembukaan dan penipisan serviks, disertai pecahnya pembuluh darah kapiler halus di sekitar ostium uteri internum (OUI).

3. **Pembukaan dan Penipisan Serviks yang Progresif:** Tanda paling pasti dari persalinan sejati adalah ditemukannya pendataran (*effacement*) dan pembukaan (*dilatation*) serviks yang terbukti secara obyektif melalui pemeriksaan dalam (*vaginal touche*).
4. **Pecahnya Ketuban (*Rupture of Membranes*):** Pengeluaran cairan ketuban dari vagina secara mendadak (*gush*) atau merembes halus (*trickle*). Pecahnya ketuban dapat terjadi secara spontan sebelum pembukaan lengkap atau pada saat pembukaan lengkap.

2.3 Tahapan Persalinan (Kala I - IV)

Secara klinis, proses persalinan dibagi menjadi empat tahapan berurutan (*Kala I* hingga *Kala IV*), yang masing-masing memiliki karakter fisiologis dan fokus manajemen kebidanan yang spesifik:

Ringkasan Empat Tahapan Persalinan

Kala I (Kala Pembukaan): Dimulai sejak timbulnya his persalinan yang adekuat hingga pembukaan lengkap (10 cm). Dibagi menjadi Fase Laten (pembukaan 0–3 cm, durasi relatif lambat) dan Fase Aktif (pembukaan 4–10 cm, laju pembukaan minimal 1 cm/jam pada primigravida).

Kala II (Kala Pengeluaran Janin): Dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) hingga bayi lahir sempurna. Durasi rata-rata: Primigravida 1–2 jam, Multigravida 30 menit–1 jam.

Kala III (Kala Pengeluaran Plasenta): Dimulai segera setelah bayi lahir hingga plasenta dan selaput ketuban lahir lengkap. Durasi normal ≤ 30 menit.

Kala IV (Kala Pemantauan): Dimulai dari lahirnya plasenta hingga 2 jam pascapersalinan untuk pemantauan perdarahan dan kondisi umum ibu.

Tahapan Persalinan	Fokus Karakteristik Fisiologis	Target Pemantauan Utama Bidan
Kala I Fase Laten	Pembukaan 0 cm hingga 3 cm. His teratur namun masih ringan (2 kali dalam 10 menit, durasi 20–30 detik). Durasi hingga 8 jam.	Kesejahteraan ibu, nutrisi, hidrasi, mobilitas bebas, dan dukungan emosional. Tidak dianjurkan intervensi medis invasif.
Kala I Fase Aktif	Pembukaan 4 cm hingga 10 cm. His kuat (3–5 kali dalam 10 menit, durasi 40–50 detik). Terdiri dari fase akselerasi, dilatasi maksimal, dan deselerasi.	Kemajuan persalinan (partograf): penurunan kepala (Hodge/Palpasi), DJJ tiap 30 menit, TTV ibu tiap 4 jam, urine tiap 2 jam.
Kala II	Pembukaan lengkap (10 cm), perineum menonjol, vulva dan anus membuka, terdapat dorongan spontan untuk meneran. Penurunan janin hingga perineum.	DJJ tiap 15 menit/setelah kontraksi, teknik meneran efektif, perlindungan perineum (*stuitsteun*), persiapan penanganan BBL.
Kala III	Kontraksi uterus membulat keras, tali pusat memanjang, semburan darah mendadak (tanda pelepasan plasenta).	Pemberian Oksitosin 10 IU IM, Peregangan Tali Pusat Terkendali (PTT), Masase fundus uteri segera setelah plasenta lahir.
Kala IV	Kestabilan hemodinamik ibu pascapersalinan, involusi uterus, dan pencegahan perdarahan postpartum (HPP).	Pemantauan TTV, TFU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan jumlah perdarahan (tiap 15 menit pada jam I, tiap 30 menit pada jam II).

BAB 3

ANAMNESIS PERSALINAN DAN PENGKAJIAN RIWAYAT KESEHATAN IBU

3.1 Teknik Anamnesis Kebidanan

Anamnesis merupakan langkah awal yang paling penting dalam pengkajian data subjektif untuk mengumpulkan data riwayat kesehatan, kehamilan, dan persalinan pasien. Dalam melakukan anamnesis persalinan, bidan harus mengedepankan prinsip komunikasi terapeutik yang berempati, ramah, dan menghormati privasi serta nilai budaya ibu. Sikap bidan yang tenang dan mendengarkan secara aktif (*active listening*) sangat efektif dalam menurunkan tingkat kecemasan ibu bersalin.

Pengumpulan data subjektif harus terstruktur dan efisien tanpa mengabaikan kondisi ketidaknyamanan yang dialami ibu akibat kontraksi. Bidan dapat mengajukan pertanyaan terbuka saat jeda antar kontraksi, dan menggunakan pertanyaan tertutup yang terfokus ketika kontraksi sedang berlangsung jika diperlukan konfirmasi cepat.

3.2 Identifikasi Keluhan Utama

Keluhan utama pada ibu bersalin umumnya berkisar pada rasa mulas/nyeri di perut bagian bawah yang menjalar ke pinggang, pengeluaran lendir bercampur darah, atau keluarnya air ketuban dari jalan lahir. Bidan wajib melakukan pendalaman (*exploring*) terhadap keluhan utama tersebut meliputi:

- **Karakteristik Kontraksi (His):** Kapan rasa mulas pertama kali dirasakan, berapa kali frekuensinya dalam 10 menit, berapa lama durasinya, dan apakah terasa makin kuat dan makin sering.
- **Pengeluaran Lendir Darah:** Kapan mulai keluar, berapa banyak, dan warna lendir darah.
- **Pengeluaran Cairan Ketuban:** Apakah air ketuban sudah pecah atau keluar merembes, kapan waktu pecahnya ketuban (jam dan tanggal), warna cairan ketuban (jernih, keruh, kehijauan/bercampur mekonium, bercampur darah), dan baunya (khas/amis atau berbau busuk). Informasi ini vital untuk menilai risiko infeksi intraamnion dan gawat janin.

3.3 Riwayat Kesehatan dan Obstetri

Pengkajian riwayat kesehatan komprehensif mencakup beberapa domain utama:

1. **Riwayat Menstruasi dan Kehamilan Sekarang:** Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) yang akurat untuk menentukan Taksiran Persalinan (TP) berdasarkan rumus Naegele. Keluhan selama trimester I, II, dan III, riwayat antenatal care (ANC) berapa kali dan di mana, imunisasi Tetanus Toxoid (TT), serta konsumsi tablet tambah darah (Fe).
2. **Riwayat Obstetri Lalu (G-P-A-H):** Gravida (jumlah kehamilan), Para (jumlah persalinan), Abortus (jumlah keguguran), dan Hidup (jumlah anak hidup). Bidan harus mengkaji secara detail: tahun lahir, usia kehamilan saat lahir, jenis persalinan (spontan, tindakan SC/vakum), penolong persalinan, penyulit/komplikasi persalinan (perdarahan, hipertensi, Plasenta Manual), berat badan lahir bayi, jenis kelamin, serta kondisi anak saat ini.

3. **Riwayat Kesehatan Ibu dan Keluarga:** Riwayat penyakit sistemik yang dapat mempengaruhi atau memperberat persalinan, seperti Hipertensi, Penyakit Jantung, Diabetes Mellitus, Asma, Hepatitis B, HIV/AIDS, Tuberkulosis, serta riwayat alergi obat/makanan. Riwayat penyakit keluarga seperti kehamilan kembar atau penyakit keturunan.
4. **Riwayat Bio-Psiko-Sosio-Spiritual:** Pola makan dan minum terakhir (sangat krusial untuk persiapan pasokan energi persalinan dan antisipasi tindakan darurat), pola eliminasi (kapan terakhir BAB dan BAK), pola istirahat/tidur, tingkat kesiapan mental menghadapi persalinan, siapa pendamping persalinan yang diinginkan, serta keputusan finansial/jaminan kesehatan yang digunakan (BPJS/mandiri).

Checklist Data Subjektif Penting Persalinan

✓ HPHT & Taksiran Persalinan | ✓ Frekuensi & Durasi His | ✓ Riwayat Pecah Ketuban & Warna | ✓ Riwayat Operasi Sesar (SC) Sebelumnya | ✓ Nutrisi/Hidrasi Terakhir | ✓ Rencana Pendamping Persalinan.

BAB 4

PEMERIKSAAN FISIK DAN PEMERIKSAAN PENUNJANG PERSALINAN

4.1 Pemeriksaan Fisik Umum dan Tanda Vital

Pemeriksaan fisik objektif bertujuan untuk menilai status kesehatan umum ibu, kecukupan energi, hemodinamik, serta kesejahteraan janin. Pemeriksaan dimulai dengan penilaian keadaan umum (kesadaran, tingkat kecemasan, ekspresi wajah) dan pengukuran Tanda-Tanda Vital (TTV):

- **Tekanan Darah:** Diukur tiap 4 jam pada persalinan normal. Tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg mengindikasikan adanya Hipertensi dalam Kehamilan atau Preeklampsia yang membutuhkan penanganan khusus.
- **Nadi:** Diukur tiap 30–60 menit. Nadi ibu >100 kali/menit dapat menandakan adanya dehidrasi, kecemasan, nyeri hebat, febris, atau tanda awal infeksi/perdarahan.
- **Suhu Tubuh:** Diukur tiap 2–4 jam. Suhu $>37.5^{\circ}\text{C}$ mengindikasikan dehidrasi atau infeksi intrauterin (korioamnionitis), terutama jika ketuban telah pecah lama.
- **Pernapasan:** Frekuensi pernapasan normal 16–24 kali/menit. Diperhatikan adanya tanda-tanda sesak atau hiperventilasi.
- **Pemeriksaan Fisik Head-to-Toe:** Penilaian konjungtiva (pucat mengindikasikan anemia), sklera (ikterik), edema pada wajah/ekstremitas, pemeriksaan dada/jantung/paru, serta refleks patella (hiporefleksi atau hiperrefleksi).

4.2 Pemeriksaan Kebidanan (Leopold & VT)

Pemeriksaan kebidanan terdiri dari pemeriksaan abdomen (palpasi dan auskultasi) serta pemeriksaan dalam (*vaginal touche*):

1. Palpasi Leopold I - IV:

- *Leopold I:* Menentukan Tinggi Fundus Uteri (TFU) untuk menaksir berat badan janin (TBBJ) dengan rumus Johnson-Toshach dan menentukan bagian janin yang berada di fundus (kepala/bokong).
- *Leopold II:* Menentukan batas samping uterus, membedakan punggung janin (*punggung kanan/kiri*) dengan bagian-bagian kecil (ekstremitas). Penentuan punggung janin krusial untuk menentukan lokasi mendengarkan DJJ.
- *Leopold III:* Menentukan bagian terbawah janin (kepala/bokong) dan apakah bagian terbawah tersebut sudah masuk PAP atau belum (*engaged/floating*).
- *Leopold IV:* Menentukan sejauh mana masuknya bagian terbawah janin ke dalam pintu atas panggul (divergen/konvergen) serta mengukur penurunan dalam perlinaan (5/5 hingga 0/5).

2. Auskultasi Denyut Jantung Janin (DJJ):

Menggunakan Doppler atau Stetoskop Pinard/Laennec. DJJ dinilai selama 1 menit penuh segera setelah kontraksi selesai. Frekuensi normal DJJ adalah 120–160 kali/menit dengan irama teratur. DJJ <120 kali/menit (bradikardia) atau >160 kali/menit (takikardia) mengindikasikan gawat janin (*fetal distress*).

3. **Pemeriksaan Dalam (*Vaginal Touche* / VT):** Dilakukan secara aseptik tiap 4 jam atau atas indikasi (seperti ketuban pecah atau ada tanda kala II). Bidan menilai:
- Keadaan vagina dan vulva (varises, edema, massa).
 - Portio/serviks: konsistensi (lunak/kaku), posisi (anterior/posterior), pendataran (*effacement* dalam %), dan pembukaan (*dilatation* dalam cm).
 - Ketuban: utuh (+), sudah pecah (–), warna air ketuban (jernih, mekonium, darah).
 - Presentasi janin (belakang kepala/bokong) dan bagian penunjuk (*denominator*, misalnya ubun-ubun kecil/UUK).
 - Posisi UUK (UUK depan, kiri depan, dll).
 - Penurunan bagian terbawah janin berdasarkan Bidang Hodge (Hodge I, II, III, IV) atau Station (–3 hingga +3).
 - Molase / penyusupan tulang kepala janin (0, 1, 2, 3).

4.3 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan laboratorium sederhana dan penunjang diagnostik pada ibu bersalin meliputi: Hemoglobin (Hb) dan Hematokrit (menilai risiko anemia dan persiapan jika terjadi perdarahan), Golongan Darah dan Rhesus, Proteinuria (mengonfirmasi Preeklampsia), Glukosa Urine/Darah (skrining Diabetes Gestasional), Skrining Rapid HIV/HBsAg/Syphilis (PPIA), serta Pemeriksaan Ultrasonografi (USG) bed-side jika terdapat indikasi kelainan letak atau taksiran berat janin berlebih.

BAB 5

PERUMUSAN DIAGNOSIS KEBIDANAN, MASALAH POTENSIAL, DAN KEBUTUHAN

5.1 Alur Berpikir Varney

Manajemen asuhan kebidanan yang sistematis berpatokan pada 7 Langkah Varney yang merupakan proses pemecahan masalah klinis secara rasional dan ilmiah. Proses ini dimulai dari pengumpulan data dasar, interpretasi data untuk merumuskan diagnosis/masalah, mengidentifikasi diagnosis/masalah potensial, mengidentifikasi kebutuhan tindakan segera/kolaborasi, menyusun rencana asuhan menyeluruh, mengimplementasikan rencana, hingga mengevaluasi keberhasilan tindakan.

5.2 Perumusan Diagnosis Kebidanan

Diagnosis kebidanan persalinan dirumuskan secara spesifik, sistematis, dan mencerminkan status kesehatan fisiologis ibu dan janin saat itu. Nomenklatur standar diagnosis kebidanan persalinan memuat komponen utama berikut:

Nomenklatur Diagnosis Kebidanan Persalinan

"G... P... A... H..., Usia Kehamilan ... Minggu, Inpartu Kala I Fase (Laten/Aktif), Janin Tunggal/Ganda, Hidup/Mati, Intrauterin, Presentasi Kepala/Bokong, Keadaan Umum Ibu dan Janin (Normal / dengan Komplikasi)."

Contoh perumusan diagnosis yang tepat: *"G1P0A0, hamil 39 minggu, inpartu Kala I Fase Aktif, janin tunggal hidup intrauterin, presentasi kepala, penurunan H-III, keadaan umum ibu dan janin baik."*

5.3 Masalah Potensial & Tindakan Segera

Setelah merumuskan diagnosis utama, bidan harus bersikap proaktif dalam mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial yang mungkin terjadi berdasarkan data klinis yang ditemukan. Langkah ini sangat krusial untuk pencegahan dini (*anticipatory care*):

Temuan Data Klinis	Diagnosis / Masalah Potensial	Tindakan Segera / Kolaborasi
Ketuban pecah dini >12 jam, warna jernih, suhu ibu 37.8°C.	Potensial Infeksi Intrauterin (Korioamnionitis).	Kolaborasi dokter Sp.OG untuk pemberian antibiotik profilaksis dan induksi persalinan.
Fase aktif memanjang, his hipotonik (2x dalam 10 menit, durasi 20 detik).	Potensial Partus Lama / Inersia Uteri.	Evaluasi passage dan passenger; rehidrasi, fasilitasi ambulasi, kolaborasi koreksi his (Oksitosin drip).
Tekanan darah 150/100 mmHg, proteinuria (++)	Potensial Preeklampsia Berat / Kejang (Eklampsia).	Pemberian dosis awal MgSO ₄ , pasang kateter menetap, kurangi stimulasi sensoris, rujukan RS.
Air ketuban bercampur mekonium kental, DJJ 175x/menit.	Potensial Gawat Janin (Fetal Distress) / Asfiksia Neonatorum.	Oksigenasi ibu 6-8 L/menit, posisi miring kiri, hidrasi IV, persiapan resusitasi bayi dan rujukan cepat.

Pengidentifikasian masalah potensial memandu bidan untuk merencanakan tindakan penanganan yang presisi, efisien, dan mengutamakan keselamatan jiwa ibu serta bayi (*patient safety*).

BAB 6

MANAJEMEN AKTIF KALA I DAN DUKUNGAN PSIKOLOGIS PERSALINAN

6.1 Manajemen Asuhan Kala I Fasa Laten & Aktif

Manajemen asuhan persalinan Kala I bertujuan untuk memastikan kemajuan persalinan berlangsung aman secara fisiologis, serta menjaga kesejahteraan fisik dan emosional ibu. Asuhan yang diberikan harus berpusat pada wanita (*women-centered care*) dan meminimalkan intervensi medis yang tidak perlu (*say no to unnecessary intervention*).

Prinsip utama manajemen asuhan Kala I mencakup:

- **Pemantauan Rutin Berkelanjutan:** Menggunakan instrumen Partograf WHO pada fase aktif (pembukaan ≥ 4 cm). Pemantauan mencakup DJJ tiap 30 menit, his tiap 30 menit, nadi ibu tiap 30 menit, suhu tiap 2 jam, pembukaan serviks dan penurunan kepala tiap 4 jam, serta produksi urine tiap 2 jam.
- **Pemenuhan Nutrisi dan Hidrasi:** Ibu bersalin sangat membutuhkan pasokan kalori yang adekuat untuk kerja otot miometrium. Ibu dianjurkan untuk tetap makan makanan ringan cair/mudah dicerna (sup, bubur, roti) dan minum air putih, jus buah, atau teh manis hangat secara berkala. Dehidrasi dapat menyebabkan pembentukan asam laktat berlebih, penurunan intensitas his, dan kelelahan ibu.
- **Fasilitas Efisiensi Eliminasi:** Menganjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih (BAK) sedikitnya setiap 2 jam. Kandung kemih yang penuh dapat menghambat penurunan kepala janin ke dalam panggul dan menghambat kontraksi uterus. Catheterisasi hanya dilakukan jika ada indikasi retensi urine dan ibu tidak mampu BAK mandiri.
- **Mobilisasi dan Perubahan Posisi:** Ibu bebas memilih posisi yang paling nyaman (berjalan-jalan, duduk di *gym ball*, miring kiri, atau merangkak). Posisi miring kiri sangat direkomendasikan saat berbaring untuk mencegah penekanan uterus gravid terhadap Vena Cava Inferior, sehingga menjaga perfusi darah ke janin tetap optimal.

6.2 Dukungan Pendampingan Persalinan

Pendampingan persalinan oleh suami, anggota keluarga, atau *doula* yang dipilih ibu terbukti secara ilmiah (EBP) memberikan dampak positif yang sangat besar. Pendampingan berkelanjutan selama persalinan dapat memperpendek durasi persalinan, mengurangi kebutuhan analgesia epidural atau tindakan vakum/SC, serta meningkatkan kepuasan ibu terhadap pengalaman melahirkannya.

Bidan bertindak sebagai fasilitator yang mengarahkan pendamping untuk memberikan dukungan fisik (seperti mengusap punggung, membantu pernapasan, memberikan minum) dan dukungan verbal yang membesarkan hati ibu.

6.3 Penanganan Nyeri Non-Farmakologi

Nyeri persalinan merupakan proses fisiologis akibat stimulasi nosiseptor saat kontraksi uterus dan peregangan serviks serta vagina. Penanganan nyeri secara non-farmakologi menjadi pilihan utama bidan karena aman tanpa efek samping negatif pada janin. Beberapa teknik efektif meliputi:

1. **Massage Counterpressure:** Penekanan kuat dan terus-menerus menggunakan pangkal telapak tangan pada daerah sakrum ibu saat kontraksi berlangsung. Teknik ini menghambat transmisi sinyal nyeri melalui serabut saraf ke otak (sesuai *Gate Control Theory*).
2. **Effleurage Massage:** Usapan lambat, lembut, dan berirama menggunakan ujung jari pada abdomen membentuk pola angka delapan atau melingkar searah jarum jam, memberikan efek relaksasi otot.
3. **Kompres Hangat / Dingin:** Kompres hangat pada area pinggang belakang meningkatkan sirkulasi lokal dan mengurangi spasme otot. Kompres dingin pada leher/dahi memberikan efek mendinginkan dan mengalihkan sensasi nyeri.
4. **Teknik Pernapasan Dalam (*Deep Breathing*):** Mengajarkan ibu menarik napas dalam melalui hidung saat awal kontraksi dan menghembuskannya perlahan melalui mulut. Ini membantu meningkatkan pasokan oksigen ke miometrium dan mencegah hiperventilasi.
5. **Birthing Ball:** Membantu ibu berayun di atas bola persalinan untuk merelaksasikan otot-otot dasar panggul dan mempercepat penurunan kepala janin.

BAB 7

TEKNIK MENERAN, PENCEGAHAN LASERASI, DAN PENANGANAN BAYI BARU LAHIR

7.1 Bimbingan Teknik Meneran Efektif

Kala II persalinan dimulai saat pembukaan serviks telah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Bidan hanya memperbolehkan ibu meneran jika pembukaan sudah lengkap dan terdapat dorongan spontan untuk meneran (*spontaneous pushing phase*).

Bimbingan meneran yang benar meliputi:

- **Posisi Meneran:** Memfasilitasi ibu memilih posisi yang disukai (setengah duduk, miring kiri, merangkak, atau jongkok). Posisi setengah duduk atau jongkok memanfaatkan gaya gravitasi untuk membantu penurunan janin.
- **Teknik Pernapasan Meneran Spontan:** Ibu dianjurkan meneran hanya saat puncak kontraksi timbul. Ibu menarik napas dalam, menahannya sebentar, lalu meneran ke arah bawah (seperti buang air besar) selama 6–8 detik, diulang 2–3 kali per kontraksi. Meneran berlebihan dengan menahan napas terlalu lama (*Valsalva maneuver* berlebihan >10 detik) tidak dianjurkan karena dapat mengganggu aliran darah plasenta dan menyebabkan hipoksia janin.
- **Istirahat Antar Kontraksi:** Saat kontraksi berhenti, ibu diminta untuk relaks penuh, menarik napas dalam, dan minum untuk memulihkan tenaga.

7.2 Masase Perineum & Mencegah Laserasi

Perlindungan perineum (*perineal support*) yang benar saat kepala bayi *crowning* (diameter 5–6 cm tampak di vulva) sangat krusial untuk mencegah terjadinya laserasi perineum derajat berat (derajat 3 dan 4). Bidan melakukan tindakan perlindungan perineum yang dikenal dengan teknik **Stuitsteun**:

Langkah Teknik Stuitsteun (Perlindungan Perineum)

1. Meletakkan satu tangan bertutup kain bersih dan steril pada perineum untuk menahan tekanan ke arah bawah.
2. Tangan yang lain menahan puncak kepala janin dengan lembut agar tidak terjadi defleksi terlalu cepat dan membantu memfasilitasi gerakan ekstensi kepala secara bertahap.
3. Meminta ibu untuk bernapas pendek-pendek (*tiup-tiup*) saat kepala melintasi vulva agar kepala lahir perlahan.
4. Mengusap vagina dan perineum menggunakan minyak steril atau gel pelumas saat trimester III/persalinan untuk meningkatkan elastisitas jaringan.

Episiotomi tidak lagi dilakukan secara rutin, melainkan hanya atas indikasi medis yang ketat, seperti gawat janin yang membutuhkan persalinan cepat, persalinan sungsang, ekstraksi vakum, atau perineum kaku berisiko robek total.

7.3 Asuhan Bayi Baru Lahir Lahir Sehat (IMD)

Segera setelah bayi lahir penuh, bidan melakukan penanganan awal standar yang berfokus pada pencegahan hipotermia dan asfiksia:

1. **Penilaian Sepintas (dalam 5 Detik):** Apakah bayi cukup bulan? Apakah air ketuban jernih (tidak bercampur mekonium)? Apakah bayi menangis kuat atau bernapas tanpa kesulitan? Apakah tonus otot bayi baik (bergerak aktif)?
2. **Pengeringan dan Pencegahan Hipotermia:** Mengeringkan tubuh bayi secara cepat mulai dari muka, kepala, hingga ekstremitas menggunakan handuk kering dan hangat. Mengganti kain basah dengan kain kering yang baru, serta memasang topi bayi. Jangan membersihkan verniks kaseosa karena berfungsi sebagai pengatur suhu dan pelindung kulit.
3. **Pemotongan Tali Pusat Terkendali:** Pemotongan tali pusat ditunda (*delayed cord clamping*) selama 1–3 menit setelah bayi lahir atau hingga denyutan tali pusat berhenti. Ini terbukti meningkatkan cadangan zat besi bayi hingga 50%. Pemotongan dilakukan secara aseptik dengan klem steril.
4. **Inisiasi Menyusu Dini (IMD):** Bayi diletakkan secara tengkurap di atas dada/perut ibu (*skin-to-skin contact*) dan diselimuti bersama ibu selama minimal 1 jam. Kontak kulit ke kulit ini merangsang pelepasan oksitosin ibu (membantu kontraksi uterus), menstabilkan pernapasan dan suhu tubuh bayi, serta memberikan kesempatan bayi mencari puting susu secara mandiri.

BAB 8

MANAJEMEN AKTIF KALA III DAN PEMANTAUAN KALA IV PERSALINAN

8.1 Langkah Tiga Utama Manajemen Aktif Kala III

Manajemen Aktif Kala III (MAK III) merupakan standar baku kebidanan yang bertujuan untuk mempercepat pelepasan dan pengeluaran plasenta serta mencegah terjadinya Perdarahan Pascapersalinan (*Postpartum Hemorrhage / HPP*) yang disebabkan oleh atonia uteri. MAK III wajib dilakukan pada setiap persalinan pervaginam dan terdiri dari tiga langkah utama:

1. **Pemberian Suntikan Oksitosin:** Memberikan Oksitosin 10 IU secara Intramuskular (IM) di 1/3 paha luar bagian atas ibu dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir (setelah memastikan tidak ada bayi kedua pada kehamilan tunggal). Oksitosin merangsang kontraksi kuat miometrium yang menyebabkan penyempitan pembuluh darah uterus dan pelepasan plasenta dari dinding desidua.
2. **Peregangan Tali Pusat Terkendali (PTT):**
 - Memindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5–10 cm dari vulva.
 - Meletakkan satu tangan di atas simfisis pubis ibu untuk melakukan dorongan dorso-kranial (ke arah belakang dan atas) secara lembut guna mencegah terjadinya inversio uteri.
 - Tangan yang lain memegang klem dan melakukan peregangan tali pusat ke arah bawah lalu datar sejajar lantai saat ada kontraksi uterus. PTT hanya dilakukan saat uterus berkontraksi.
3. **Masase Fundus Uteri:** Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir lengkap, bidan langsung melakukan masase pada fundus uteri dengan mengusap telapak tangan secara melingkar (*circular*) di fundus selama 15 detik hingga uterus berkontraksi keras dan terasa membulat seperti bola keras.

8.2 Masase Fundus Uteri

Masase fundus uteri berfungsi merangsang kontraksi miometrium secara mekanis. Bidan mengajarkan ibu dan keluarga untuk memalpasi fundus uteri dan melakukan masase mandiri jika terasa lembek. Jika dalam 15 detik masase uterus tidak berkontraksi (atonia uteri), maka harus segera dilakukan langkah penanganan kegawatdaruratan atonia uteri (Kompresi Bimanual Internal/KBI).

8.3 Pemantauan Kala IV (2 Jam Pascapersalinan)

Kala IV merupakan masa kritis dua jam pertama pascapersalinan. Mayoritas kasus kematian ibu akibat perdarahan postpartum terjadi pada tahapan ini. Pemantauan ketat wajib dilakukan dengan frekuensi sebagai berikut:

Waktu Pemantauan	Parameter yang Diperiksa	Nilai Normal / Target Klinis
Jam Pertama: Tiap 15 menit (4 kali)	Tekanan Darah, Nadi, Tinggi Fundus Uteri (TFU), Kontraksi Uterus, Kandung Kemih, dan Perdarahan (Lokia).	TD 110/70-120/80 mmHg, Nadi <90x/m, Kontraksi keras, TFU 1-2 jari bawah pusat, vesika urinaria kosong, perdarahan <100 cc.
Jam Kedua: Tiap 30 menit (2 kali)	Tekanan Darah, Nadi, Suhu (tiap jam), TFU, Kontraksi Uterus, Kandung Kemih, dan Perdarahan.	Suhu 36.5-37.5°C, kontraksi uterus tetap keras, tidak ada hematoma vulva, ibu merasa nyaman.

Sebelum memindahkan ibu ke ruang nifas, bidan harus memastikan ibu sudah dapat berkemih spontan, tidak ada tanda-tanda perdarahan aktif, dan TTV dalam batas normal.

BAB 9

EVALUASI SOAP DAN INDIKATOR KEBERHASILAN ASUHAN PERSALINAN

9.1 Konsep Evaluasi Asuhan Kebidanan

Evaluasi merupakan tahap akhir dari siklus manajemen kebidanan yang bertujuan untuk menilai efektivitas intervensi asuhan yang telah diberikan, serta menentukan apakah pencapaian klinis ibu dan janin telah sesuai dengan kriteria hasil yang ditetapkan. Evaluasi dilakukan secara kontinu dan dinamis pada setiap tahapan persalinan.

9.2 Integrasi SOAP dalam Evaluasi

Pendokumentasian hasil evaluasi dilaksanakan dalam format terstruktur **SOAP**:

- **S (Subjektif):** Mengabaikan ungkapan keluhan ibu terbaru setelah intervensi (misalnya: *"Ibu mengatakan mulas semakin kuat dan ada rasa ingin meneran."*).
- **O (Objektif):** Hasil pemeriksaan fisik dan observasi terbaru (misalnya: *"TFU 30 cm, His 4x/10 menit/45 detik, DJJ 142x/m, VT: pembukaan 10 cm, ketuban jernih, penurunan H-III+."*).
- **A (Analisis/Asesmen):** Pendiagnosian ulang status ibu dan janin berdasarkan sinkronisasi data S dan O terbaru (misalnya: *"G1P0A0, hamil 39 minggu, inpartu Kala II, janin tunggal hidup intrauterin keadaan umum baik."*).
- **P (Penatalaksanaan):** Rencana tindakan lanjut yang disesuaikan dengan status evaluasi terbaru (misalnya: membimbing meneran, mendampingi persalinan, menyiapkan alat persalinan).

9.3 Indikator Keberhasilan Klinis

Kriteria keberhasilan asuhan kebidanan persalinan dinilai berdasarkan variabel berikut:

1. Ibu dan bayi selamat tanpa morbiditas dan mortalitas.
2. Kemajuan persalinan berlangsung sesuai garis waspada Partograf (tidak terjadi pembukaan macet atau partus kasep).
3. Perdarahan Kala III dan IV dalam batas fisiologis (<500 mL).
4. Tidak terjadi trauma perineum derajat berat yang dapat dicegah.
5. Terjadinya proses Inisiasi Menyusu Dini (IMD) yang sukses dalam 1 jam pertama.
6. Ibu merasa puas dan berdaya atas pengalaman persalinannya.

BAB 10

KOMPLIKASI PERSALINAN DAN PENANGANAN AWAL KEGAWATDARURATAN

10.1 Dystocia & Partus Macet

Distorsia atau persalinan macet/lama didefinisikan sebagai kemajuan persalinan yang abnormal akibat hambatan pada salah satu atau kombinasi faktor 3P (Power, Passage, Passenger). Bentuk distosia yang sering ditemui meliputi:

- **Distosia Bahu:** Kegagalan melahirkan bahu janin setelah kepala lahir secara spontan. Ditandai dengan *Turtle Sign* (kepala tertarik kembali ke arah vulva). Penanganan awal darurat menggunakan manuver **ALARM / McRoberts**: meletakkan posisi ibu fleksi maksimal pada paha ke arah dada, penekanan suprapubik ke arah bawah-samping, dan hindari melakukan tarikan pada kepala janin untuk mencegah trauma pleksus brakialis.
- **Inersia Uteri:** Kontraksi uterus yang tidak adekuat (hipotonik). Penanganan berupa koreksi dehidrasi/nutrisi, mobilisasi, atau penambahan infus Oksitosin (*koreksi his*) atas instruksi dokter.

10.2 Perdarahan Pascapersalinan (HPP)

Perdarahan Pascapersalinan Primaria (terjadi dalam 24 jam pertama) didefinisikan sebagai perdarahan >500 mL pada persalinan pervaginam. Penyebab HPP dapat diingat dengan formula **4T**:

Etiologi Perdarahan Pascapersalinan (4T)

1. **Tone (70%):** Atonia uteri (uterus tidak berkontraksi). Penanganan: Masase fundus, Kompresi Bimanual Internal (KBI) / Eksternal (KBE), suntikan Uterotonika (Oksitosin, Ergometrin, Misoprostol).
2. **Trauma (20%):** Laserasi jalan lahir (serviks, vagina, perineum). Penanganan: Penjahitan robekan (*heacting*).
3. **Tissue (10%):** Retensio plasenta / sisa plasenta. Penanganan: Eksplorasi digital / Plasenta Manual / Kuretase.
4. **Thrombin (1%):** Gangguan pembekuan darah (koagulopati/DIC). Penanganan: Transfusi faktor pembekuan / FFP.

10.3 Eklampsia & Asfiksia Neonatorum

Eklampsia merupakan kondisi darurat obstetri berupa timbulnya kejang pada ibu preeklampsia. Penanganan awal melibatkan proteksi jalan napas (posisi miring, pasang mayo), oksigenasi, dan pemberian **Magnesium Sulfat (MgSO₄)** dosis awal 4 gram IV (larutan 20%) pelan selama 5 menit dilanjutkan 6 gram IV dalam RL drip 28 tetes/menit.

Asfiksia Neonatorum adalah kegagalan bayi bernapas spontan dan teratur saat lahir. Langkah awal resusitasi (*Resusitasi Bayi Baru Lahir*) mengikuti panduan **HAIKAL**: Hangatkan, Atur posisi, Isap lendir, Keringkan, Atur posisi kembali, Lakukan penilaian napas/nadi. Jika tidak bernapas, segera lakukan Ventilasi Tekanan Positif (VTP) dengan balon dan sungkup.

BAB 11

FORMAT PENDOKUMENTASIAN SOAP DAN PENGGUNAAN PARTOGRAF

11.1 Prinsip Pendokumentasian Kebidanan

Pendokumentasian kebidanan merupakan bukti legal-formal dari seluruh tindakan asuhan yang diberikan bidan. Dokumentasi yang akurat, lengkap, dan berurutan secara kronologis sangat penting untuk kontinuitas perawatan pasien, bukti hukum pertanggungjawaban profesi, serta media komunikasi antar anggota tim kesehatan.

11.2 Pengisian Partograf WHO

Partograf adalah alat bantu catat grafik yang digunakan untuk memantau kemajuan persalinan Kala I fase aktif dan kondisi ibu serta janin. Partograf wajib diisi untuk setiap ibu inpartu pembukaan ≥ 4 cm. Komponen partograf meliputi:

- **Informasi Pasien:** Nama, umur, gravida, para, abortus, nomor rekam medis, tanggal dan jam kedatangan, serta jam pecahnya ketuban.
- **Kesejahteraan Janin:**
 - *Denyut Jantung Janin (DJJ):* Dicatat setiap 30 menit dengan titik pada grafik (skala 100–180).
 - *Air Ketuban:* U (Utuh), J (Jernih), M (Mekonium), D (Darah), K (Kering).
 - *Molase Tulang Kepala:* 0 (terpisah), 1 (bersentuhan), 2 (tumpang tindih dapat dipisahkan), 3 (tumpang tindih tidak dapat dipisahkan).
- **Kemajuan Persalinan:**
 - *Pembukaan Serviks:* Diplot dengan tanda silang (**X**) pada garis waktu, dimulai tepat pada **Garis Waspada** saat pembukaan 4 cm.
 - *Penurunan Kepala:* Diplot dengan tanda lingkaran (**O**) berdasarkan hasil palpasi perlimaan (5/5 hingga 0/5).
- **Kekuatan Kontraksi (His):** Dicatat tiap 30 menit berupa jumlah kotak yang diarsir dalam 10 menit. Arsir titik-titik (<20 detik), arsir garis-garis (20–40 detik), atau blok hitam penuh (>40 detik).
- **Kesejahteraan Ibu:** Nadi (titik tiap 30 menit), Tekanan Darah (panah tiap 4 jam), Suhu (tiap 2 jam), Urine (volume, protein, aseton).

11.3 Analisis Garis Waspada & Garis Bertindak

Grafik pembukaan serviks bergerak ke kanan seiring waktu (kecepatan minimal pembukaan 1 cm/jam). Jika grafik pembukaan serviks menyilang atau berada di sebelah kanan **Garis Waspada**, hal ini mengindikasikan persalinan lambat dan bidan harus menilai penyebabnya. Jika grafik mencapai atau melewati **Garis Bertindak**, maka harus segera dilakukan tindakan intervensi aktif atau rujukan ke fasilitas kesehatan sekunder (Rumah Sakit).

BAB 12

PENDOKUMENTASIAN KALA II, III, IV DAN MANAJEMEN REKAM MEDIS

12.1 Catatan Perkembangan Kala II-IV

Setelah bayi lahir, pendokumentasian dilanjutkan pada lembar belakang Partograf atau Catatan Perkembangan Terintegrasi (CPPT) dengan format SOAP terperinci:

- **Kala II:** Mencatat tanggal dan jam pembukaan lengkap, jam dimulainya meneran, jam lahirnya bayi, jenis kelamin, BB, PB, Apgar Score menit 1 dan 5, serta kejadian khusus (misalnya kelilitan tali pusat).
- **Kala III:** Mencatat jam pemberian Oksitosin 10 IU, waktu pelepasan dan lahirnya plasenta, cara lahir plasenta (Schultze/Duncan), kelengkapan kotiledon dan selaput ketuban, panjang tali pusat, serta perkiraan jumlah perdarahan.
- **Kala IV:** Mencatat resume pemantauan TTV, TFU, kontraksi, kandung kemih, dan lokia selama 2 jam pascapersalinan pada tabel partograf lembar belakang, serta tindakan penjahitan perineum (jika ada).

12.2 Aspek Legal & Etika Rekam Medis

Rekam medis kebidanan merupakan dokumen legal berharga hukum tinggi. Penulisan rekam medis harus memenuhi kaidah keabsahan: menggunakan tinta hitam/biru, tidak boleh di-tipp-ex atau dihapus (jika salah dicoret satu garis dan diparaf), mencantumkan nama jelas, tanda tangan, dan tanggal/jam setiap pencatatan. Rekam medis milik fasilitas kesehatan, sedangkan isi rekam medis adalah milik pasien.

12.3 Keamanan Data Kesehatan

Bidan bertanggung jawab menjaga kerahasiaan data medis pasien (*confidentiality*) sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Pengungkapan rekam medis hanya diperbolehkan atas persetujuan tertulis pasien atau untuk kepentingan penegakan hukum dan penelitian kesehatan yang sah.

BAB 13

KOMUNIKASI EFEKTIF, KONSELING PERSALINAN, DAN INFORMED CONSENT

13.1 Prinsip Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik dalam kebidanan adalah komunikasi profesional yang direncanakan secara sadar untuk merangsang kesembuhan, menurunkan kecemasan, dan membangun rasa percaya (*trust*) antara bidan dan ibu bersalin. Unsur utama mencakup kontak mata yang hangat, nada suara yang menenangkan, serta validasi terhadap perasaan dan rasa nyeri yang dialami ibu.

13.2 Teknik Konseling Persalinan

Konseling persalinan menggunakan metode **SATU TUJU** (Sapa, Amati, Tanyakan, Ungkapkan, Jelaskan, Ulangi) atau langkah bimbingan praktis. Bidan memberikan informasi jernih mengenai kemajuan persalinan, pilihan posisi meneran, dan rencana tindakan tanpa bersifat menghakimi atau memaksakan kehendak.

13.3 Prosedur Informed Consent & Choice

Informed Choice adalah hak penuh pasien untuk memilih opsi perawatan setelah menerima penjelasan yang komprehensif. *Informed Consent* adalah persetujuan tertulis atau lisan yang diberikan oleh pasien/keluarga atas tindakan medis/kebidanan yang akan dilakukan.

Elemen Kunci Formulir Informed Consent

1. Penjelasan diagnosis dan indikasi tindakan.
2. Tata cara dan langkah tindakan yang akan dilakukan.
3. Tujuan dan manfaat tindakan.
4. Risiko dan komplikasi yang mungkin timbul.
5. Alternatif tindakan lain beserta konsekuensinya.
6. Tanda tangan sadar tanpa paksaan dari pasien, keluarga, bidan, dan saksi.

BAB 14

KOLABORASI INTERPROFESI, MANAJEMEN RUJUKAN, DAN ETIKA PROFESI

14.1 Interprofessional Collaboration (IPC)

Pelayanan kesehatan maternal dan neonatal yang berkualitas tinggi menuntut kerja sama dan kolaborasi interprofesional yang solid antara bidan, dokter spesialis obstetri dan ginekologi (Sp.OG), dokter spesialis anak (Sp.A), perawat, dan ahli gizi. Bidan bertindak sebagai pilar utama asuhan fisiologis yang secara cermat merujuk atau berkolaborasi jika ditemukan indikasi patologis.

14.2 Prosedur Rujukan BAKSOKU

Apabila terjadi penyulit atau kegawatdaruratan persalinan yang melebihi kewenangan bidan, keputusan merujuk harus diambil secara cepat dan tepat (*early decision making*). Kesiapan rujukan harus memenuhi standar prinsip BAKSOKU:

Prinsip BAKSOKU	Rincian Persiapan Kebidanan
B (Bidan)	Pastikan bidan yang kompeten mendampingi ibu dan bayi selama proses transportasi rujukan.
A (Alat)	Bawa perlengkapan medis esensial (set partus, set resusitasi bayi, O2 portable, obat uterotonika, IV catheter).
K (Keluarga)	Berikan informasi jelas pada suami/keluarga mengenai alasan rujukan dan minta persetujuan. Beri dukungan moral.
S (Surat)	Buat surat rujukan resmi memuat identitas, resume SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation), dan tindakan yang sudah diberikan.
O (Obat)	Bawa obat-obatan emergensi yang diperlukan (MgSO ₄ , Oksitosin, Cairan RL) untuk pemeliharaan selama perjalanan.
K (Kendaraan)	Siapkan ambulans atau transportasi yang aman dan cepat dengan kondisi pasien stabil.
U (Uang/Uraian)	Keluarga membawa dana tunai atau dokumen jaminan kesehatan (BPJS) serta donor darah persediaan.

14.3 Kode Etik Bidan Indonesia

Dalam menjalankan praktik profesionalnya, bidan senantiasa terikat oleh Kode Etik Bidan Indonesia yang ditetapkan oleh Ikatan Bidan Indonesia (IBI). Prinsip-prinsip bioetika mencakup *Autonomy* (menghormati hak pasien), *Beneficence* (berbuat kebaikan), *Non-Maleficence* (tidak merugikan/mencederai), dan *Justice* (keadilan dalam memberikan pelayanan tanpa membedakan status sosial ekonomi).

BAB 15

REKAPITULASI EVALUASI DAN INTEGRASI STANDAR ASUHAN PERSALINAN

15.1 Sintesis Asuhan Kebidanan Komprehensif

Buku ajar ini secara keseluruhan mengintegrasikan seluruh ranah kompetensi yang disyaratkan dalam Rencana Pembelajaran Semester (RPS). Integrasi ilmu fisiologi persalinan, keterampilan klinis teknis, komunikasi empati, hingga ketajaman naluri kegawatdaruratan membentuk profil lulusan bidan D4 yang unggul, profesional, dan berdaya saing tinggi.

15.2 Penilaian Portofolio Asuhan

Sebagai sarana evaluasi pencapaian pembelajaran (CPMK), mahasiswa diwajibkan menyusun portofolio asuhan kebidanan persalinan minimal 10 kasus persalinan fisiologis terkelola mandiri dan 5 kasus komplikasi terkolaborasi. Portofolio ini dinilai dengan rubrik holistik mencakup ketepatan isi SOAP, keaktifan pemantauan Partograf, serta refleksi kritis mahasiswa terhadap tindakan asuhan.

15.3 Refleksi Praktik Kebidanan Masa Depan

Dunia pelayanan kesehatan maternitas terus berkembang seiring penemuan sains terbaru (*Evidence-Based Midwifery*). Seorang bidan profesional dituntut untuk menjadi pembelajar sepanjang hayat (*lifelong learner*), beradaptasi dengan kemajuan teknologi kesehatan, namun tetap menjaga kehangatan sentuhan manusiawi (*humanistic care*) yang menjadi esensi sejati dari profesi kebidanan.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2020). *Approaches to limit intervention during labor and birth*. ACOG Committee Opinion No. 766. *Obstetrics & Gynecology*, 133(2), e158-e173.
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Spong, C. Y. (2018). *Williams Obstetrics* (25th ed.). New York: McGraw-Hill Education.
- Ikatan Bidan Indonesia (IBI). (2019). *Standar Operasional Prosedur Pelayanan Kebidanan*. Jakarta: Pengurus Pusat IBI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Marshall, J. E., & Raynor, M. D. (2020). *Myles Textbook for Midwives* (17th ed.). Edinburgh: Elsevier Health Sciences.
- Pengurus Pusat Ikatan Bidan Indonesia. (2020). *Dokumen Kurikulum Berbasis Capaian Pembelajaran (OBE) Diploma IV Kebidanan*. Jakarta: PP IBI.
- Saifuddin, A. B., Adriaansz, G., Wiknjosastro, G. H., & Waspodo, D. (2018). *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Varney, H., Kriebs, J. M., & Geger, C. L. (2019). *Varney's Midwifery* (6th ed.). Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.
- World Health Organization (WHO). (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). (2020). *Labor Care Guide: User's manual*. Geneva: World Health Organization.