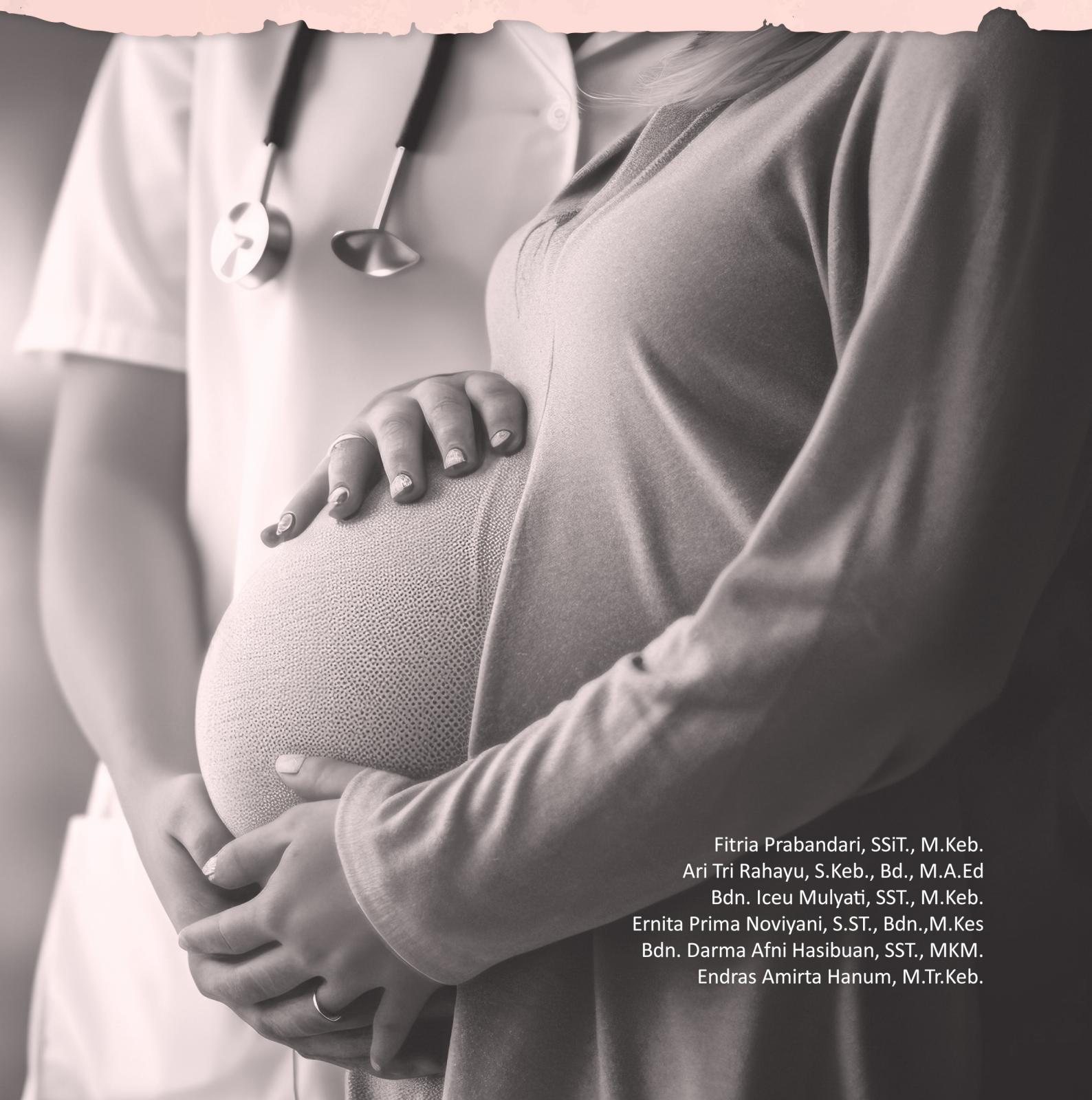


# STANDARD OPERATING PROCEDURE (SOP) ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN



Fitria Prabandari, SSiT., M.Keb.  
Ari Tri Rahayu, S.Keb., Bd., M.A.Ed  
Bdn. Iceu Mulyati, SST., M.Keb.  
Ernita Prima Noviyani, S.ST., Bdn.,M.Kes  
Bdn. Darma Afni Hasibuan, SST., MKM.  
Endras Amirta Hanum, M.Tr.Keb.

# **STANDARD OPERATING PROCEDURE**

**(SOP)**

## **ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN**

### **Penulis:**

Fitria Prabandari, SSiT., M.Keb.

Ari Tri Rahayu, S.Keb., Bd., M.A.Ed

Bdn. Iceu Mulyati, SST., M.Keb.

Ernita Prima Noviyani, S.ST., Bdn.,M.Kes

Bd. Darma Afni Hasibuan, SST., MKM.

Endras Amirta Hanum, M.Tr.Keb.



**STANDARD OPERATING PROCEDURE  
(SOP)  
ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN**

**Penulis:**

Fitria Prabandari, SSiT., M.Keb.  
Ari Tri Rahayu, S.Keb., Bd., M.A.Ed  
Bdn. Iceu Mulyati, SST., M.Keb.  
Ernita Prima Noviyani, S.ST., Bdn.,M.Kes  
Bd. Darma Afni Hasibuan, SST., MKM.  
Endras Amirta Hanum, M.Tr.Keb.

**Desain Cover:**

Ivan Zumarano

**Tata Letak:**

Achmad Faisal

**ISBN: 978-623-8411-84-9**

**Cetakan Pertama:**

Januari, 2024

Hak Cipta 2024

---

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

---

**Copyright © 2024**

**by Penerbit Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta**

All Right Reserved

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

Website: [www.nuansafajarcemerlang.com](http://www.nuansafajarcemerlang.com)

Instagram: @bimbel.optimal

## **PRAKATA**

Puji syukur kehadirat Allah Subhanahuwata'ala yang telah memberi nikmat, sehat, sempat sehingga karya kami bisa diselesaikan dengan lancar. Buku SOP Persalinan ini kami dedikasikan khususnya untuk mahasiswa Bidan dan Bidan pada umumnya serta teman sejawat di manapun berada.

Kami mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada seluruh pihak yang telah berkontribusi dalam penulisan buku SOP Persalinan ini dengan penuh semangat dan memiliki satu tujuan. Terimakasih pula kepada pihak Optimal yang telah memfasilitasi dan selalu memotivasi kami dengan sabar untuk selalu berkarya.

Buku SOP Persalinan ini memuat berbagai tindakan SOP asuhan kebidanan persalinan yang biasa dilakukan di lahan praktik maupun di laboratorium dengan harapan dapat menambah ilmu pembelajaran yang dapat bermanfaat dan dipraktikkan serta menjadi rujukan yang lebih luas untuk keterampilan klinik.

Akhir kata, saran dan kritik yang membangun kami butuhkan sebagai bahan masukan bagi penulis untuk menulis buku yang lebih baik lagi.

Penulis

## **DAFTAR ISI**

<b>PRAKATA .....</b>	<b>iii</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>iv</b>
<b>STANDARD OPERATING PROCEDURE MANAJEMEN AKTIF KALA III .....</b>	<b>1</b>
1. Definisi .....	2
2. Tujuan .....	2
3. Keuntungan .....	2
4. Indikasi.....	2
5. Kontraindikasi .....	3
6. Hal-Hal Yang Harus Diperhatikan.....	3
7. Soal Kasus.....	3
8. Pembahasan Soal Kasus.....	4
<b>STANDARD OPERATING PROCEDURE PEMANTAUAN KALA IV</b>	
<b>PERSALINAN .....</b>	<b>12</b>
1. Definisi.....	13
2. Tujuan .....	13
3. Indikasi.....	13
4. Kontraindikasi .....	13
5. Hal Yang Perlu Diperhatikan.....	14
6. Contoh Kasus .....	14
7. Pembahasan Soal Kasus.....	14
<b>STANDARD OPERATING PROCEDURE TINDAKAN AMNIOTOMI DALAM</b>	
<b>PERSALINAN .....</b>	<b>22</b>
1. Definisi.....	23
2. Tujuan .....	23
3. Indikasi.....	23
4. Kontraindikasi .....	23
5. Hal-Hal Yang Harus Diperhatikan.....	23
6. Contoh Kasus .....	24
7. Pembahasan Soal.....	24

<b>STANDARD OPERATING PROCEDURE PADA KETUBAN PECAH DINI .....</b>	<b>32</b>
1. Definisi.....	33
2. Tujuan .....	33
3. Indikasi.....	33
4. Kontraindikasi .....	33
5. Hal-Hal Yang Harus Diperhatikan.....	33
6. Contoh Kasus .....	34
7. Pembahasan .....	34
 <b>STANDARD OPERATING PROCEDURE PENJAHTAN LUCA JALAN LAHIR DERAJAT 1 DAN 2.....</b>	 <b>41</b>
1. Definisi.....	42
2. Tujuan .....	42
3. Indikasi.....	42
4. Kontraindikasi .....	42
5. Hal Yang Perlu Diperhatikan.....	42
6. Contoh Kasus .....	42
7. Pembahasan Soal Kasus.....	43
 <b>STANDARD OPERATING PROCEDURE PEMASANGAN IUD POST PLASENTA .....</b>	 <b>53</b>
1. Definisi.....	54
2. Manfaat dan Kerugian .....	54
3. Indikasi.....	55
4. Efek Samping.....	56
5. Efektifitas.....	57
6. Contoh Kasus .....	57
7. Pembahasan Soal.....	58
 <b>BIODATA PENULIS .....</b>	 <b>67</b>



# **STANDARD OPERATING PROCEDURE**

## **MANAJEMEN AKTIF KALA III**

**Fitria Prabandari, SSiT., M.Keb.**



***STANDARD OPERATING PROCEDURE***  
***MANAJEMEN AKTIF KALA III PERSALINAN***

Fitria Prabandari, SSiT.,M.Keb.

**1. Definisi**

Kala III persalinan adalah tahap ketiga persalinan yang berlangsung sejak bayi lahir sampai plasenta lahir. Manajemen Aktif Kala III (MAK III) adalah prosedur tetap pada asuhan persalinan normal yang dilakukan saat memasuki tahap ketiga persalinan yang berlangsung sejak bayi lahir hingga plasenta lahir (Depkes RI, 2017; Yulizawati et al., 2019).

**2. Tujuan**

Tujuan manajemen aktif kala III adalah untuk menghasilkan kontraksi uterus yang lebih efektif sehingga dapat mempersingkat waktu, mencegah perdarahan dan mengurangi kehilangan darah kala III persalinan jika dibandingkan dengan penatalaksanaan fisiologis. Penatalaksanaan Manajemen Aktif Kala III dapat mencegah terjadinya kasus perdarahan pasca persalinan yang disebabkan oleh atonia uteri dan retensi plasenta (Yulizawati et al., 2019).

**3. Keuntungan**

- a. Persalinan pada kala III menjadi lebih singkat
- b. Meminimalisir jumlah kehilangan darah
- c. Mengurangi risiko kejadian retensi plasenta (Yulizawati et al., 2019)

**4. Indikasi**

Manajemen Aktif Kala III dilakukan dalam beberapa kondisi yaitu:

- a. Bayi telah lahir
  - b. Tidak ada janin kedua
  - c. Sebagai percepatan kala III persalinan
- (Prabandari et al., 2023; Yulizawati et al., 2019).

## **5. Kontraindikasi**

Manajemen Aktif Kala III tidak boleh dilakukan dalam kondisi:

- a. Terjadi perlekatan plasenta
- b. Tali pusat terputus

(Prabandari et al., 2023; Yulizawati et al., 2019)

## **6. Hal-Hal Yang Harus Diperhatikan**

Hal yang harus diperhatikan saat tindakan Manajemen Aktif Kala III adalah:

- a. Sebelum menyuntikkan oksitosin 10 IU harus dipastikan terlebih dahulu untuk memastikan janin tunggal atau sudah tidak ada janin lagi di uterus, karena apabila masih ada janin hal ini dapat meningkatkan kontraksi dan menyebabkan janin yang belum lahir menjadi fetal distress (Buckley et al., 2023; Depkes RI, 2017; Espada-Trespalacios et al., 2021).
- b. Saat melakukan penegangan tali pusat terkendali tidak boleh menarik tali pusat karena hal ini dapat menyebabkan tali pusat terputus dari pangkalnya dan akan menyulitkan penolong untuk melakukan MAK III, jika hal ini terjadi maka harus dilakukan manual plasenta (Favilli et al., 2021; Ho et al., 2022; Perlman & Carusi, 2019).
- c. Saat memeriksa kelengkapan plasenta pastikan tidak ada bagian plasenta yang tertinggal di dinding uterus, karena jika masih ada bagian plasenta yang tertinggal maka pembuluh darah pada dinding uteri masih terbuka dan dapat menyebabkan perdarahan (Güngörđük et al., 2018; Stjernholm et al., 2021).
- d. Melakukan masase uteri saat plasenta telah lahir sangat penting dilakukan dengan tepat karena hal ini sangat berpengaruh terhadap kontraksi uterus untuk mengurangi risiko terjadinya atonia uteri (Güngörđük et al., 2018)

## **7. Soal Kasus**

Seorang perempuan G2 P1 A0 baru saja melahirkan bayinya, plasenta belum lahir, TTV dalam batas normal, pengeluaran pervaginam dalam batas normal, ibu merasa ingin meneran. Bidan memastikan janin tunggal hasilnya janin tunggal. Apakah tindakan selanjutnya yang harus dilakukan Bidan?

- a. Mengecek perdarahan pervaginam
- b. Menegangkan tali pusat
- c. Menyuntikkan oksitosin
- d. Mengeluarkan plasenta
- e. Masase uteri

#### **8. Pembahasan Soal Kasus**

Segara setelah bayi lahir seluruhnya maka Bidan mememastikan janin tunggal dengan tujuan apabila dilakukan injeksi oksitosin tanpa memastikan janin tunggal terlebih dahulu akan meningkatkan kontraksi sehingga dapat membahayakan ibu dan janinnya. Apabila sudah dipastikan janin tunggal dan hasilnya tidak ada janin yang kedua maka tindakan selanjutnya adalah injeksi oksitosin dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir.

Jawaban : B. Menyuntikkan oksitosin

A. Peralatan	1. Sarung tangan 2. Klem tali pusat 2 buah 3. Gunting tali pusat 4. Pengikat tali pusat 5. Obat uterotonik/ oksitosin 10 IU 6. APD 7. Kain	
B. Prosedur	<p><b>A SIKAP DAN PERILAKU</b></p> <p>1 Menyambut ibu dengan ramah 2 Memperkenalkan diri pada ibu 3 Menjaga privacy ibu 5 Menjelaskan maksud dan tujuan tindakan</p> <p><b>B TINDAKAN INTI</b></p> <p>1 Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (janin kedua)</p> <p>2 Memberitahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik</p> <p>3 Menyuntik oksitosin 10 unit IM (intramuskuler) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin) dalam 1 menit</p> <p>4 Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva</p>	<p><b>GAMBAR</b></p>    

	5	Meletakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis untuk mendeteksi, tangan lain menegangkan tali pusat	
	6	Melakukan peregangan tali pusat terkendali pada saat uterus berkontraksi dan jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu	
	7	<p>Melahirkan plasenta</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat:</li> <li>- Beri dosis ulangan oksitosin 10 unit IM</li> <li>- Lakukan kateterisasi (aseptic) jika kandungan kemih penuh</li> <li>- Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan</li> <li>- Ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya</li> </ul> <p>Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan</p>	

	segera lakukan plasenta manual	
8	Melakukan Massase Uterus Lakukan tindakan yang di perlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15detik di massase	
9	Memeriksa kelengkapan plasenta	<p><b>Sisi maternal</b></p>   <p><b>Sisi fetal</b></p> 

		 <p><b>Evaluasi selaput ketuban</b></p> 
10	<p>Mengevaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum dan melakukan penjahitan bila laserasi menimbulkan perdarahan</p> <p><i>Bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif, segera lakukan penjahitan</i></p>	
<b>C TEKNIK</b>		
1 Melaksanakan tindakan secara sistematis		
2 Melaksanakan tindakan dengan percaya diri dan tidak ragu-ragu		
3 Menggunakan bahasa yang mudah dimengerti		
4 Menunjukkan rasa empati terhadap ibu		
5 Menutup pertemuan dengan baik		
6 Mendokumentasikan hasil tindakan dengan metode SOAP		

## Daftar Pustaka

- Buckley, S., Uvnäs-Moberg, K., Pajalic, Z., Luegmair, K., Ekström-Bergström, A., Dencker, A., Massarotti, C., Kotlowska, A., Callaway, L., Morano, S., Olza, I., & Magistretti, C. M. (2023). Maternal and newborn plasma oxytocin levels in response to maternal synthetic oxytocin administration during labour, birth and postpartum – a systematic review with implications for the function of the oxytocinergic system. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 137. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05221-w>
- Depkes RI. (2017). *Asuhan Persalinan Normal*. JNPK-KR.
- Espada-Trespalacios, X., Ojeda, F., Perez-Botella, M., Milà Villarroel, R., Bach Martínez, M., Figuls Soler, H., Anquela Sanz, I., Rodríguez Coll, P., & Escuriet, R. (2021). Oxytocin Administration in Low-Risk Women, a Retrospective Analysis of Birth and Neonatal Outcomes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(8), 4375. <https://doi.org/10.3390/ijerph18084375>
- Favilli, A., Tosto, V., Ceccobelli, M., Parazzini, F., Franchi, M., Bini, V., & Gerli, S. (2021). Risk factors for non-adherent retained placenta after vaginal delivery: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 268. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03721-9>
- Güngörduk, K., Olgaç, Y., Gülseren, V., & Kocaer, M. (2018). Active management of the third stage of labor: A brief overview of key issues. *Journal of Turkish Society of Obstetric and Gynecology*, 15(3), 188–192. <https://doi.org/10.4274/tjod.39049>
- Ho, A., Chappell, L. C., Story, L., Al-Adnani, M., Egloff, A., Routledge, E., Rutherford, M., & Hutter, J. (2022). Visual assessment of the placenta in antenatal magnetic resonance imaging across gestation in normal and compromised pregnancies: Observations from a large cohort study. *Placenta*, 117, 29–38. <https://doi.org/10.1016/j.placenta.2021.10.006>
- Perlman, N. C., & Carusi, D. A. (2019). <p>Retained placenta after vaginal delivery: risk factors and management</p>. *International Journal of Women's Health, Volume 11*, 527–534. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S218933>
- Prabandari, F., Aliah Nur, Wildayani, D., Noviani, N. W., Pasaribu, R. S., Megaputri, P. S., Manik, R., & Noviyani, E. P. (2023). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir S1 Kebidanan* (1st ed.). Mahakarya Citra Utama Group.

Stjernholm, Y. V., Charvalho, P. da S., Bergdahl, O., Vladic, T., & Petersson, M. (2021). Continuous Support Promotes Obstetric Labor Progress and Vaginal Delivery in Primiparous Women – A Randomized Controlled Study. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.582823>

Yulizawati, Insani, A. A., Bustami, L. E. S., & Andriani, F. (2019). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan pada Persalinan* (1st ed.). Indomedia Pustaka.



# **STANDARD OPERATING PROCEDURE**

## **PEMANTAUAN KALA IV PERSALINAN**

**Ari Tri Rahayu, S.Keb.Bd., M.A.Ed**



***STANDARD OPERATING PROCEDURE***  
**PEMERIKSAAN KALA IV PERSALINAN**

Ari Tri Rahayu, S.Keb.Bd., M.A.Ed

**1. Definisi**

Kala IV adalah kala pengawasan selama 1 jam setelah bayi dan uru lahir untuk mengamati keadaan ibu, terutama terhadap bahaya perdarahan post partum. Lamanya persalinan pada primi dan multi dilihat pada kotak diatas. (Rustam Mochtar, 2011)

Dua jam setelah persalinan merupakan saat yang paling kritis bagi pasien dan bayinya. Tubuh pasien melakukan adaptasi yang luar biasa setelah kelahiran bayinya agar kondisi tubuh kembali stabil, sedangkan bayi melakukan adaptasi terhadap perubahan lingkungan hidupnya di luar uterus. Kematian ibu terbanyak terjadi pada kala ini, oleh karena itu bidan tidak boleh meninggalkan pasien dan bayi sendirian (Sulistyawati dkk, 2013 : 177)

**2. Tujuan**

Pemantauan selama kala IV dilakukan pemantauan secara menyeluruh. Pemantauan dilakukan pada tekanan darah, suhu dan tanda vital lainnya; tonus uterus dan kontraksi; tinggi fundus uteri; kandung kemih; serta pendarahan pervaginam. Pelaksanaan pemantauan dilakukan setiap 15 menit pada satu jam pertama pascapersalinan dan dilanjutkan dengan setiap 30 menit setelah jam kedua pascapersalinan.

**3. Indikasi**

- Pemantauan kondisi ibu pasca salin terutama terhadap bahaya perdarahan post partum
- Pemantauan kondisi janin

**4. Kontraindikasi**

Semua ibu bersalin harus dilakukan pemantauan persalinan kala IV

## **5. Hal Yang Perlu Diperhatikan**

Bila ditemukan robekan jalan lahir maka perlu dilakukan Pemantauan ibu setelah melahirkan dilanjutkan hingga 2 jam postpartum yang terdiri dari pemeriksaan tekanan darah, nadi, suhu, perdarahan pervaginam, dan kontraksi uterus. Termasuk juga tanda depresi postpartum.

## **6. Contoh Kasus**

Seorang perempuan, umur 31 tahun, P2A0, melahirkan 15 menit yang lalu di PMB Riwayat persalinan: bayi lahir spontan, menangis kuat, gerakan aktif, plasenta lahir lengkap. Plasenta lahir spontan, dan lengkap. Hasil pemeriksaan: KU baik, TFU 1 jari di bawah pusat, kontraksi uterus agak lemah, kandung kemih kosong, peradaran ± 200 ml. Apakah tindakan selanjutnya yang paling tepat pada kasus tersebut?

- A. Menilai perdarahan
- B. Melakukan massase uterus
- C. Memberikan oksitosin kedua
- D. Observasi Tanda-tanda vital
- E. Melakukan rangsangan puting susu

## **7. Pembahasan Soal Kasus**

Pengawasan setelah melahirkan adalah penting untuk mencegah terjadinya komplikasi pasca salin. Komplikasi yang paling sering terjadi adalah perdarahan postpartum, yaitu jumlah perdarahan pervaginam setelah bayi lahir lebih dari 500 cc atau dapat mempengaruhi hemodinamik pasien. Penyebab perdarahan postpartum terdiri dari 4T, yaitu tone (atonia uteri), tissue (sisa jaringan plasenta), trauma (ruptur uteri, serviks, atau vagina), dan thrombin (gangguan faktor koagulopati). Salah satu tindakan untuk mencegah perdarahan adalah meningkatkan kontraksi uterus yaitu dengan melakukan masase uterus.

Jawaban : B. Melakukan massase uterus

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
<b>Planning (P) : Perencanaan</b>	
<b>Fase Orientasi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>PERSIAPAN ALAT</b> (* = wajib ada) <ul style="list-style-type: none"> <li>Tensimeter*</li> <li>Termometer*</li> <li>Jam yang ada detikannya*</li> <li>Bengkok*</li> <li>Handscoen*</li> <li>Lembar partografi</li> <li>Pena</li> <li>Fetoskope</li> <li>APD (handscoen, celemek, sepatu boot, masker, topi / nurse cap, kacamata google)</li> </ul> </li> </ol>	
<b>PERSIAPAN KLIEN</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Ucapkan salam, perkenalkan diri dan cek identitas klien</li> <li>Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan</li> <li>Tinggikan tempat tidur (agar posisi kerja nyaman, mencegah cedera)</li> </ol>	
<b>PERSIAPAN LINGKUNGAN</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Jaga privasi klien (tutup tirai)</li> <li>Atau turunkan penghalang tempat tidur</li> </ol>	
<b>Implementation (I) : Implementasi</b> <b>Fase Kerja</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Petugas memakai handscoen dan membersihkan pasien dengan waslap serta memakaikan pakaian pasien</li> <li>Melakukan pemeriksaan tinggi fundus uteri pasien dan lakukan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan Pervaginam <ul style="list-style-type: none"> <li>Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan</li> </ul> </li> </ol>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Setiap 30 menit pada jam kedua pasca persalinan</li> </ul> <p>9. Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, lakukan asuhan sesuai untuk penatalaksanaan atonia</p> <p>10. Mengajarkan pada ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi</p> <p>11. Melakukan pemeriksaan kandung kemih selalu dalam keadaan kosong setiap 15 menit sekali dalam satu jam pertama pascapersalinan dan setiap 30 menit dalam satu jam kedua</p>	<p>Topangan pada uterus bawah selama masase mencegah peregangan ligamen kardinale. Untuk melakukan masase uterus yang benar, remas uterus bawah pada abdomen tepat di atas simfisis dan tahan ditempat dengan satu tangan, sementara tangan lain melakukan masase fundus. Masase fundus yang efektif mencakup lebih dari lekuk anterior fundus. Seluruh fundus anterior, lateral, dan posterior harus tercapai oleh tangan seluruhnya. Prosedur ini dilakukan secara cepat dengan sentuhan yang tegas dan lembut. Sewaktu bidan memulai prosedur ini, jangan lupa jelaskan kepada pasien bahwa mungkin akan sangat menyakitkan namun dengan penjelasan yang detail mengenai apa tujuan tindakna ini, pasien biasanya akan paham dan kooperatif (Sulistyawati dkk, 2013 : 182)</p>  <p>Pemeriksaan kandung kemih penting untuk dilakukan untuk mencegah beberapa penyakit akibat penuhnya kandung kemih (Sulistyawati dkk, 2013: 182), seperti :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kandung kemih yang penuh akan menyebabkan atonia uterus dan</li> </ol>
--	---

	<p>menyebabkan perubahan posisi uterus.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>b. Urine yang terlalu lama berada dalam kandung kemih akan berpotensi menyebabkan infeksi saluran kemih.</li> <li>c. Secara psikologis akan menyebabkan kekhawatiran yang berpengaruh terhadap penerimaan pasien berkaitan dengan perubahan perannya.</li> </ul>
12. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah dengan memeriksa perineum dan vagina	
13. Memeriksa tekanan darah dan nadi setiap 15 menit dan pada 1 jam kedua lakukan setiap 30 menit	
14. Melakukan pemantauan respirasi dan suhu dilakukan setiap jam selama 2	

jam pertama pasca persalinan (Sulistyawati dkk, 2013 : 180).



15. Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal

Pemantauan tekanan darah ibu pascapersalinan digunakan untuk memastikan bahwa ibu tidak mengalami syok akibat mengeluarkan banyak darah. Adapun gejala syok yang diperhatikan antara lain nadi cepat, lemah (110 kali/menit atau lebih), teanan darah rendah (sistolik kurang dari 90 mmHg), pucat, berkeringat atau dingin, kulit lembab, nafas cepat (lebih dari 30 kali/menit), cemas, kesadaran menurun atau tidak sadar serta produksi urine sedikit sehingga produksi urine menjadi pekat dan suhu tinggi perlu diwaspadai juga kemungkinan terjadinya infeksi dan perlu penanganan lebih lanjut (Walyani dkk. 2016 : 115)



### Fase Terminasi

16. Beri *reinforcement positif*

## 17. Rapikan alat

18. Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% balikkan bagian dalam ke luar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit

19. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir

20. Lengkapi Dokumentasi Partografi, Rekam medik dan register



CATATAN PERBAKARAN		24. Perbaikan bahan bakar
1.	Tanggal 27 April 2016 beratnya 40 kg/diketahui harga 2.150	(1) Total bahan
2.	Bahan bakar Pertamax Pertalite Gasoline	25. Perbaikan pengembang (1) Total bahan bakar + 10% diketahui harga bahan bakar
3.	Antara pengembang dan STK. Diketahui	26. Perbaikan pengembang (2) Perbaikan bahan bakar
4.	Alat-alat Alat-alat yang dibutuhkan	27. Perbaikan mesin kompresor (1) Total bahan bakar
5.	Alat-alat yang dibutuhkan	28. Perbaikan kompresor (2) Total bahan bakar
6.	Alat-alat yang dibutuhkan	29. Perbaikan kompresor (3) Total bahan bakar
7.	Alat-alat yang dibutuhkan	30. Perbaikan kompresor (4) Total bahan bakar
8.	Alat-alat yang dibutuhkan	31. Perbaikan kompresor (5) Total bahan bakar
9.	Alat-alat yang dibutuhkan	32. Perbaikan kompresor (6) Total bahan bakar
10.	Alat-alat yang dibutuhkan	33. Perbaikan kompresor (7) Total bahan bakar
11.	Perbaikan kompresor (1)	34. Bahan bakar
12.	Perbaikan kompresor (2)	35. Petrol
13.	Perbaikan kompresor (3)	36. Gasoline
14.	Perbaikan kompresor (4)	37. Pertalite
15.	Perbaikan kompresor (5)	38. Kerosene
16.	Perbaikan kompresor (6)	39. Diesel
17.	Perbaikan kompresor (7)	40. Kerosene
18.	Perbaikan kompresor (8)	41. Gasoline
19.	Perbaikan kompresor (9)	42. Pertalite
20.	Perbaikan kompresor (10)	43. Kerosene
21.	Perbaikan kompresor (11)	44. Gasoline
22.	Perbaikan kompresor (12)	45. Pertalite
23.	Perbaikan kompresor (13)	46. Kerosene
24.	Perbaikan kompresor (14)	47. Gasoline
25.	Perbaikan kompresor (15)	48. Pertalite
26.	Perbaikan kompresor (16)	49. Kerosene
27.	Perbaikan kompresor (17)	50. Gasoline
28.	Perbaikan kompresor (18)	51. Pertalite
29.	Perbaikan kompresor (19)	52. Kerosene
30.	Perbaikan kompresor (20)	53. Gasoline
31.	Perbaikan kompresor (21)	54. Pertalite
32.	Perbaikan kompresor (22)	55. Kerosene
33.	Perbaikan kompresor (23)	56. Gasoline
34.	Perbaikan kompresor (24)	57. Pertalite
35.	Perbaikan kompresor (25)	58. Kerosene
36.	Perbaikan kompresor (26)	59. Gasoline
37.	Perbaikan kompresor (27)	60. Pertalite
38.	Perbaikan kompresor (28)	61. Kerosene
39.	Perbaikan kompresor (29)	62. Gasoline
40.	Perbaikan kompresor (30)	63. Pertalite
41.	Perbaikan kompresor (31)	64. Kerosene
42.	Perbaikan kompresor (32)	65. Gasoline
43.	Perbaikan kompresor (33)	66. Pertalite
44.	Perbaikan kompresor (34)	67. Kerosene
45.	Perbaikan kompresor (35)	68. Gasoline
46.	Perbaikan kompresor (36)	69. Pertalite
47.	Perbaikan kompresor (37)	70. Kerosene
48.	Perbaikan kompresor (38)	71. Gasoline
49.	Perbaikan kompresor (39)	72. Pertalite
50.	Perbaikan kompresor (40)	73. Kerosene
51.	Perbaikan kompresor (41)	74. Gasoline
52.	Perbaikan kompresor (42)	75. Pertalite
53.	Perbaikan kompresor (43)	76. Kerosene
54.	Perbaikan kompresor (44)	77. Gasoline
55.	Perbaikan kompresor (45)	78. Pertalite
56.	Perbaikan kompresor (46)	79. Kerosene
57.	Perbaikan kompresor (47)	80. Gasoline
58.	Perbaikan kompresor (48)	81. Pertalite
59.	Perbaikan kompresor (49)	82. Kerosene
60.	Perbaikan kompresor (50)	83. Gasoline
61.	Perbaikan kompresor (51)	84. Pertalite
62.	Perbaikan kompresor (52)	85. Kerosene
63.	Perbaikan kompresor (53)	86. Gasoline
64.	Perbaikan kompresor (54)	87. Pertalite
65.	Perbaikan kompresor (55)	88. Kerosene
66.	Perbaikan kompresor (56)	89. Gasoline
67.	Perbaikan kompresor (57)	90. Pertalite
68.	Perbaikan kompresor (58)	91. Kerosene
69.	Perbaikan kompresor (59)	92. Gasoline
70.	Perbaikan kompresor (60)	93. Pertalite
71.	Perbaikan kompresor (61)	94. Kerosene
72.	Perbaikan kompresor (62)	95. Gasoline
73.	Perbaikan kompresor (63)	96. Pertalite
74.	Perbaikan kompresor (64)	97. Kerosene
75.	Perbaikan kompresor (65)	98. Gasoline
76.	Perbaikan kompresor (66)	99. Pertalite
77.	Perbaikan kompresor (67)	100. Kerosene
78.	Perbaikan kompresor (68)	101. Gasoline
79.	Perbaikan kompresor (69)	102. Pertalite
80.	Perbaikan kompresor (70)	103. Kerosene
81.	Perbaikan kompresor (71)	104. Gasoline
82.	Perbaikan kompresor (72)	105. Pertalite
83.	Perbaikan kompresor (73)	106. Kerosene
84.	Perbaikan kompresor (74)	107. Gasoline
85.	Perbaikan kompresor (75)	108. Pertalite
86.	Perbaikan kompresor (76)	109. Kerosene
87.	Perbaikan kompresor (77)	110. Gasoline
88.	Perbaikan kompresor (78)	111. Pertalite
89.	Perbaikan kompresor (79)	112. Kerosene
90.	Perbaikan kompresor (80)	113. Gasoline
91.	Perbaikan kompresor (81)	114. Pertalite
92.	Perbaikan kompresor (82)	115. Kerosene
93.	Perbaikan kompresor (83)	116. Gasoline
94.	Perbaikan kompresor (84)	117. Pertalite
95.	Perbaikan kompresor (85)	118. Kerosene
96.	Perbaikan kompresor (86)	119. Gasoline
97.	Perbaikan kompresor (87)	120. Pertalite
98.	Perbaikan kompresor (88)	121. Kerosene
99.	Perbaikan kompresor (89)	122. Gasoline
100.	Perbaikan kompresor (90)	123. Pertalite
101.	Perbaikan kompresor (91)	124. Kerosene
102.	Perbaikan kompresor (92)	125. Gasoline
103.	Perbaikan kompresor (93)	126. Pertalite
104.	Perbaikan kompresor (94)	127. Kerosene
105.	Perbaikan kompresor (95)	128. Gasoline
106.	Perbaikan kompresor (96)	129. Pertalite
107.	Perbaikan kompresor (97)	130. Kerosene
108.	Perbaikan kompresor (98)	131. Gasoline
109.	Perbaikan kompresor (99)	132. Pertalite
110.	Perbaikan kompresor (100)	133. Kerosene
111.	Perbaikan kompresor (101)	134. Gasoline
112.	Perbaikan kompresor (102)	135. Pertalite
113.	Perbaikan kompresor (103)	136. Kerosene
114.	Perbaikan kompresor (104)	137. Gasoline
115.	Perbaikan kompresor (105)	138. Pertalite
116.	Perbaikan kompresor (106)	139. Kerosene
117.	Perbaikan kompresor (107)	140. Gasoline
118.	Perbaikan kompresor (108)	141. Pertalite
119.	Perbaikan kompresor (109)	142. Kerosene
120.	Perbaikan kompresor (110)	143. Gasoline
121.	Perbaikan kompresor (111)	144. Pertalite
122.	Perbaikan kompresor (112)	145. Kerosene
123.	Perbaikan kompresor (113)	146. Gasoline
124.	Perbaikan kompresor (114)	147. Pertalite
125.	Perbaikan kompresor (115)	148. Kerosene
126.	Perbaikan kompresor (116)	149. Gasoline
127.	Perbaikan kompresor (117)	150. Pertalite
128.	Perbaikan kompresor (118)	151. Kerosene
129.	Perbaikan kompresor (119)	152. Gasoline
130.	Perbaikan kompresor (120)	153. Pertalite
131.	Perbaikan kompresor (121)	154. Kerosene
132.	Perbaikan kompresor (122)	155. Gasoline
133.	Perbaikan kompresor (123)	156. Pertalite
134.	Perbaikan kompresor (124)	157. Kerosene
135.	Perbaikan kompresor (125)	158. Gasoline
136.	Perbaikan kompresor (126)	159. Pertalite
137.	Perbaikan kompresor (127)	160. Kerosene
138.	Perbaikan kompresor (128)	161. Gasoline
139.	Perbaikan kompresor (129)	162. Pertalite
140.	Perbaikan kompresor (130)	163. Kerosene
141.	Perbaikan kompresor (131)	164. Gasoline
142.	Perbaikan kompresor (132)	165. Pertalite
143.	Perbaikan kompresor (133)	166. Kerosene
144.	Perbaikan kompresor (134)	167. Gasoline
145.	Perbaikan kompresor (135)	168. Pertalite
146.	Perbaikan kompresor (136)	169. Kerosene
147.	Perbaikan kompresor (137)	170. Gasoline
148.	Perbaikan kompresor (138)	171. Pertalite
149.	Perbaikan kompresor (139)	172. Kerosene
150.	Perbaikan kompresor (140)	173. Gasoline
151.	Perbaikan kompresor (141)	174. Pertalite
152.	Perbaikan kompresor (142)	175. Kerosene
153.	Perbaikan kompresor (143)	176. Gasoline
154.	Perbaikan kompresor (144)	177. Pertalite
155.	Perbaikan kompresor (145)	178. Kerosene
156.	Perbaikan kompresor (146)	179. Gasoline
157.	Perbaikan kompresor (147)	180. Pertalite
158.	Perbaikan kompresor (148)	181. Kerosene
159.	Perbaikan kompresor (149)	182. Gasoline
160.	Perbaikan kompresor (150)	183. Pertalite
161.	Perbaikan kompresor (151)	184. Kerosene
162.	Perbaikan kompresor (152)	185. Gasoline
163.	Perbaikan kompresor (153)	186. Pertalite
164.	Perbaikan kompresor (154)	187. Kerosene
165.	Perbaikan kompresor (155)	188. Gasoline
166.	Perbaikan kompresor (156)	189. Pertalite
167.	Perbaikan kompresor (157)	190. Kerosene
168.	Perbaikan kompresor (158)	191. Gasoline
169.	Perbaikan kompresor (159)	192. Pertalite
170.	Perbaikan kompresor (160)	193. Kerosene
171.	Perbaikan kompresor (161)	194. Gasoline
172.	Perbaikan kompresor (162)	195. Pertalite
173.	Perbaikan kompresor (163)	196. Kerosene
174.	Perbaikan kompresor (164)	197. Gasoline
175.	Perbaikan kompresor (165)	198. Pertalite
176.	Perbaikan kompresor (166)	199. Kerosene
177.	Perbaikan kompresor (167)	200. Gasoline
178.	Perbaikan kompresor (168)	201. Pertalite
179.	Perbaikan kompresor (169)	202. Kerosene
180.	Perbaikan kompresor (170)	203. Gasoline
181.	Perbaikan kompresor (171)	204. Pertalite
182.	Perbaikan kompresor (172)	205. Kerosene
183.	Perbaikan kompresor (173)	206. Gasoline
184.	Perbaikan kompresor (174)	207. Pertalite
185.	Perbaikan kompresor (175)	208. Kerosene
186.	Perbaikan kompresor (176)	209. Gasoline
187.	Perbaikan kompresor (177)	210. Pertalite
188.	Perbaikan kompresor (178)	211. Kerosene
189.	Perbaikan kompresor (179)	212. Gasoline
190.	Perbaikan kompresor (180)	213. Pertalite
191.	Perbaikan kompresor (181)	214. Kerosene
192.	Perbaikan kompresor (182)	215. Gasoline
193.	Perbaikan kompresor (183)	216. Pertalite
194.	Perbaikan kompresor (184)	217. Kerosene
195.	Perbaikan kompresor (185)	218. Gasoline
196.	Perbaikan kompresor (186)	219. Pertalite
197.	Perbaikan kompresor (187)	220. Kerosene
198.	Perbaikan kompresor (188)	221. Gasoline
199.	Perbaikan kompresor (189)	222. Pertalite
200.	Perbaikan kompresor (190)	223. Kerosene
201.	Perbaikan kompresor (191)	224. Gasoline
202.	Perbaikan kompresor (192)	225. Pertalite
203.	Perbaikan kompresor (193)	226. Kerosene
204.	Perbaikan kompresor (194)	227. Gasoline
205.	Perbaikan kompresor (195)	228. Pertalite
206.	Perbaikan kompresor (196)	229. Kerosene
207.	Perbaikan kompresor (197)	230. Gasoline
208.	Perbaikan kompresor (198)	231. Pertalite
209.	Perbaikan kompresor (199)	232. Kerosene
210.	Perbaikan kompresor (200)	233. Gasoline
211.	Perbaikan kompresor (201)	234. Pertalite
212.	Perbaikan kompresor (202)	235. Kerosene
213.	Perbaikan kompresor (203)	236. Gasoline
214.	Perbaikan kompresor (204)	237. Pertalite
215.	Perbaikan kompresor (205)	238. Kerosene
216.	Perbaikan kompresor (206)	239. Gasoline
217.	Perbaikan kompresor (207)	240. Pertalite
218.	Perbaikan kompresor (208)	241. Kerosene
219.	Perbaikan kompresor (209)	242. Gasoline
220.	Perbaikan kompresor (210)	243. Pertalite
221.	Perbaikan kompresor (211)	244. Kerosene
222.	Perbaikan kompresor (212)	245. Gasoline
223.	Perbaikan kompresor (213)	246. Pertalite
224.	Perbaikan kompresor (214)	247. Kerosene
225.	Perbaikan kompresor (215)	248. Gasoline
226.	Perbaikan kompresor (216)	249. Pertalite
227.	Perbaikan kompresor (217)	250. Kerosene
228.	Perbaikan kompresor (218)	251. Gasoline
229.	Perbaikan kompresor (219)	252. Pertalite
230.	Perbaikan kompresor (220)	253. Kerosene
231.	Perbaikan kompresor (221)	254. Gasoline
232.	Perbaikan kompresor (222)	255. Pertalite
233.	Perbaikan kompresor (223)	256. Kerosene
234.	Perbaikan kompresor (224)	257. Gasoline
235.	Perbaikan kompresor (225)	258. Pertalite
236.	Perbaikan kompresor (226)	259. Kerosene
237.	Perbaikan kompresor (227)	260. Gasoline
238.	Perbaikan kompresor (228)	261. Pertalite
239.	Perbaikan kompresor (229)	262. Kerosene
240.	Perbaikan kompresor (230)	263. Gasoline
241.	Perbaikan kompresor (231)	264. Pertalite
242.	Perbaikan kompresor (232)	265. Kerosene
243.	Perbaikan kompresor (233)	266. Gasoline
244.	Perbaikan kompresor (234)	267. Pertalite
245.	Perbaikan kompresor (235)	268. Kerosene
246.	Perbaikan kompresor (236)	269. Gasoline
247.	Perbaikan kompresor (237)	270. Pertalite
248.	Perbaikan kompresor (238)	271. Kerosene
249.	Perbaikan kompresor (239)	272. Gasoline
250.	Perbaikan kompresor (240)	273. Pertalite
251.	Perbaikan kompresor (241)	274. Kerosene
252.	Perbaikan kompresor (242)	275. Gasoline
253.	Perbaikan kompresor (243)	276. Pertalite
254.	Perbaikan kompresor (244)	277. Kerosene
255.	Perbaikan kompresor (245)	278. Gasoline
256.	Perbaikan kompresor (246)	279. Pertalite
257.	Perbaikan kompresor (247)	280. Kerosene
258.	Perbaikan kompresor (248)	281. Gasoline
259.	Perbaikan kompresor (249)	282. Pertalite
260.	Perbaikan kompresor (250)	283. Kerosene
261.	Perbaikan kompresor (251)	284. Gasoline
262.	Perbaikan kompresor (252)	285. Pertalite
263.	Perbaikan kompresor (253)	286. Kerosene
264.	Perbaikan kompresor (254)	287. Gasoline
265.	Perbaikan kompresor (255)	288. Pertalite
266.	Perbaikan kompresor (256)	289. Kerosene
267.	Perbaikan kompresor (257)	290. Gasoline
268.	Perbaikan kompresor (258)	291. Pertalite
269.	Perbaikan kompresor (259)	292. Kerosene
270.	Perbaikan kompresor (260)	293. Gasoline
271.	Perbaikan kompresor (261)	294. Pertalite
272.	Perbaikan kompresor (262)	295. Kerosene
273.	Perbaikan kompresor (263)	296. Gasoline
274.	Perbaikan kompresor (264)	297. Pertalite
275.	Perbaikan kompresor (265)	298. Kerosene
276.	Perbaikan kompresor (266)	299. Gasoline
277.	Perbaikan kompresor (267)	300. Pertalite
278.	Perbaikan kompresor (268)	301. Kerosene
279.	Perbaikan kompresor (269)	302. Gasoline
280.	Perbaikan kompresor (270)	303. Pertalite
281.	Perbaikan kompresor (271)	304. Kerosene
282.	Perbaikan kompresor (272)	305. Gasoline
283.	Perbaikan kompresor (273)	306. Pertalite
284.	Perbaikan kompresor (274)	307. Kerosene
285.	Perbaikan kompresor (275)	308. Gasoline
286.	Perbaikan kompresor (276)	309. Pertalite
287.	Perbaikan kompresor (277)	310. Kerosene
288.	Perbaikan kompresor (278)	311. Gasoline
289.	Perbaikan kompresor (279)	312. Pertalite
290.	Perbaikan kompresor (280)	313. Kerosene
291.	Perbaikan kompresor (281)	314. Gasoline
292.	Perbaikan kompresor (282)	315. Pertalite
293.	Perbaikan kompresor (283)	316. Kerosene
294.	Perbaikan kompresor (284)	317. Gasoline
295.	Perbaikan kompresor (285)	318. Pertalite
296.	Perbaikan kompresor (286)	319. Kerosene
297.	Perbaikan kompresor (287)	320. Gasoline
298.	Perbaikan kompresor (288)	321. Pertalite
299.	Perbaikan kompresor (289)	322. Kerosene
300.	Perbaikan kompresor (290)	323. Gasoline
301.	Perbaikan kompresor (291)	324. Pertalite
302.	Perbaikan kompresor (292)	325. Kerosene
303.	Perbaikan kompresor (293)	326. Gasoline
304.	Perbaikan kompresor (294)	327. Pertalite
305.	Perbaikan kompresor (295)	328. Kerosene
306.	Perbaikan kompresor (296)	329. Gasoline
307.	Perbaikan kompresor (297)	330. Pertalite
308.	Perbaikan kompresor (298)	331. Kerosene
309.	Perbaikan kompresor (299)	332. Gasoline
310.	Perbaikan kompresor (300)	333. Pertalite
311.	Perbaikan kompresor (301)	334. Kerosene
312.	Perbaikan kompresor (302)	335. Gasoline
313.	Perbaikan kompresor (303)	336. Pertalite
314.	Perbaikan kompresor	

PERWAKILAN DAN TEGANGAN KALIAH									
Angka	Waktu	Tegangan 1100V	Hadir	Tegang- an 1100V	Tegang- an 2200V	Rantau 1100V	Rantau 2200V	Kondisi serupa	Persentase
1	10.36	1100	100	45	2200	100	100	Normal	100%
2	10.45	1100	100	45	2200	100	100	Normal	100%
3	10.45	1100	100	45	2200	100	100	Normal	100%
4	10.45	1100	100	45	2200	100	100	Normal	100%
5	10.45	1100	100	45	2200	100	100	Normal	100%
6	10.45	1100	100	45	2200	100	100	Normal	100%
7	10.45	1100	100	45	2200	100	100	Normal	100%
8	10.45	1100	100	45	2200	100	100	Normal	100%

<b>Evaluation (E) : Evaluasi</b>	
24. Evaluasi klien terhadap keadaan umum 25. Evaluasi perdarahan 26. Evaluasi respon klien terhadap tindakan 27. Dokumentasi tindakan dan hasil tindakan	
<b>Sikap</b>	
28. Menerapkan <i>hand hygiene</i> sebelum dan sesudah tindakan 29. Melakukan tindakan dengan sistematis 30. Komunikatif dengan pasien 31. Percaya diri	

## **Daftar Pustaka**

- Jaringan Nasional Pelatihan Klinik Kesehatan Reproduksi (JNPK-KR). 2016. *Asuhan Persalinan Normal dan Inisiasi Menyusu Dini*. Jakarta : JNPK-KR, Maternal Neonatal Care, Departemen Kesehatan Republik Indonesia
- Manuaba. 2013. *Ilmu Kebidanan Penyakit Kandung, dan KB*. Edisi 2.Jakarta : EGC
- Mochtar, Rustam.2011.*Sinopsis Obstetri*.Jakarta :EGC
- Myles, 2000.*Text Book for Midwifery*
- Prawirohardjo, S. 2014. *Ilmu Kebidanan*. Edisi 4. Jakarta: P.T Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Prawirohardjo, S. 2018. *Ilmu Kebidanan*. Edisi 5. Jakarta: P.T Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Sarwono Prawirohardjo. 1997.*Ilmu Kebidanan dan Kandungan*
- Sulistyawati, Ari dan Nugraheny, Esti. 2013. *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin*. Jakarta : Salemba Medika
- Varney, H. 2014, *Asuhan Kebidanan*, Ed.4, Vol.2. Jakarta : EGC

# **STANDARD OPERATING PROCEDURE**

## **TINDAKAN AMNIOTOMI DALAM PERSALINAN**

**Bdn. Iceu Mulyati, SST., M.Keb.**



**STANDARD OPERATING PROCEDURE**

**TINDAKAN AMNIOTOMI DALAM PERSALINAN**

Bdn. Iceu Mulyati.SST.,M.Keb

**1. Definisi**

Amniotomi adalah suatu tindakan yang dilakukan saat persalinan dengan membuka selaput ketuban melalui robekan kecil yang nantinya akan melebar secara spontan dan akhirnya seluruh air ketuban keluar dari Rahim ibu.

**2. Tujuan**

Tujuannya adalah dengan melakukan amniotomi diharapkan kontraksi ibu menjadi lebih kuat sehingga serviks dapat terbuka lebar dan bayi dapat segera dilahirkan.

**3. Indikasi**

Amniotomi dilakukan dalam beberapa kondisi yaitu:

- a. Sebagai percepatan persalinan atau induksi persalinan
- b. Pembukaan lengkap dan ketuban masih utuh
- c. Persalinan yang membutuhkan tindakan segera

**4. Kontraindikasi**

Amniotomi tidak boleh dilakukan dalam kondisi:

- a. Bagian terendah dari janin masih tinggi atau belum didasar panggul
- b. Persalinan kurang bulan atau preterm
- c. Ibu mengalami infeksi didaerah vagina
- d. Cairan ketuban yang banyak atau polihidramion
- e. Presentasi janin dengan presentasi muka
- f. Letak janin dalam letak lintang
- g. Kelainan pada plasenta yaitu Plasenta previa dan Vasa previa

**5. Hal-Hal Yang Harus Diperhatikan**

Hal yang harus diperhatikan saat tindakan amniotomi adalah melakukan pemeriksaan Denyut Jantung Janin sebelum dan sesudah tindakan, hal tersebut dilakukan karena fungsi dari cairan amnion adalah melindungi janin,

selain itu waktu pemecahan ketuban juga harus diperhatikan yaitu diantara dua kontraksi hal tersebut dilakukan agar cairan ketuban ketika dipecahkan tidak mengalir terlalu keras yang dapat menyebabkan janin dan bagian janin turun dengan cepat.

## **6. Contoh Kasus**

Seorang perempuan usia 23 tahun G1P0A0 Hamil 38 minggu sedang dalam masa persalinan di TPMB.Ibu mengeluh mules yang semakin kuat, Bidan melakukan pemeriksaan dengan hasil DJJ janin : 140 x/menit regular,kontraksi 5 kali dalam 10 menit lamanya 45 detik,Pembukaan serviks 9 cm,ketuban utuh,bagian terendah kepala,denominator Ubun-ubun kecil depan,penurunan kepala di station +2. Apakah Tindakan yang paling tepat pada kasus tersebut?

- a. Mengajarkan teknik relaksasi
- b. Pemeriksaan Dalam
- c. Pimpin meneran
- d. Episiotomi
- e. Amniotomi

## **7. Pembahasan Soal**

Kata Kunci dari kasus tersebut adalah : Pembukaan 9 cm,ketuban masih utuh dan penurunan kepala di station +2 menunjukkan sudah di dasar panggul.Jawaban yang tepat pada kasus tersebut adalah E,yang mana Amniotomi dilakukan ketika pembukaan di kala 1 fase aktif dengan pembukaan hampir lengkap dan kepala sudah di dasarpanggul,maka tindakan amniotomi adalah tindakan yang paling tepat dari kasus tersebut.

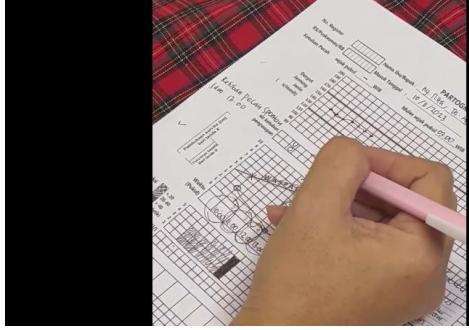
No	ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL DAN GAMBAR
1	<b>SIKAP DAN PERILAKU</b>	<p>a. Jelaskan tindakan yang akan dilakukan dan meminta persetujuan</p> <p>Memastikan bahwa Klien mengetahui tindakan yang akan dilakukan sehingga memberikan persetujuannya</p> 
	b. Menjaga Privacy Pasien	<p>Agar Klien merasa nyaman saat dilakukan tindakan dan pemeriksaan</p> 
2	<b>TINDAKAN INTI</b>	
	<p>Persiapkan alat dan bahan yang diperlukan dan susun secara ergonomis</p> <p>1 set bak instrument steril  <math>\frac{1}{2}</math> kocher      1 pasang sarung tangan DTT/Steril      Kapas Cebok Bengkok</p>	<p>Persiapan alat dilakukan untuk mempermudah saat melakukan tindakan amniotomi</p> 
	a. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan	Klien mengetahui tindakan yang akan dilakukan sehingga klien merasa aman

	dan meminta persetujuan	
	b. Dengarkan denyut jantung Janin	Memastikan bahwa kondisi janin dalam kondisi baik sebelum dilakukan tindakan amniotomi 
	c. Menggunakan APD,Cuci tangan dan pakai sarung tangan DTT	Mengurangi adanya penyebaran mikroorganisme,mecegah terjadinya kontaminasi antara bidan dan klien 
	d. Posisikan Pasien Dorsal Rekumbent	Memudahkan bidan dalam melakukan tindakan

		
	e. Lakukan Pemeriksaan Dalam dengan hati-hati diantara kontraksi	Memastikan bahwa pembukaan dalam kala 1 Fase aktif dengan pembukaan serviks hampir lengkap 
	f. Masukan ½ Kocher kedalam vagina dengan hati-hati	Memastikan bahwa ½ kocher tidak melukai daerah vagina klien 
	g. Lakukan Pemecahan ketuban diantara dua kontraksi	Pemecahan ketuban diantara dua kontraksi mencegah aliran air ketuban dengan cepat sehingga dapat mencegah bagian kecil dari janin ikut turun kejalan lahir

		
	<p>h. Keluarkan <math>\frac{1}{2}</math> Kocher dan simpan di bengkok</p>	<p>Memastikan bagian vagina tidak terlukai oleh ujung dari <math>\frac{1}{2}</math> kocher</p> 
	<p>i. Biarkan Air ketuban Membasahi jari tangan dan nilai warna cairan ketuban (jernih,meconium ,merah ada darah atau tidak ada air ketuban )</p>	<p>Memastikan aliran air ketuban dan memastikan apakah ada bagian kecil janin yang ikut turun serta kondisi dari cairan ketuban (Jumlah dan warna cairan ketuban)</p> 
	<p>j. Bereskan alat dan lakukan dekontaminasi seluruh alat dan bahan</p>	<p>Mencegah terkontaminasi dan penyebaran dari mikrorganisme</p>

		
	k. Cuci kedua tangan , dan keringkan	Mencegah penyebaran dan terkontaminasi dari mikroorganisme 
	i. Periksa ulang DJJ dan masukan hasilnya kedalam partografi	Memastikan kondisi janin setelah tindakan dalam kondisi baik 
	m. Catat dalam partografi waktu pemecahan ketuban dan warna air ketuban	Memastikan keseluruhan tindakan terdokumentasi dengan baik, sehingga jika ada hasil pemeriksaan yang tidak baik dapat ditangani dengan segera

		
	<p>n. Informasikan pemeriksaan hasil dan tindakan</p>	<p>Mengurangi kecemasan klien saat persalinan dan memberikan kenyamanan</p> 

## **Daftar Pustaka**

- Mutmainnah, A. U., SiT, S., Herni Johan, S. E., SKM, M. S., Llyod, S. S., SiT, S., & Mahakam, A. K. M. (2021). *Asuhan persalinan normal dan bayi baru lahir*. Penerbit Andi.
- Nasution, H. W., & Desi, F. (2022). *Asuhan Kebidanan Persalinan Normal untuk Mahasiswa Kebidanan*. Cattleya Darmaya Fortuna.
- Purba Handayani, D., Sitorus, S., Yuliani, M., Haslan, H., Nurmatalita, S., Marlynda, H., ... & Aini, N. F. (2020). Asuhan Kebidanan pada Persalinan.
- Tim Penulis, P. D. IBI Jawa Barat. (2019). *Standar Operasional Prosedur (SOP) Pelayanan Kebidanan*. PT. Islampos Global Media.

# **STANDARD OPERATING PROCEDURE**

## **PADA KETUBAN PECAH DINI**

**Ernita Prima Noviyani, S.ST.,Bdn.,M.Kes.**



**Nuansa  
Fajar  
Cemerlang**

## **STANDARD OPERATING PROCEDURE**

### **KETUBAN PECAH DINI**

Ernita Prima Noviyani, S.ST.,Bdn.,M.Kes

#### **1. Definisi**

Penatalaksanaan Ketuban Pecah Dini adalah tindakan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan untuk menangani kasus KPD. Ketuban Pecah Dini adalah keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan atau dimulainya inpartu.

#### **2. Tujuan**

Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam penerapan penatalaksanaan Ketuban Pecah Dini.

#### **3. Indikasi**

Jika terdapat tanda-tanda ketuban pecah dini yaitu:

- a. Keluarnya cairan ketuban yang merembes melalui vagina
- b. Aroma cairan berbau manis tidak seperti amoniak
- c. Adanya tanda infeksi: demam, bercak darah pervaginam, nyeri perut, DJJ bertambah cepat.

#### **4. Kontraindikasi**

Tindakan invasif tertentu dapat memperparah KPD

#### **5. Hal-Hal Yang Harus Diperhatikan**

- a. Periksa kembali usia kehamilan untuk menentukan tindakan
- b. Pada wanita dengan panjang serviks yang pendek, memiliki riwayat kelahiran prematur yang disebabkan oleh KPD, dan hasil skrining fibronektin janin yang positif merupakan faktor yang dapat memprediksi terjadinya KPD.
- c. Wanita yang pernah mengalami persalinan prematur sebelumnya harus diberitahu bahwa jarak antar kehamilan yang pendek terutama kurang dari enam bulan dapat meningkatkan risiko KPD
- d. Wanita dengan kehamilan tunggal dan riwayat kelahiran prematur harus diberikan suplementasi progesteron dari minggu ke 16-20 hingga

minggu ke 36 untuk menurunkan risiko kelahiran prematur spontan berulang.

## 6. Contoh Kasus

Seorang Perempuan yang berusia 37 tahun G3P2A0 dengan usia kehamilan 32 minggu dating ke PMB mengatakan bahwa 1 jam yang lalu keluar cairan bercampur darah dari kemaluan. Setelah dilakukan pemeriksaan KU: TD 130/80mmHg, RR 22x/menit, HR 60 x/menit, Temperatur 36C, DJJ 156 x/menit, pembukaan 4 cm. Setelah melakukan pemeriksaan, bidan merujuk pasien dengan pemasangan infus. Berdasarkan kasus diatas apakah diagnosa tersebut?

- A. Tanda Persalinan
- B. Tanda-tanda Inpartu
- C. Perdarahan
- D. Ketuban Pecah Dini
- E. Kala I Fase Aktif

JAWABAN : D. Ketuban Pecah Dini

## 7. Pembahasan

Pada kasus di atas mengatakan bahwa sudah keluar air-air bercampur darah dari kemaluan, dan itu termasuk ke dalam ciri-ciri ketuban pecah dini.

Peralatan	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tensimeter</li><li>• Termometer</li><li>• Midline</li><li>• Silocain gel</li><li>• Doppler</li><li>• Kertas laksus</li><li>• Handscoon</li><li>• Underpad</li><li>• Bengkok</li><li>• Selimut</li><li>• Partus Set</li></ul>	
-----------	--	--

Prosedur	A <b>SIKAP DAN PERILAKU</b>	
	1 Menyambut Ibu dan keluarganya dengan ramah	
	2 Menyapa pasien dan keluarganya	
	3 Mempersilahkan ibu naik ke tempat tidur periksa dan komunikatif	
	4 Memperkenalkan diri pada ibu	
	5 Menjaga <i>privacy</i> pasien	

	6	Menjelaskan maksud dan tujuan pemeriksaan	
	7	Melaksanakan <i>inform consent</i>	
	<b>B</b>	<b>TINDAKAN INTI</b>	
	1	Bidan mencuci tangan	
	2	Bidan menggunakan APD (alat pelindung diri)	

	<p>Melakukan anamnesa dari data subjektif pada klien:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Keluhan utama (sejak kapan mulai keluar ketuban, berapa banyak, bagaimana warnanya)</li> <li>Riwayat obstetri yang lalu (apakah ibu pernah mengalami komplikasi kehamilan saat ini atau sebelumnya)</li> <li>Pola kesehatan fungsional (pola nutrisi, pola seksual, pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan, riwayat penyakit sistemik yang pernah diderita)</li> <li>Riwayat psiko-sosio-spiritual</li> </ol>	
3	<p>Melakukan pemeriksaan dari data objektif (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pemeriksaan Keadaan umum dan tanda-tanda vital: <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Pemeriksaan Tekanan Darah</li> <li>2) Pemeriksaan Suhu rubuh</li> </ul> </li> </ol>	
4	<ol style="list-style-type: none"> <li>Pemeriksaan Abdomen: <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Pemeriksaan Leopold I-IV</li> <li>2) Melakukan DJJ</li> </ul> </li> </ol>	
		

	c. Pemeriksaan Genitalia: Vulva dan vagina tidak terdapat oedema, tidak terdapat varices, tidak terdapat condiloma lata/acuminata, tampak cairan keluar dari vagina	
5	Melakukan pemeriksaan cairan yang keluar dari vagina dengan menggunakan kertas lakmus/tesnitrazine: a. Jika biru : air ketuban b. Jika merah : bukan cairan ketuban	
6	Menentukan diagnosa terkait kondisi klien	
7	Pembatasan Aktivitas Pasien	

	8	<p>Penatalaksanaan:</p> <p>a. Jika kehamilan PREMATUR, segera lakukan rujukan ke rumah sakit</p> <p>b. Jika kehamilan ATERM:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi dengan dokter SpOG untuk pemberian terapi antibiotik</li> <li>• Anjurkan ibu untuk bedrest</li> <li>• Berikan asuhan sayang ibu (atur posisi senyaman ibu dan memberikan nutrisi yang cukup)</li> <li>• Lakukan Observasi TTV (pastikan suhu rektal tidak meningkat), DJJ, kemajuan persalinan</li> <li>• Mencegah terjadinya infeksi</li> <li>• Jika ada tanda-tanda inpartu, lakukan obsevasi 4 jam kemudian, apabila tidak ada kemajuan pembukaan segera rujuk ke rumah sakit</li> <li>• Apabila ada tanda-tanda inpartu dan kemajuan persalinan, lakukan pertolongan persalinan dengan 60 langkah APN</li> </ul>	
	9	Mencatat hasil anamnesa dan hasil pemeriksaan di buku register dan rekam medik pasien	
	<b>C</b>	<b>TEKNIK</b>	

	1	Melaksanakan tindakan secara sistematis	
	2	Melaksanakan tindakan dengan percaya diri dan tidak ragu-ragu	
	3	Menggunakan bahasa yang mudah dimengerti	
	4	Menunjukkan rasa empati terhadap ibu	
	5	Menutup pertemuan dengan baik	
	6	Mendokumentasikan hasil tindakan dengan metode SOAP	

### **Daftar Pustaka**

Angelini DJ, Afontaine D. Obstetric triage and emergency care protocols. Academic Emergency Medicine. Volume 20, Issue 4, page E10, April 2013. New York, NY: Springer Publishing Co., 2013; 336.

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/91/2017 Tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Komplikasi Kehamilan.

Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia Himpunan Kedokteran Feto Maternal. 2016. Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Ketuban Pecah Dini.

# **STANDARD OPERATING PROCEDURE**

## **PENJAHTAN LUKA JALAN LAHIR**

### **DERAJAT 1 DAN 2**

**Bdn. Darma Afni Hasibuan, SST., MKM.**



## ***STANDARD OPERATING PROCEDURE***

### **PENJAHITAN LUKA JALAN LAHIR DERAJAT 1 DAN 2**

Bdn. Darma Afni Hasibuan, SST., MKM.

#### **1. Definisi**

Menyatukan kembali jaringan tubuh dan mencegah kehilangan darah yang tidak perlu.

#### **2. Tujuan**

Sebagai acuan petugas dalam melakukan langkah-langkah penjahitan perineum

#### **3. Indikasi**

Lebih dari 53-89% wanita akan mengalami laserasi perineum pada saat melahirkan. Kebanyakan laserasi perineum yang terjadi pada persalinan pervaginam dapat diklasifikasikan sebagai derajat pertama atau kedua.

#### **4. Kontraindikasi**

Episiotomi tidak dapat dilakukan tanpa persetujuan pasien, episiotomi tidak boleh dilakukan kecuali jika persalinan pervaginam dianggap memungkinkan.

#### **5. Hal Yang Perlu Diperhatikan**

Faktor resiko laserasi perineum meliputi nulliparitas, persalinan pervaginam operatif, episiotomi garis tengah, ras asia dan peningkatan berat badan janin.

#### **6. Contoh Kasus**

Seorang ibu postpartum hari kedua mengalami perdarahan sebanyak kurang lebih 300 cc, serta laserasi jalan lahir pada mukosa dan kulit perinium. Hasil pemeriksaan secara umum dalam batas normal. Laserasi perinium pada klien dalam kasus tersebut adalah

- A. Totalis
- B. Derajat 1
- C. Derajat 2
- D. Derajat 3
- E. Derajat 4

## 7. Pembahasan Soal Kasus

Pada kasus tersebut kata kuncinya adalah Mukosa dan kulit perinium karena derajat 1 menunjukkan laserasi epitel vagina atau laserasi pada kulit perinium saja.

Aspek Keterampilan Yang Dinilai	Rasional & Gambar
<b>Assesment (A) : Pengkajian</b>	
Fase prainteraksi 1. Kaji kasus robekan jalan lahir derajat 1	
<b>Planning (P) : Perencanaan</b>	<p>Fase orientasi</p> <p>2. PERSIAPAN ALAT</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kom DTT berisi : <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 pasang sarung tangan DTT / steril</li> <li>- 1 buah nald folder / pemegang jarum</li> <li>- 2 jarum jahit (ukuran 9 dan 11) jarum kulit dan jarum otot.</li> <li>- Benang kromik dan cut gut no 2/0 atau 3/0</li> <li>- Kasa steril secukupnya</li> <li>- 1 buah pinset sirurgis</li> <li>- Doek steril</li> </ul> </li> <li>b. Spuit 5 cc</li> <li>c. Lidocaine 2 ampul</li> <li>Bethadine</li> <li>d. Kom berisi kapas basah</li> <li>e. Kom berisi kapas basah</li> <li>f. Bengkok</li> <li>g. Tempat sampah kering</li> <li>h. Tempat sampah basah</li> <li>i. Tempat cairan clorin 0.5 %</li> <li>j. Lampu</li> </ul>

<p><b>Persiapan Klinik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Ucapan salam dan Perkenalan diri</li> <li>4. Identifikasi Pasien menggunakan minimal dua identitas (Nama Lengkap, Tanggal Lahir dan Atau Nomor Rekam Medis)</li> <li>5. Jelaskan tujuan dan langkah Prosedur.</li> <li>6. Minta persetujuan Pasien dan keluarga</li> </ol>	<p>Mengucapkan salam dan memperkenalkan secara terapiutik akan meningkatkan rasa saling percaya.</p>  <p>Memastikan ketepatan pasien yang akan diberikan tindakan penjahitan luka jalan lahir derajat I dan II</p> <p>Mengurangi kecemasan pasien dan keluarga</p> <p>Meminta persetujuan keluarga sebagai informet consent atas tindakan penjahitan luka jalan lahir derajat I dan II</p>
<p><b>Implementation : Implementasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Cuci Tangan</li> </ol>	

8. Pakai sarung Tangan



9. Periksa Status robekan jalan lahir derajat 1 dan 2. Yang terjadi pada derajat 1 yaitu di area kulit saja, terdapat di sekitar bibir vagina (Labia), bagian dalam vagina, dan klitoris dan derajat 2 berada pada mukosa vagina, kulit perineum dan otot perineum.



10. Posisikan pasien dengan cara litotomi



11. Tempatkan Handuk atau Kain Bersih Dibawah Bokong Ibu.



12. Atur dan Tempatkan lampu sedemikian Sehingga ferinium Bisa di Lihat dengan Jelas.

13. Periksa vagina, servik, dan perenium secara lengkap. Masukan jari yang bersarung tangan ke dalam anus dengan lembut, bersihkan darah.



14. Ganti sarung tangan dengan sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril yang baru setelah melakukan pemeriksaan rektum.



15. Berikan anestesia lokal.



16. Siapkan jarum dan benang. Gunakan benang kronik 2-0 atau 3-0.



17. Jelaskan pada ibu apa yang akan anda lakukan dan bantu ibu merasa santai. Beritahu ibu akan terasa nyeri dan menyengat.



18. Teruskan jarum suntik pada ujung luka/ robekan premium masukkan jarum suntik secara subcutan sepanjang tepi luka.



19. Lakukan aspirasi untuk memastikan tidak ada darah yang terhisap, bila ada darah, tarik jarum sedikit dan kembali masukkan. Ulangi melakukan aspirasi.

20. Suntikan anastesi sambil menarik jarum suntik pada tepi luka daerah perineum.



<p>21. Tanpa menarik jarum suntik ke luka. Arahkan jarum suntik sepanjang tepi luka pada mukosa vagina. Ulangi proses ini di sisi lain dari luka tersebut</p> <p>22. Tunggal 1-2 menit sebelum melakukan penjahitan untuk mendapatkan hasil optimal dari anastesi lokal.</p>	
<p>23. Tunggu selama dua menit dan biarkan anestesia tersebut bekerja dan kemudian uji daerah yang dianestesia dengan cara dicubit dengan forseps atau disentuh dengan jarum yang tajam. Jika ibu merasakan jarum atau cubitan tersebut, tunggu dua menit lagi dan kemudian uji kembali sebelum mulai menjahit luka.</p> <p>24. Penjahit laserasi pada perineum</p>	
<p>25. Setelah memberikan anestesia lokal dan memastikan bahwa daerah tersebut sudah di anestesi, telusuri dengan hati hati menggunakan satu jari untuk secara jelas menentukan batas batas luka.</p>	
<p>26. Nilai kedalaman luka dan lapisan jaringan mana yang terluka.</p> <p>27. Untuk penjahitan robekan derajat 1 dan 2</p>	

28. Sebagian besar robekan pada derajat 1 menutup secara spontan tanpa dijahit.



29. Minta asisten memeriksa uterus dan memastikan bahwa uterus berkontraksi.

30. Setelah dipastikan tidak ada cedera pada sphincter ani tindak lanjuti dengan penjahitan.

31. Dekatkan tepi laserasi untuk menentukan bagaimana cara menjahitnya menjadi satu dengan mudah.



32. Buat jahitan pertama kurang lebih 1 cm di atas ujung laserasi di bagian dalam vagina. Setelah membuat tusukan pertama, buat ikatan dan potong pendek benang yang lebih pendek dan ikatan.

33. Tutup mukosa vagina dengan jahitan jelujur, jahit ke bawah ke arah cincin himen.

34. Tepat sebelum cincin hymen, masukkan jarum kedalam mukosa vagina lalu ke bawah cincin hymen sampai jarum ada dibawah laserasi. Periksa bagian antara jarum di perineum dan bagian atas laserasi. Perhatikan seberapa dekat jarum kepuncak luka.

<p>35. Teruskan ke arah bawah tapi tetap pada luka menggunakan jahitan jelujur, hingga mencapai bagian bawah laserasi. Pastikan bawah jarak setiap jahitan sama dan otot yang terluka telah dijahit. Jika laserasi meluas ke dalam otot mungkin perlu untuk melakukan satu atau dua lapisan jahitan tersebut putus untuk menghentikan perdarahan dan/ atau mendekatkan jaringan tubuh secara efektif.</p> <p>36. Ikat benang dengan membuat simpul di dalam vagina. Potong ujung benang sekitar 1,5 cm</p> <p>37. Ulangi pemeriksaan vagina dengan lembut untuk memastikan bahwa tidak ada kasa atau peralatan yang tinggal di dalam.</p> <p>38. Minta asisten untuk mencuci daerah genital secara lembut dengan sabun dan air disinfeksi tingkat tinggi, kemudian keringkan. Bantu ibu mencari posisi yang lebih aman.</p>	
<b>Evaluation : Evaluasi</b> <p>39. Evaluasi Respon Pasien</p>	<p>Evaluasi respon pasien bermanfaat melihat perubahan kondisi pasien setelah dilakukan menjahit robekan jalan lahir derajat satu.</p> <p>Evaluasi status robekan jalan lahir derajat satu setelah dijahit area kulit saja, terdapat di sekitar bibir vagina (Labia), bagian dalam vagina, dan klitoris.</p>

<p>40. Evaluasi status robekan jalan lahir derajat satu.</p> <p>41. Dukumentaasi Tindakan Dan hasil Tindakan</p>	<p>Bukti pencatatan dan pelaporan Tindakan yang dilakukan pada pasien.</p> 
--	---

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Ambarwati, E, ddk. 2019 Asuhan Kebidanan Nifas. Yogyakarta Nuhamedika
- Depkes R1. 2007 Profil Kesehatan Indonesia Jakarta: Depkes RI
- Depkes. 2013. Fin dan Penyelenggaraan Praktek Bidan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 1464/Menkes/Per/X/2010.
- Dewi, Vivian. 2011. Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas. Jakarta: Salemba Medika.
- Kementerian Kesehatan RI. 2009. Simdar Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI). Kemenkes RE.
- Maryuni, Anik. 2011. Keterampilan Dasar Praktik Klinik Kebuianom (PKDK) Jakarta: Trans Info Media.
- Rani, Yenuma. 2013. Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas dengan Luka Perineum. Diperoleh tanggal 15 Jan 20.
- Rukiyah, A. ddk. 2012. Asuhan Kebidanan III Nifas Jakarta:Trans Info Media

# **STANDARD OPERATING PROCEDURE**

## **PEMASANGAN IUD POST PLASENTA**

**Endras Amirta Hanum, M.Tr.Keb.**



# **STANDARD OPERATING PROCEDURE**

## **PEMASANGAN IUD POST PLASENTA**

Endras Amrita Hanum, M.Tr.Keb.

### **1. Definisi**

IUD Post Placenta adalah IUD yang dipasang dalam waktu 10 menit setelah lepasnya plasenta pada persalinan melalui jalan lahir yaitu vagina (Engender Health, 2008). Kontrasepsi IUD Post Placenta adalah metode pemasangan alat kontrasepsi IUD yang dipasang dalam waktu 10 menit setelah lepasnya plasenta (ari-ari) pada proses persalinan baik normal maupun Caesar.

Pemasangan IUD *Post Placenta* dalam 10 menit setelah plasenta lahir dapat dilakukan dengan 2 cara, yaitu:

- a. Dipasang dengan tangan secara langsung

Setelah plasenta dilahirkan dan sebelum tindakan operasi untuk penanganan keadaan dimana uterus turun atau bergeser dari tempat semula atau menonjol keluar dari vagina. Pemasang memegang IUD dengan jari telunjuk dan jari tengah kemudian dipasang secara perlahan-lahan melalui vagina dan leher rahim (servik) sementara itu tangan yang lain melakukan penekanan pada perut bagian bawah dan mencengkeram rahim untuk memastikan IUD dipasang di tengah-tengah yaitu di bagian puncak rahim. Tangan pemasang dikeluarkan perlahan-lahan dari vagina. Jika IUD ikut tertarik keluar saat tangan pemasang dikeluarkan dari vagina atau IUD belum terpasang di tempat yang seharusnya, segera dilakukan perbaikan posisi IUD.

- b. Dipasang dengan *ring forceps*

Prosedur pemasangan dengan AKDR menggunakan *ring forceps* hampir sama dengan pemasangan dengan menggunakan tangan secara langsung akan tetapi AKDR diposisikan dengan menggunakan *ring forceps*, bukan dengan tangan (Handayani, 2010).

### **2. Manfaat dan Kerugian**

Manfaat pemasangan IUD setelah plasenta lahir:

- a. Langsung bisa dipasang pada ibu yang melahirkan di pelayanan kesehatan
- b. Efektif dan tidak berefek pada produksi menyusui

- c. Aman untuk wanita yang menderita HIV
- d. Kesuburan dapat kembali lebih cepat setelah pelepasan
- e. Resiko terjadi infeksi rendah yaitu dari 0,1-1,1 %
- f. Kejadian terjadinya luka di daerah leher rahim sangat rendah yaitu sekitar 1 kejadian dari jumlah populasi 1150 sampai 3800 wanita
- g. Mudah dilakukan pada wanita dengan epidural
- h. Sedikit kasus perdarahan daripada IUD yang dipasang di waktu menstruasi

Kerugian pemasangan IUD setelah plasenta lahir adalah angka keberhasilannya ditentukan oleh waktu pemasangan, tenaga kesehatan yang memasang, dan teknik pemasangannya. Waktu pemasangan dalam 10 menit setelah keluarnya plasenta memungkinkan angka kegagalannya lebih kecil ditambah dengan ketersediaan tenaga kesehatan yang terlatih (dokter atau bidan) dan teknik pemasangan sampai ke bagian puncak rahim juga dapat memperkecil kegagalan pemasangan

### 3. Indikasi

Ada beberapa wanita yang tidak dianjurkan untuk dilakukan pemasangan IUD tembaga. Seperti adanya riwayat penyakit keganasan, kanker rahim atau TB panggul dan wanita yang sedang menderita infeksi menular seksual merupakan 4 kondisi berdasarkan WHO. Wanita dengan resiko terkena infeksi menular seksual dan wanita dengan HIV atau AIDS dapat menggunakan IUD tembaga tetapi harus berhati-hati dan konsul tentang keamanan seks dan pemakaian kondom sebaiknya dipromosikan. Perdarahan vaginal yang tidak jelas harus diselidiki sebelum pemasangan IUD.

Pemasangan alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR) setelah plasenta lahir merupakan waktu yang ideal karena adanya motivasi yang tinggi terhadap kontrasepsi serta memudahkan ibu dan tenaga medis, selain itu IUD tidak mempengaruhi proses menyusui. Pemasangan IUD setelah plasenta lahir menjadi penting di negara berkembang karena banyak wanita yang tidak memeriksakan diri ke tenaga medis sampai persalinan selanjutnya. Masalah yang dihadapi adalah masih rendahnya angka pemasangan IUD setelah plasenta lahir serta teknik pemasangannya serta masih ada ketakutan tentang masalah luka berat pada rahim, lepasnya IUD dari tempat pemasangan, infeksi, nyeri dan perdarahan setelah pemasangan (Saifudin, 2006).

#### **4. Efek Samping**

a. Gangguan Menstruasi

Efek IUD berasal pada gangguan hormon pada lapisan dinding rahim bagian terdalam yang menyebabkan perdarahan menstruasi dan nyeri haid. Perdarahan dapat menjadi lebih berat dan lebih lama selama 3 hingga 6 bulan penggunaan IUD. Pada suatu percobaan 15 % wanita tidak melanjutkan penggunaan IUD karena alasan ini. Tingkat kesakitan dan perdarahan pada wanita yang menggunakan IUD tembaga dan hormonal adalah sama.

b. Nyeri Haid

Adanya IUD didalam uterus berhubungan dengan tingginya insidensi nyeri haid. Tidak ada bukti yang menunjukkan bahwa penggunaan IUD hormonal lebih sedikit menderita nyeri haid dibanding IUD tembaga.

c. Kehamilan di luar kandungan

Pada sebuah penelitian menunjukkan tidak ada peningkatan terjadinya kehamilan di luar kandungan pada pengguna IUD. Resiko untuk kemungkinan hamilan sangat rendah pada pengguna IUD dan angka kehamilan di luar kandungan berkisar 0,02 per 100 wanita pertahun dibandingkan dengan wanita yang tidak menggunakan kontrasepsi sekitar 0,3-0,5 per 100 wanita.

d. Infeksi Panggul

Sebuah penelitian menunjukkan bahwa resiko terjadinya infeksi panggul telah menurun setengah sejak tahun 1980. Infeksi biasa terjadi pada 20 hari pertama setelah pemasangan. Hal ini dapat dihindari dengan menggunakan teknik mencegah masuknya bakteri/kuman ke dalam tubuh pada saat pemasangan dan dengan mencegah wanita untuk memiliki banyak pasangan. Pemeriksaan untuk mengetahui infeksi menular seksual dianjurkan pada daerah dimana banyak yang menderita infeksi menular seksual dan diantara wanita yang memiliki resiko (termasuk wanita dibawah umur 25 tahun). Infeksi panggul jarang terjadi berhubungan dengan penggunaan IUD. Actinomycosis-like organisms (ALOs) kadang terlihat pada apusan tetapi jika pasien tidak menunjukkan gejala, hal itu dapat dibiarkan dan apusan dapat dilakukan ulang setelah 6-12 bulan kemudian. Jika ada gejala, maka IUD harus dilepas. Hal itu dilakukan untuk menghindari kontaminasi dari vagina dan setelah itu dilakukan kultur.

e. Ekspulsi

Resiko terlepasnya IUD setelah pemasangan berkisar antara 1 hingga 20. Hal ini sering terjadi dalam 3 bulan pertama penggunaan IUD dan biasanya terjadi selama menstruasi. Resiko lepasnya IUD adalah pada wanita usia muda, wanita yang belum pernah hamil, dan perdarahan berat. Banyak tenaga kesehatan berpendapat bahwa pengguna IUD sebaiknya datang secara regular untuk mengecek IUD nya.

f. Luka berat di rahim

Luka berat di rahim dapat terjadi pada saat pemasangan IUD meskipun hal ini jarang disadari. Pada percobaan yang besar didapatkan 1,3 setiap 1000 pemasangan. pemeriksaan rutin dilakukan 6 minggu setelah pemasangan. Panjang rongga rahim harus diukur untuk dan dengan menggunakan alat tenakulum saat pemasangan untuk mengurangi resiko terjadinya luka berat pada rahim (Manuaba, 2010).

## 5. Efektifitas

IUD Post Plasenta memiliki efektivitas yang sangat tinggi. Tiap tahunnya 3-8 wanita mengalami kehamilan dari 1000 wanita yang menggunakan IUD jenis Copper T 380A. Kejadian hamil yang tidak diinginkan pada pasca pemasangan IUD setelah plasenta lahir sebanyak 2.0 - 2.8 per 100 yang menggunakan IUD setelah plasenta lahir pada 24 bulan setelah pemasangan. Setelah 1 tahun, penelitian menemukan angka kegagalan IUD setelah plasenta lahir 0.8 %, dibandingkan dengan pemasangan setelahnya. Sesuai dengan kesepakatan WHO, IUD dapat dipakai selama 10 tahun walaupun pada kemasan tercantum efektifitasnya hanya 4 tahun (Manuaba, 2010).

## 6. Contoh Kasus

Seorang perempuan berumur 36 tahun P3A0 datang ke tempat praktek bidan mengatakan bahwa bingung ingin mengganti kontrasepsi AKDR. Hasil pemeriksaan normal. Bidan memberikan konseling dan menjelaskan efektivitas penggunaan AKDR. Manakah yang termasuk efektivitas AKDR?

- a. 0,5-1 kehamilan per 100 perempuan
- b. 0,2-1 kehamilan per 100 perempuan
- c. 0,3 kehamilan per 100 perempuan
- d. 0,1-0,4 kehamilan per 100 perempuan
- e. 2-12 kehamilan per 100 perempuan

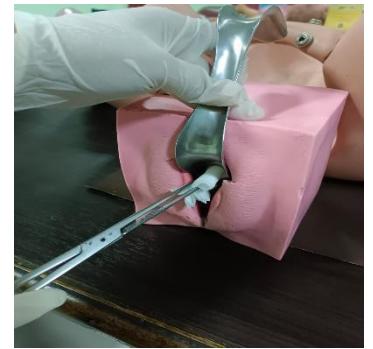
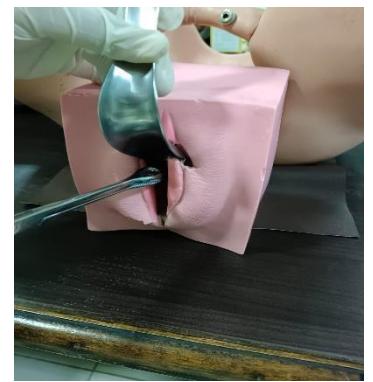
## 7. Pembahasan Soal

Kata Kunci: efektivitas penggunaan AKDR. Pembahasan: AKDR sangat efektif yaitu 0,5-1 kehamilan per 100 perempuan selama satu tahun pertama penggunaan. Jawaban : A. 0,5-1 kehamilan per 100 perempuan

A. Peralatan	1. Sarung tangan 2. IUD set 3. Klem Ovum 4. Forseps Plasenta 5. Spekulum Sim 6. Femala Catheter 7. Nier Baken 8. Kom Larutan Antiseptic 9. Duk Steril 10. Kassa 11. Lampu untuk penerangan	
B. Prosedur	<b>A SIKAP DAN PERILAKU</b>	
	1 Menyambut ibu dengan ramah	
	2 Mempersilahkan ibu duduk dan komunikatif	
	3 Memperkenalkan diri pada ibu	
	4 Menjaga privacy ibu	
	5 Menjelaskan maksud dan tujuan pemeriksaan	
	6 Melaksanakan <i>Informed Consent</i>	
	<b>B TINDAKAN INTI I (Insersi Manual IUD Post Plasenta)</b>	
	1 Menggunakan sarung tangan Steril	

	2	Usap Vagina dengan lauran antiseptik	
	3	Ambil dan tempatkan tempatkan IUD diantara jari telunjuk dan jari tengah (posisi lengan IUD di ujung jari dan batangnya di letakakan pada bagian palmar jari tengah, di jepit dengan bagian dorsal jari telunjuk) masukan kedalam cavum uteri.	
	4	Letakkan tangan kontralateral operator di fundus uteri (telapak tangan pada korpus dan jari-jari tangan pada fundus) dan tekan uterus kedorsos kaudal (segmen bawah rahim atau di singkat SBR mengarah ke bawah sehingga memfasilitasi ujung jari dan IUD masuk lebih dalam.	
	5	Secara perlahan lahan arahan ujung jari dan IUD ke fundus uteri (mengarah ke umbilikus) sambil memposisikan ibu jari di atas jari manis dan kelingking untuk memberikan akses lebih baik bagi tangan luar yang di letakkan pada fundus	
	6	Buka jepitan jari tangan dan telunjuk pada IUD sambil merotasikan tangan 30 derajat agar IUD terlepas dan lengan tertahan pada dinding dalam cavum uteri.	

	7	Geser kedua jari penjepit (dengan tangan terbuka) kesamping dimana arahnya berlawanan dengan sisi lengan IUD yang menempel pada dinding dalam kavum uteri.	
	8	Tekan SBR selama 10-20 detik untuk stabilisasi IUD yang terpasang dan secara perlahan-lahan (jangan medekatkan kembali kedua jari) tarik tangan dalam ke luar.	
	9	Pertahankan tekanan pada SBR hingga tangan dapat di keluarkan	
	10	Pastikan tidak terjadi perdarahan baru dan apabila tampak atau teraba IUD pada ostium uteri eksternum maka keluarkan IUD tersebut dan di lakukan pemasangan ulang.	
	11	Kumpulkan peralatan dan bahan bekas pakai kemudian masukkan kedalam larutan klorin 0,5 %.	
C	<b>TINDAKAN INTI II (Insersi Alat IUD Pasca Plasenta)</b>		
	1	Gunakan Sarung Tangan Steril	

	2	Pasang duk	
	3	Usap vulva dengan kapas DTT	
	4	Gunakan spekulum simps untuk menampakkan serviks	
	5	Usap vagina dan serviks dengan larutan antiseptik 2 sampai 3 kali	
	6	Jepit bibir depan serviks dengan klem ovum	
	7	Buka pembungkus IUD hingga 1/3	

	8	IUD di lepaskan dari isnterternya, dengan tetap berada di dalam pembungkusnya,	
	9	Jepit IUD dengan klem kelly panjang, letakkan IUD di ujung Klem kelly	
	10	Dengan satu tangan memegang klem ovum di serviks angkat dan tarik dengan halus klem tersebut ke depan dengan sudut 45 derajat	
	11	Masukkan IUD yang sudah di pegang klem kelly panjang melalui introitus, usahakan tidak menyentuh dinding vagina dan ikuti alur lengan klem sampai melewati osteum uteri ekternum	
	12	Setelah memasuki kavum uteri, lepaskan klem ovum penjepit porsio dan spekulum , arahkan IUD ke fundus uteri.	
	13	Letakkan tangan operator kontralateral di daerah fundus dan lakukan dorongan pada korpus uteri kearah dorsal	

	14	Dorong terus klem Kelly panjang hingga mencapai fundus	
	15	Tangan kontraletral memastikan bahwa ujung klem kelly panjang telah berada di fundus.	
	16	Miringkan klem kelly panjang sekitar 45 derajat. Buka dan geser ujung klem kearah lateral korpus untuk melepaskan IUD di fundus uteri.	
	17	Keluarkan klem kelly panjang dari rongga uterus secara perlahan dengan keadaan tetap terbuka menyelusuri dinding samping uterus, sambil tangan kontralateral menahan korpus kearah dorso kranial.	
	18	Keluarkan klem kelly panjang dari rongga uterus secara perlahan dengan keadaan tetap terbuka menyelusuri dinding samping uterus, sambil tangan kontralateral menahan korpus kearah dorso kranial.	
	19	Stabilisasi uterus dengan menekan fundus selama 10-20 detik, pada saat klem kelly panjang di keluarkan perlahan	

	20	Pasang kembali spekulum sims, pastikan benang IUD tidak terlihat sama sekali	
	21	Pastikan tidak terjadi pendarahan baru dan apabila tampak IUD pada ostium uteri eksternum maka keluarkan IUD tersebut dan dilakukan pemasangan ulang	
	22	Kumpulkan peralatan dan bahan bekas pakai ke dalam klorin 0,5%.	
<b>D TEKNIK</b>			
1 Melaksanakan tindakan secara sistematis			
2 Melaksanakan tindakan dengan percaya diri dan tidak ragu-ragu			
3 Menggunakan bahasa yang mudah dimengerti			
4 Menunjukkan rasa empati terhadap ibu			
5 Menutup pertemuan dengan baik			
6 Mendokumentasikan hasil tindakan dengan metode SOAP			

## **Daftar Pustaka**

- Depkes RI, 2009. Profil Kesehatan Indonesia
- BKKBN, 2009. Rumusan Rapat Kerja Program KB Nasional Tahun 2009
- Handayani, 2010, Buku Ajar Pelayanan Keluarga Berencana, Pustaka Rihama:  
Yogyakarta
- Pendit, Bram U, 2000. Ragam metode Kontrasepsi, EGC: Jakarta
- Manuaba, IBG. 2010. Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan dan Keluarga  
Berencana Untuk Pendidikan Bidan, EGC: Jakarta
- Saifudin BA, dkk.2006. Buku panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi. Yayasan Bina  
Pustaka Sarwono Prawiharjdo: Jakarta



## BIODATA PENULIS

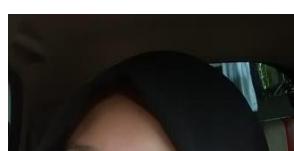


### **Fitria Prabandari, SSiT., M.Keb.**

Lahir di Sukoharjo, 21 Mei 1987. Telah menempuh pendidikan tinggi DIII Kebidanan di STIKES YLPP Purwokerto tahun 2005-2008, penulis melanjutkan Pendidikan DIV Kebidanan di Universitas Ngudi Waluyo Ungaran tahun 2008-2009, kemudian penulis melanjutkan Pendidikan S2 Kebidanan di Universitas Padjadjaran Bandung tahun 2012-2014. Sejak tahun 2009 penulis mulai aktif mengajar sebagai dosen kebidanan di STIKES YLPP Purwokerto sampai tahun 2019, kemudian mengajar di Universitas Muhammadiyah Gombong sejak tahun 2019 hingga sekarang. Penulis juga aktif dalam menerbitkan buku tentang kebidanan, melakukan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat serta menerbitkan hasil tulisannya di jurnal nasional terakreditas. Selain itu juga penulis memiliki pengalaman menjadi pembicara dan fasilitator workshop kebidanan. Beberapa karya juga telah mendapatkan HKI. Penulis dapat dihubungi melalui E-mail: fitriaprabandari30@gmail.com

Pesan untuk para pembaca:

"Tidak ada kata terlambat untuk menempuh Pendidikan dan menambah ilmu, lakukan dengan ikhlas maka tidak hanya ilmu yang kau dapat tapi juga manfaat untuk ummat"



## **BIODATA PENULIS**



### **Ari Tri Rahayu, S.Keb.Bd., M.A.Ed.**

Lahir di Bojonegoro, 10 Maret 1979. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Sarjana Kebidanan, pada Universitas Airlangga Surabaya, lulus pada tahun 2011. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Emillio Aguinaldo College Philipina dan lulus tahun pada tahun 2017. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2003 di RSUD Dr. R.Sosodoro Djatikoesoemo Bojonegoro, pada tahun 2005 pindah tugas di Akademi Kebidanan Pemerintah Kabupaten Bojonegoro, pada tahun 2018 berpindah di Prodi DIII Kebidanan Poltekkes Kemenkes Surabaya. Saat ini penulis bekerja di Prodi DIII Kebidanan Poltekkes Kemenkes Surabaya mengampu mata kuliah Konsep Kebidanan, Asuhan Kebidanan Kehamilan, Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir, Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui, Asuhan Kegawatdaruratan Maternal, Neonatal dan Basic Life Support. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai publikasi, seminar, penelitian dan pengabdian masyarakat. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: [arirahayu25b@gmail.com](mailto:arirahayu25b@gmail.com)

Motto: "Hidup adalah ujian dan perjuangan"

## BIODATA PENULIS



### **Bdn. Iceu Mulyati, SST., M.Keb**

Penulis merupakan bidan yang berprofesi sebagai seorang dosen di Prgram Studi D3 Kebidanan Universitas Bhakti Kencana. Lahir di Bandung, 25 November 1980. Menamatkan pendidikan Diploma III Kebidanan di STIKes Bhakti kencna pada tahun 2005. Kemudian melanjutkan pendidikan D IV Bidan Pendidik di Universitas Padjadjaran pada tahun 2006. Menyelesaikan pendidikan S2 Kebidanan di Universitas Padjajaran Bandung pada tahun 2014 dan lulus Profesi Bidan di STIKes Dharma Hisada Bandung tahun 2023 Memulai karir sebagai bidan pelaksana di RB Fadillah ada tahun 2005 sekaligus bekerja sebagai staf di program studi D III Kebidanan STIKes Bhakti Kencana. Pada Tahun 2006-2008 di STIKes Mitra Kencana Tasikmalaya, tahun 2008 s.d Sekarang di Universitas Bhakti Kencana Dalam kegiatannya, aktif melakukan Tri dharma Perguruan Tinggi meliputi pengajaran, penelitian dan pengabdian masyarakat. Pernah mendapatkan hibah penelitian Dosen Pemula dari kemenristrekBrin dan berpartisipasi dalam beberapa kegiatan dalam pengembangan keilmuan.

Email Penulis: iceu.mulyati@bku.ac.id



### **Ernita Prima Noviyani, S.ST.,Bdn.,M.Kes**

Menyelesaikan Pendidikan program studi DIV Kebidanan tahun 2010-2011 di Universitas Indonesia Maju (d/h STIKes Indonesia Maju). Penulis melanjutkan pendidikan S2 Kesehatan Masyarakat di Universitas Indonesia Maju (d/h STIKes Indonesia Maju) tahun 2011-2013. Kemudian melanjutkan Pendidikan Profesi Bidan di Universitas Indonesia Maju tahun 2021-2022.

Sejak tahun 2013 penulis mulai aktif mengajar sebagai Dosen Kebidanan dan saat ini penulis aktif mengajar di Universitas Indonesia Maju. Penulis juga aktif dalam penerbitan buku, melakukan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat serta menerbitkan hasil tulisannya di jurnal nasional terakreditasi. Selain itu juga penulis memiliki pengalaman menjadi pembicara. Beberapa karya juga telah mendapatkan HKI. Penulis dapat dihubungi melalui email : ernitaprime.stikim@gmail.com

Pesan untuk para pembaca:

*"Pengetahuan yang baik adalah yang memberi manfaat, bukan yang hanya diingat" (Imam Al-Syafi'i)*

## **BIODATA PENULIS**



### **Bd. Darma Afni Hasibuan, SST, MKM.**

Lahir di Dumai, 23 Maret 1987. Telah menempuh pendidikan tinggi DIII Kebidanan di Akademi Kebidanan Sehat Medan tahun 2005-2008, penulis melanjutkan Pendidikan DIV Kebidanan di Universitas Sumatera Utara tahun 2009-2010, Penulis melanjutkan Pendidikan S2 Kebidanan di Universitas Sumatera Utara tahun 2015-2018. Kemudian penulis melanjutkan pendidikan Profesi Kebidanan di Universitas Aalfa Royhan Padangsidimpuan tahun 2021-2022. Sejak tahun 2010 penulis mulai aktif mengajar sebagai dosen kebidanan di Akademi Kebidanan Harapan Keluarga Gunungsitoli sampai tahun 2015, kemudian mengajar di Akademi Kebidanan Matorkis Padangsidimpuan sejak tahun 2020 hingga sekarang. Penulis juga aktif dalam menulis buku tentang kebidanan, melakukan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat serta menerbitkan hasil tulisannya di jurnal internasional. Beberapa karya juga telah mendapatkan HKI. Penulis dapat dihubungi melalui E-mail: afnihasibuan87@gmail.com



### **Endras Amirta Hanum, M.Tr.Keb.**

Penulis lahir di Indonesia, Kab Kediri, Purwoasri 02 Januari 1992. Jenjang Pendidikan Diploma III ditempuh di Akbid Kutai Husada Tenggarong lulus tahun 2012. Pendidikan Diploma IV Bidan Pendidik ditempuh di Universitas Kadiri Kota Kediri lulus tahun 2014. Pendidikan S2 Magister Terapan Kebidanan, lulus tahun 2018 di Stikes Guna Bangsa Yogyakarta. Saat ini menjabat sebagai Ketua Jurusan kebidanan di Politeknik Boneo Medistra Balikpapan. Penulis dapat dihubungi melalui email: endras@poltekborneomedistra.ac.id

## **SINOPSIS**

Asuhan kebidanan persalinan mencakup banyak tindakan yang harus dipelajari, tindakan tersebut terdiri dari beberapa langkah yang perlu diketahui secara detail. Buku ini menyajikan tidak hanya langkah setiap tindakan namun terdapat gambar yang menjelaskan setiap langkah tindakan untuk memudahkan pembaca memahaminya.

Selain gambar yang disajikan secara detail, buku ini juga menyajikan teori yang berkaitan dengan tindakan persalinan yang sudah dilengkapi dengan soal kasus untuk memudahkan pembaca mengetahui arah tindakan sebelum memulai langkah tindakan.

Asuhan kebidanan persalinan mencakup banyak tindakan yang harus dipelajari, tindakan tersebut terdiri dari beberapa langkah yang perlu diketahui secara detail. Buku ini menyajikan tidak hanya langkah setiap tindakan namun terdapat gambar yang menjelaskan setiap langkah tindakan untuk memudahkan pembaca memahaminya.

Selain gambar yang disajikan secara detail, buku ini juga menyajikan teori yang berkaitan dengan tindakan persalinan yang sudah dilengkapi dengan soal kasus untuk memudahkan pembaca mengetahui arah tindakan sebelum memulai langkah tindakan.

ISBN 978-623-8411-84-9



9 786238 411849

Penerbit :  
PT Nuansa Fajar Cemerlang  
Grand Slipi Tower Lt. 5 Unit F  
Jalan S. Parman Kav. 22-24  
Kel. Palmerah, Kec. Palmerah  
Jakarta Barat, DKI Jakarta, Indonesia, 11480  
Telp: (021) 29866919

