

Nama : Jianvasya Yuri Guncha Kisalingta

Nim :1910105002/A1

Skenario 1

LO "PENYULIT PERSALINAN"

I. Pengertian penyulit persalinan

Penyulit persalinan adalah kelainan-kelainan yang terjadi selama proses persalinan, seperti Kala II lama, Kelainan Presentasi, Perdarahan Post Partum, dan bedah Caesar (Bobak, 2005). Penyulit persalinan adalah kelainan yang mempengaruhi jalan persalinan sehingga memerlukan intervensi persalinan untuk mencapai well born baby dan well health mother (Manuaba, 2009). Teibang (2012), menyebutkan penyulit persalinan sebagai persalinan abnormal yang ditandai dengan kelambatan atau tidak adanya kemajuan proses persalinan dalam ukuran satuan waktu tertentu.

Hal-hal yang menyebabkan persalinan dilakukan dengan tindakan adalah adanya faktor penyulit pada saat persalinan yang berasal dari faktor kekuatan his ibu (power), faktor bayi (Passager) atau faktor jalan lahir (passage).

II. Faktor atau Penyebab penyulit persalinan

Hambatan dalam persalinan normal sering muncul oleh karena adanya faktor-faktor risiko yang kurang terdeteksi dengan baik pada masa kehamilan sehingga sering terjadinya persalinan macet atau persalinan lama. Kala persalinan lama atau distosia (penyulit) merupakan persalinan yang gagal berjalan secara normal dan menyebabkan kesulitan pada ibu dan bayi, jika persalinan tidak lengkap atau selesai dalam 18 jam pada primipara (wanita yang pertama kali hamil) dan 12 jam pada multipara (wanita yang pernah melahirkan sebelumnya). Berdasarkan Manuaba (2009), faktor penyebab persalinan lama dibagi menjadi 3 golongan :

1. Kelainan Tenaga/His (*Power*)

Jenis-jenis kelainan ini antara lain:

- Persalinan Hipertonik, biasanya terjadi pada fase laten persalinan, dengan peningkatan frekuensi kontraksi dan penurunan lama kontraksi. Kontraksi menjadi amat menyakitkan karena sel-sel otot uretus mengalami anoksi, tetapi

terjadi dilatasi dan pendataran serviks inefektif, yang menyebabkan kelelahan maternal. Kontraksi dapat terganggu dengan pertukaran uteroplasenta dan dapat menyebabkan pada distress janin atau bahkan kematian janin (Manuba,2009)

- Persalinan Hipotonik, didefinisikan sebagai persalinan dengan kontraksi kurang dari tiga kali dengan intensitas ringan sampai sedang selama periode 10 menit dalam fase persalinan aktif. Walaupun tidak sakit, persalinan seperti itu dapat menyebabkan keletihan maternal, stress, infeksi intrauterine, dan pendarahan postpartum. Persalinan yang lama dapat mengarah pada sepsis janin (Manuaba, 2009).
- Partus Lama, merupakan persalinan yang berlangsung lebih dari 24 jam pada primigravida dan lebih dari 18 jam pada multigravida (Teibang, 2012).
- Persalinan Preterm, ditandai dengan irama kontraksi uterus yang menyebabkan perubahan servikal antara kehamilan minggu ke-26 sampai ke-37, sehingga persalinan preterm ditandai sebagai kedaruratan obstetri. Faktor yang berhubungan dengan kejadian persalinan preterm meliputi bayi lebih dari satu, hidramnion, hipertensi pada kehamilan, operasi abdomen atau trauma, kematian janin, pendarahan uterus atau abnormalitas, inkompeten serviks dan KPD.
- Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah pecahnya selaput ketuban sebelum inpartu, yaitu jika pembukaan primipara kurang dari 3 cm dan pada multipara kurang dari 5 cm (Mochtar, 2002).
- Ruptur Uterus adalah robeknya otot uterus yang utuh atau bekas jaringan parut pada uterus setelah janin lahir hidup. Ruptur sempurna melibatkan ketiga lapisan otot uterus dan mungkin disebabkan oleh perlemahan jaringan parut pada persalinan cesarean, trauma obstetri, kelainan uterus, atau trauma eksternal (Kroll & Lyne, 2002 dalam Champman,2006). Tanda-tanda pada ruptur sempurna meliputi rasa sakit yang sangat dan hilangnya kontraksi, perdarahan per vagina kemungkinan terlihat tetapi biasanya tidak parah, dan perdarahan internal. Rupture uterus mengakibatkan janin terdorong ke dalam abdomen menjadi lebih aktif karena mengalami asfiksia, denyut jantung janin

(DJJ) menjadi melemah dan kemudian hilang karena janin mati (Champman, 2006).

2. Kelainan Janin (*Passager*)

Persalinan dapat mengalami kesulitan karena kelainan pada besar/berat janin, kelainan bentuk (seperti asites dan hidrosefalus), kelainan presentasi atau letak (malpresentasi/malposisi), masalah plasenta/tali pusat, masalah cairan amnion/perdarahan, dan kembar/kembar siam. Kelainan janin (*passanger*) meliputi:

- Distres Janin merupakan kondisi ketika janin tidak mendapatkan cukup oksigen melalui sirkulasi janin maternal, sehingga menyebabkan hipoksia. Hipoksia pada janin disebabkan oleh faktor-faktor sebagai masalah pada uterus, tali pusat, plasenta, dan janin. Manifestasi terjadinya hipoksia janin adalah melambatnya DJJ, cairan amnion berwarna mekonium, dan hiperaktivitas janin, serta sampel darah kulit kepala janin memperlihatkan pH 7,2 atau kurang. Hipoksia janin yang lebih lama dapat menyebabkan retardasi mental, serebral palsy, dan bahkan kematian (Manuaba, 2009).
- Ukuran janin terlalu besar (makrosomia), Makrosomia adalah berat badan bayi yang lahir lebih dari 4000 gram. Melihat insiden bayi lahir dengan makrosomia mempunyai resiko cukup tinggi yang mungkin terjadi pada ibu maupun janin.
- Malposisi dan Malpresentasi
Malpresentasi adalah bagian terendah janin bukan vertex, contohnya presentasi dahi, wajah, bahu, dan bokong. Sedangkan, malposisi merupakan presentasi vertex dengan posisi anterior yang tidak mengalami fleksi secara sempurna, contohnya defleksi kepala, posisi oksipitolateral dan oksipitoposterior dengan oksiput sebagai penentu posisi (Liu, 2008).
Malposisi merupakan presentasi vertex dengan posisi anterior yang tidak mengalami fleksi secara sempurna, contohnya defleksi kepala, posisi oksipitolateral dan oksipitoposterior dengan oksiput sebagai penentu posisi (Liu, 2008).
- Presentasi Bokong/Letak Sungsang, Presentasi bokong atau letak sungsang merupakan letak memanjang dengan kepala janin di fundus dan bokong di bagian bawah kavum uteri (Manuaba, 2010 dan Saifuddin, 2011). Letak

sungsang adalah janin yang letaknya memanjang dalam rahim, kepala berada di fundus dan bokong di bawah (Mochtar, 2013).

3. Kelainan Jalan Lahir (*Passage*)

Ketika tidak terdapat masalah pada power dan passanger, kelahiran yang berhasil tidak akan terjadi jikapassageway (jalan lahir) kontraktur (terlalu kecil) atau jika terhambat oleh sumbatan seperti tumor atau faktor lainnya.

III. Macam-macam Penyulit persalinan

1. Ketuban Pecah Dini

Ketuban pecah dini (KPD) didefinisikan sebagai kebocoran spontan cairan dari kantung amnion sebelum adanya tanda-tanda inpartu. Kejadian KPD dapat terjadi sebelum atau sesudah masa kehamilan 40 minggu.

Tanda dan Gejala :

- Adanya cairan yang keluar secara tiba-tiba dari jalan lahir atau basah pada vagina. Cairan ini berwarna bening dan pada tingkat lanjut dapat disertai mekonium.
- Pemeriksaan USG ditemukan volume cairan amnion yang berkurang / oligohidramnion, namun dalam hal ini tidak dapat dibedakan KPD sebagai penyebab oligohidramnion dengan penyebab lainnya.

Penatalaksanaan :

- Penanganan ketuban pecah dini menurut Sarwono (2010), meliputi Konserpatif
 - 1) Pengelolaan konserpatif dilakukan bila tidak ada penyulit (baik pada ibu maupun pada janin) dan harus di rawat dirumah sakit.
 - 2) Berikan antibiotika (ampicilin 4 x 500 mg atau eritromicin bila tidak tahan ampicilin) dan metronidazol 2 x 500 mg selama 7 hari.
 - 3) Jika umur kehamilan <32-34 minggu, dirawat selama air ketuban masih keluar, atau sampai air ketuban tidak keluar lagi.

- 4) Jika usia kehamilan 32-27 minggu, belum in partu, tidak ada infeksi, tes buss negativ beri deksametason, observasi tanda-tanda infeksi, dan kesejahteraan janin, terminasi pada kehamilan 37 minggu.
- 5) Jika usia kehamilan 32-37 minggu, sudah inpartu, tidak ada infeksi, berikan tokolitik (salbutamol), deksametason, dan induksi sesudah 24 jam.
- 6) Jika usia kehamilan 32-37 minggu, ada infeksi, beri antibiotik dan lakukan induksi.
- 7) Nilai tanda-tanda infeksi (suhu, leukosit, tanda-tanda infeksi intra uterin).
- 8) Pada usia kehamilan 32-34 minggu berikan steroid, untuk memicu kematangan paru janin, dan kalau memungkinkan periksa kadar lesitin dan spingomielin tiap minggu. Dosis betametason 12 mg sehari dosis tunggal selama 2 hari, deksametason IM 5 mg setiap 6 jam sebanyak 4 kali.

2. Induksi Persalinan

Induksi persalinan adalah penggunaan stimulasi fisik atau kimiawi untuk mempercepat intensitas kontraksi uterus. Hal ini dilakukan pada wanita DM, penyakit kronik, penyakit ginjal, riwayat persalinan presipitatus (kurang dari 4 jam), KPD, pre eklamsi berat/eklamasi, dan abropsio plasenta. Persalinan induksi juga dilakukan pada penyakit hemolitik janin yang berat, untuk kehamilan postrem, ketika janin telah mati, dan untuk memudahkan ibu serta dokter. Metode yang sering digunakan dalam induksi adalah amniotomim, infuse oksitosin, dan pemberian prostaglandin (Farrer,2001 dalam Manuaba, 2009).

Hal yang perlu dikaji sebelum induksi :

- Maturitas janin (pemeriksaan cairan amnion dan pemeriksaan USG)
- Posisi janin
- Dilatasi, effacement, konsistensi, dan posisi serviks
- Kelahiran dengan trial of labor after caesarean (TOLAC)

Indikasi :

- Postmaturitas (kehamilan lebih dari 42 minggu)
- Ketuban pecah dini (KPD)
- Hipertensi gestasional
- Isoimunisasi Rh

- Diabetes maternal
- Korioamnionitis
- Kematian janin

Kontraindikasi :

- Riwayat kelahiran cesarea dengan insisi klasik
- Riwayat hysterotomi atau mioektomi
- Riwayat ruptur uteri
- Plasenta previa
- Infeksi aktif herpes genitalis
- Kanker serviks
- Kelainan struktural vagina, uterus, atau pelvis
- Letak bayi yang abnormal
- Fetal distress
- Bayi premature atau berat badan lahir rendah

Penatalaksanaan :

a. Induksi dengan amniotomi

Amniotomi adalah perobekan membran amnion dengan tujuan medis untuk mengalirkan cairan. Induksi dengan amniotomi melibatkan pemecahan ketuban secara artifisial dengan alat yang steril. Bila serviks telah siap dan kepala bayi berada di segmen bawah uterus, amniotomi secara efektif merangsang persalinan 80% pada pasien dalam 24 jam.

b. Induksi dengan infus oksitosin

Infus oksitosin intravena adalah metode yang efektif untuk merangsang kontraksi uterus. Oksitoksin 10 unit ditambahkan kedalam 1 liter cairan intravena (biasanya Ringer Laktat), menghasilkan 10 mU oksitosin per milliliter. Dibuatkan aliran intravena tanpa menggunakan cairan yang mengandung obat, dan hubungkan botol oksitosin pada aliran tersebut.

c. Induksi dengan prostaglandin

Prostaglandin sangat efektif dalam mematangkan servik selama induksi persalinan (Pamilih, 2006). Prostaglandin diberikan baik melalui infuse intravena maupun melalui jeli intravena. Jeli ini juga digunakan untuk

mematangkan servik. Karena pemberian prostaglandin efektif, bebas dari efek samping, dan bukan tindakan invasive, beberapa lembaga yang berwenang yakin tindakan ini dapat menggantikan amniotomi dan oksitosin sebagai metode pilihan untuk induksi persalinan.

3. Partus Lama

Partus lama merupakan fase laten lebih dari 8 jam. Persalinan telah berlangsung 12 jam atau lebih, bayi belum lahir. Dilatasi serviks di kanan garis waspada persalinan aktif. Partus lama adalah persalinan yang berlangsung lebih dari 24 jam pada primigravida dan lebih dari 18 jam pada multigravida.

Tanda dan gejala :

- Pembukaan serviks tidak membuka (kurang dari 3 cm)
- Tidak didapatkan kontraksi uterus
- Pembukaan serviks tidak melewati 3 cm sesudah 8 jam in partu (*Prolonged latent phase*)
- Pembukaan serviks melewati garis waspada partograf :
 - o Frekuensi dan lamanya kontraksi kurang dari 3, kontraksi per 10 menit dan kurang dari 40 detik
 - o *Secondary arrest of dilatation atau arrest of descent* (Disproporsi sefalopelvik)
 - o *Secondary arrest of dilatation* dan bagian terendah dengan kaput, terdapat moulase hebat, edema serviks, tanda ruptura uteri imminens, fetal dan maternal distress
 - o Pembukaan serviks lengkap, ibu ingin mengedan, tetapi tak ada kemajuan penurunan. (Kala II lama)

Penatalaksanaan :

- Selama persalinan, semangat pasien harus didukung. Kita harus membesarkan hatinya dan menghindari kata-kata yang dapat menimbulkan kekhawatiran dalam diri pasien.
- Intake cairan sedikitnya 2.500 ml per hari. Pada semua partus lama, intake cairan sebanyak ini dipertahankan melalui infuse larutan glukosa. Dehidrasi dengan tanda adanya acetone dalam urine harus segera dicegah.

- Makanan yang dimakan dalam proses persalinan tidak akan tercerna dengan baik. Makanan ini akan tertinggal dalam lambung sehingga akan menimbulkan bahaya muntah dan aspirasi. Karena itu pada persalinan yang berlangsung lama dipasang infus untuk pemberian kalori.
- Pengosongan kandung kemih dan usus harus memadai.
- Meskipun wanita yang berada dalam proses persalinan harus diistirahatkan dengan pemberian sedatif dan rasa nyerinya diredakan dengan pemberian anakgetik, namun semua preparat ini harus digunakan dengan bijaksan. Narkosis dalam jumlah yang berlebihan dapat mengganggu kontraksi dan membahayakan bayinya.
- Pemeriksaan rectal atau vaginal harus dilakukan dengan frekuensi sekecil mungkin. Pemeriksaan ini meyakiti pasien dan meningkatkan resiko infeksi.
- Apabila hasil- hsail pemeriksaan menunjukkan adanya kemajuan dan kelahiran diperkirakan terjadi dalam jangka waktu yang layak serta tidak terdapat gawat janin ataupun ibu, terapi suportif diberikan dan persalinan dibiarkan langsung secara spontan.

4. Presentasi Bokong/Letak Sungsang

Persalinan letak sungsang merupakan perslinan pada bayi dengan presentasi bokong dimana bayi letaknya sesuai dengan sumbu badan ibu, kepala berada pada fundus uteri sedag bokong merupakan bagian terbawah di daerah pintu atas panggul atau simfisis.

Tanda dan gejala :

- Pemeriksaan abdominal

Letaknya memanjang, diatas panggul terasa massa lunak dan tidak terasa seperti kepala, pada fundus uteri teraba kepala. Kepala lebih keras dan lebih bulat dari bokong dan kadang-kadang dapat dipantulkan (ballotement)
- Auskultasi

Denyut jantung janin pada umumnya ditemukan sedikit lebih tinggi dari umbilicus. Auskultasi denyut jantung janin dapat terdengar di atas umbilicus jika bokong janin belum masuk pintu atas panggul. Apabila bokong sudah masuk pintu atas panggul, DJJ biasanya terdengar di lokasi yang lebih rendah.

- Pemeriksaan dalam
Teraba 3 tonjolan tulang yaitu tuber ossis ischia dan ujung os sacrum, pada bagian diantara 3 tonjolan tulang tersebut dapat diraba anus, kadang-kadang pada presentasi bokong murni sacrum tertarik ke bawah dan teraba oleh jari-jari pemeriksa, sehingga dapat dikelirukan dengan kepala oleh karena tulang yang keras.

Penatalaksanaan :

a. Teknik *Spontaneus Breech*

- Setelah bokong lahir maka tangan penolong mencengkramnya secara Bracht yaitu kedua ibu jari sejajar sumbu panjang paha bayi, sedangkan jari-jari lain memegang panggul (dapat juga perasat Bracht ini dilakukan dengan menggunakan duk steril)
- Pada setiap his ibu terus diminta meneran
- Setelah lahirnya perut kendorkan tali pusat dengan salah satu jari tangan
- Kemudian lakukan hiperlordosis pada badan janin secara perlahan (bokong dibawa ke arah perut ibu) pada saat angulus skapula inferior tampak di bawah simpisis, penolong hanya mengikuti gerakan ini tanpa tarikan sampai kepala lahir dan bayi lahir secara keseluruhan
- Sementara itu dapat meminta asisten melakukan penekanan kepala bayi di daerah untuk mempertahankan agar kepala anak tetap dalam keadaan fleksi
- Bila ada kemacetan saat melahirkan bahu atau kepala maka perasat Bracht dinyatakan gagal

b. Teknik Klasik (*Deventer*) : melahirkan bahu belakang

- Badan ditarik ke bawah sampai ujung bawah skapula kelihatan di bawah simpisis
- Kedua pergelangan kaki bayi dipegang dengan tangan penolong yang bertentangan dengan bahu yang akan dilahirkan dan ditarik sejauh mungkin ke arah sisi perut ibu yang berlawanan dengan punggung bayi
- Masukkan tangan penolong ke dalam jalan lahir dan dengan jari tengah dan telunjuk menelusuri bahu janin sampai pada fosa kubiti kemudian lengan

bawah dilahirkan dengan gerakan seolah-olah lengan bawah mengusap muka bayi (lengan kiri dilahirkan dengan tangan kiri dan sebaliknya)

- Untuk melahirkan bahu depan, pegang pergelangan kaki bayi dengan berganti tangan
- Tarik bayi curam ke arah bawah (kontralateral)
- Dengan tangan yang satunya penolong melahirkan lengan depan dengan teknik yang sama seperti melahirkan lengan belakang
- Catatan: bila lengan depan sukar dilahirkan maka dapat juga dilakukan pemutaran sehingga lengan depan dilahirkan juga sebagai lengan belakang

c. Teknik *Mueller* : melahirkan bahu depan

- Bokong janin dipegang dengan kedua ibu jari diletakan sejajar spina sakralis media dan jari telunjuk pada krista iliaka dan jari-jari lain mencengkram paha bagian depan (teknik *duimbekken greep*). Kemudian bayi ditatik curam ke arah bawah sejauh mungkin sampai bahu depan tampak dibawah simpisis
- Melahirkan lengan depan dengan mengaitnya keluar
- Setelah bahu dan lengan depan lahir, dengan posisi pegangan yang sama tarik bayi ke arah atas sampai lengan belakang lahir dengan sendirinya. Bila lengan belakang tidak bisa lahir dengan sendirinya maka dengan jari telunjuk dan jari tengah penolong mengaitnya keluar.

d. Teknik *Lovset*

Dengan memegang bayi secara *duimbekken greep* putar badan bayi 1800 (setengah lingkaran) beberapa kali sampai bahu dan lengan lahir, bila lengan tidak bisa lahir dengan sendirinya, kait lengan bayi.

e. Melahirkan Kepala Secara Mauriceau (*Veit-Smellie*)

- Setelah bahu dan lengan lahir, posisikan badan bayi menunggangi lengan kiri penolong
- Jari tengah tangan kiri penolong dimasukan ke dalam mulut bayi sedangkan jari yang lain mencengkram fosa kanina
- Tangan kanan penolong mencengkram leher bayi bagian belakang dengan posisi leher dijepit oleh jari telunjuk dan tengah

- Kemudian kepala bayi ditarik curam ke bawah sambil asisten melakukan dorongan Kristeller
- Setelah suboksiput tampak di bawah simpisis, kepala janin dielevasi ke atas dengan suboksiput sebagai hipomoklion sehingga berturut-turut lahir dagu, mulut, hidung, mata, dahi, UUB dan akhirnya lahirlah seluruh badan bayi.

5. Persalinan Tali Pusat Menumbung

Tali pusat menumbung (atau prolapsus tali pusat; prolapsus funikuli) mengacu kepada peristiwa turunnya tali pusat ke dalam vagina sehingga berada di depan presenting part. Propalus ini dapat terjadi kapan saja Ketika membrane pecah khususnya presenting part belum masuk dengan pas ke dalam serviks.

Penyebab :

- Ketuban pecah dini (KPD)
- Presentasi janin bukan presentasi kepala
- Janin yang kecil
- Disporposi sefalopelvik yang menghalangi engagement yang ketat
- Hidramnion
- Kehamilan kembar

Penatalaksanaan :

- Pasien di tempatkan dalam posisi *Tredelenburg* atau posisi lutut-dada untuk mengurangi tekanan pada tali pusat
- Kepala janin di angkat ke atas agar terlepas dari tali pusat dengan tangan yang sudah mengenakan sarung tangan steril dan dimasukkan ke dalam vagina ibu.
- Oksigen di berikan untuk meningkatkan oksigenisasi janin
- Monitoring DJJ untuk mendeteksi deselerasi
- Kasa steril yang sudah dibasahi dengan larutan saline dipakai untuk membungkus tali pusat yang sudah terpajan di luar
- Kelahiran per-vaginam dapat dilakukan jika serviks sudah dilatasi lengkap; kelahiran dengan seksio cesarea dilakukan bila dilatasi serviks tidak lengkap.

6. Persalinan dengan Bantuan Vakum Ekstraksi

Ekstraksi vakum merupakan salah satu dari dua instrumen tindakan obstetrik operatif yang bertujuan untuk menolong persalinan melalui jalan lahir atau pervaginam. Alat ekstraksi vakum terdiri dari mangkok penghisap, botol vakum dan pompa untuk membentuk tekanan negatif. Tindakan ini dilakukan untuk semua keadaan yang mengancam ibu dan janin yang memiliki indikasi untuk menjalani persalinan pervaginam dengan bantuan alat.

Indikasi :

- Partus tidak maju dengan anak hidup
- Kala II lama dengan presentasi kepala belakang

Kontraindikasi :

- Ruptur uteri membakat, ibu tidak boleh mengejan, panggul sempit.
- Bukan presentasi belakang kepala, presentasi muka atau dahi
- Kepala belum masuk pintu atas panggul
- Pembukaan serviks tidak lengkap
- Bukti klinik adanya CPD

Penatalaksanaan : (dilakukan oleh dokter)

- Pastikan pembukaan lengkap, tidak ada bagian kecil janin di depan, presentasi kepala dan sudah masuk panggul (2/5), pastikan juga posisi kepala, pecahkan ketuban bila belum pecah.
- Bila perineum kaku lakukan episiotomi primer didahului dengan anestesi, bila perineum tidak kaku namun tetap memerlukan episiotomi maka episiotomi dapat dilakukan ketika kepala telah crowning dan perineum telah teregang
- Gunakan cup yang sesuai dengan ukuran kepala janin
- Masukkan mangkuk ke dalam vagina dalam keadaan miring
- Pasang cup pada bagian terendah kepala menjauhi ubun-ubun besar. Dengan jari tangan kiri periksa keliling cup, pastikan tidak ada vagina atau porsio yang terjepit diantara cup dan kepala janin.
- Peran Bidan : Lakukan penghisapan dengan pompa penghisap (vakum ekstraktor) tenaga 0,2 atm, dengan interval 2 menit, tenaga vakum yang digunakan 0,7 – 0,8 atm (kg/cm²), ini menggunakan waktu kurang lebih 6 – 8

menit. Dengan adanya tenaga negatif ini maka kepala janin akan membentuk caput suksedaneum artifisialis (chignon)

- Lakukan lagi penilaian untuk meyakinkan tidak ada bagian-bagian jalan lahir yang terjepit
- Bersamaan dengan timbulnya his ibu disuruh meneran sementara tangan kanan melakukan penarikan dengan arah searah sumbu panggul. Ibu jari, jari telunjuk dan jari tengah tangan kiri menahan mangkuk
- Traksi dilakukan terus selama ada his sampai suboksiput berada di bawah simpisis (bila his berhenti maka traksi juga berhenti)
- Tarikan di arahkan ke atas mengikuti gerakan defleksi kepala janin, sementara tangan kiri menahan perineum, maka berturut-turut lahirlah dahi, muka, dagu.
- Setelah kepala lahir Bidan membuka pengunci dengan cara kendorkan tekanan hampa udara (vakum)
- Lepas cup dari kepala bayi
- Letakan tangan biparietal pada sisi kepala bayi, lalu lahirkan bahu depan kemudian bahu belakang BILA TERJADI DISTOSIA BAHU (lakukan perasat MC. Robert):
 - a. Kedua paha ibu ditarik sedekat mungkin mendekati dada ibu dengan kedua tangan, kepala ibu menunduk semaksimal mungkin sehingga dagu menyentuh dada
 - b. Letakan tangan biparietal, tarik kepala bayi ke arah posterior untuk melahirkan bahu depan, kemudian tarik kepala bayi ke arah anterior untuk melahirkan bahu belakang
 - c. Bisa juga sambil asisten membantu menekan bahu janin dari luar di atas simpisis
- Setelah bayi lahir seluruhnya, letakan di perut ibu, dikeringkan dan ganti bungkus bayi dengan yang kering, nilai selintas, jika terjadi asfiksia lakukan pertolongan resusitasi.

7. Dystocia Bahu

Dystocia bahu adalah tersangkutnya bahu janin dan tidak dapat dilahirkan setelah kepala janin dilahirkan. Nilai normal interval waktu antara persalinan

kepala dengan persalinan seluruh tubuh adalah 24 detik, pada dystocia bahu 79 detik.

Penatalaksanaan :

- Mengatur posisi klien kedalam posisi litotomi
- Apabila kepala bayi sudah lahir, namun bahu tidak dapat lahir, maka dikatakan DISTOCIA BAHU. Melahirkan Bahu Secara Mc. ROBERT. Episiotomi telah dilakukan
- Kedua paha ibu ditarik sedekat mungkin mendekati dada ibu dengan kedua tangan, kepala ibu menunduk semaksimal mungkin sehingga dagu menyentuh dada
- Letakan tangan biparietal, tarik kepala bayi ke arah posterior maka lahirlah bahu depan, kemudian tarik kepala bayi ke arah anterior untuk melahirkan bahu belakang
- Pindahkan tangan untuk melahirkan badan bayi dengan sanggah susur
- Setelah bayi lahir seluruhnya, letakan di perut ibu dan dikeringkan sambil melakukan penilain selintas.ganti dengan handuk kering.
- Memastikan Janin Tunggal, dan memberitahu ibu kalau akan disuntik
- Menyuntikkan oxytosin 10 iu
- Mengklem, memotong, mengikat tali pusat dan IMD
- Asuhan Kala III dan Kala IV

8. bjhuhui

IV. Kewenangan bidan dalam Menanganketui Penyulit Persalinan

- 1) UU dan Permenkes 1464 tahun 2010 tentang kewenangan bidan Pasal 19 Dalam melaksanakan praktik/kerja, bidan mempunyai hak:
 - Memperoleh perlindungan hukum dalam melaksanakan praktik/kerja sepanjang sesuai dengan standar;
 - memperoleh informasi yang lengkap dan benar dari pasien dan/atau keluarganya;
 - melaksanakan tugas sesuai dengan kewenangan dan standar; dan
 - menerima imbalan jasa profesi.

- 2) Standar 18 : Penanganan Kegawatan pada partus lama/macet Pernyataan standar :
Bidan mengenali secara tepat tanda dan gejala partus lama/macet serta melakukan penanganan yang memadai dan tepat waktu atau merujuknya.
- 3) Standar 19 : Persalinan dengan penggunaan Vakum Ekstraktor Pernyataan standar:
Bidan mengenali kapan diperlukan ekstraksi vakum melakukannya secara benar dalam memberikan pertolongan persalinan dengan memastikan keamanannya bagi ibu dan bayinya.

Daftar Pustaka

- Oxorn, Harry dan William R. Forte. 2010. Ilmu Kebidanan, patologi dan Fisiologi Persalinan. Yogyakarta: Yayasan Esentia Medika.
- Lockhart, A., & Saputra, L. (2014). *Asuhan Kebidanan Masa Persalinan Fisiologis dan Patologis*. Tangerang: BINARUPA AKSARA Publisier.