

MEKANISME PERSALINAN DAN FISIOLOGI NIFAS

Siti Nurhidayati
Kiftiyah
Mika Sugarni
Sri Susilawati
Tanti Tri Lestary
Andi Arlina
Meti Patimah
Surya Mustika Sari
Sri Wahyuni Sundari
Via Zakiah
Dwi Ayu Rahmawati
Nasrayanti Nurdin



MEKANISME PERSALINAN DAN FISIOLOGI NIFAS

**Siti Nurhidayati
Kiftiyah
Mika Sugarni
Sri Susilawati
Tanti Tri Lestary
Andi Arlina
Meti Patimah
Surya Mustika Sari
Sri Wahyuni Sundari
Via Zakiah
Dwi Ayu Rahmawati
Nasrayanti Nurdin**



GET PRESS INDONESIA

MEKANISME PERSALINAN DAN FISILOGI NIFAS

Penulis :

Siti Nurhidayati
Kiftiyah
Mika Sugarni
Sri Susilawati
Tanti Tri Lestary
Andi Arlina
Meti Patimah
Surya Mustika Sari
Sri Wahyuni Sundari
Via Zakiah
Dwi Ayu Rahmawati
Nasrayanti Nurdin

ISBN :

Editor : Dr. Oktavianis, M.Biomed.
Ilda Melisa, A.Md.,Kep

Penyunting : Rantika Maida Sahara, S.Tr.Kes.

Desain Sampul dan Tata Letak : Atyka Trianisa, S.Pd

Penerbit : GET PRESS INDONESIA
Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

Jl. Pasir Sebelah No. 30 RT 002 RW 001
Kelurahan Pasie Nan Tigo Kecamatan Koto Tangah
Padang Sumatera Barat

Website : www.getpress.co.id

Email : adm.getpress@gmail.com

Cetakan pertama, Juli 2023

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan
dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Segala Puji dan syukur atas kehadiran Allah SWT dalam segala kesempatan. Sholawat beriring salam dan doa kita sampaikan kepada Nabi Muhammad SAW. Alhamdulillah atas Rahmat dan Karunia-Nya penulis telah menyelesaikan Buku Mekanisme Persalinan Dan Fisiologi Nifas ini.

Buku ini membahas Mekanisme persalinan Fetal Positioning, Mekanisme persalinan Fetal skull, Mekanisme persalinan presentasi vertex, Mekanisme persalinan presentasi vertex (oksiput posterior kanan dan kiri), Mekanisme persalinan presentasi bokong (sacrum anterior kiri), Mekanisme persalinan presentasi bokong (sacrum posterior kiri), Fisiologi dan fungsi nyeri pada persalinan, Konsep Fisiologi Nifas, Adaptasi anatomi dan fisiologi pada masa nifas, Perubahan sistem reproduksi dan sistem lainnya, Anatomi payudara, Fisiologi laktasi pada masa nifas.

Proses penulisan buku ini berhasil diselesaikan atas kerjasama tim penulis. Demi kualitas yang lebih baik dan kepuasan para pembaca, saran dan masukan yang membangun dari pembaca sangat kami harapkan.

Penulis ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah mendukung dalam penyelesaian buku ini. Terutama pihak yang telah membantu terbitnya buku ini dan telah mempercayakan mendorong, dan menginisiasi terbitnya buku ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi masyarakat Indonesia.

Padang, Juli 2023

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR GAMBAR	vii
BAB 1 FETAL POSITIONING.....	1
1.1 Pendahuluan.....	1
1.2 Posisi Janin (Fetal Positioning)	1
1.2.1 Transverse	2
1.2.2 Oblique	3
1.2.3 Left Occiput Anterior (LOA).....	4
1.2.4 Right Occiput Anterior (LOA)	4
1.2.5 Left Occiput Posterior (LOP).....	5
1.2.6 Right Occiput Posterior (ROP)	6
1.2.7 frank breech.....	6
1.2.8 Complete Breech.....	7
1.2.9 floating breech.....	8
1.2.10 Floating Frank	8
1.2.11 Kneeling Breech.....	9
1.2.12 Sacrum anterior dan posterior	9
1.2.13 mentum anterior dan posterior	10
1.3 mekanisme persalinan	12
1.3.1 Mento Anterior.....	12
1.3.2 Mento Posterior.....	12
1.3.3 Cardinal Movement pada persalinan normal.....	13
DAFTAR PUSTAKA	14
BAB 2 MEKANISME PERSALINAN FETAL SKULL	15
2.1 Pendahuluan.....	15
2.2 Mekanisme Persalinan dengan presentasi kepala	16
2.2.1 Definisi Persalinan Normal	16
2.2.2 Mekanisme Persalinan Normal	17
2.2.3 Mekanisme Persalinan Sesuai Dengan Anatomi Panggul dan Fetal Skull	17

2.2.4	Diagnosis Presentasi Belakang Kepala.....	19
2.2.5	Gerakan Kardinal dan Presentasi Belakang Kepala	20
	DAFTAR PUSTAKA	31
BAB 3 MEKANISME PERSALINAN PRESENTASI		
	VERTEX (OKSIPUT ANTERIOR KANAN DAN KIRI)	33
3.1	Pendahuluan.....	33
3.2	Mekanisme Persalinan Presentasi Vertex (Oksiput Anterior Kanan dan Kiri).....	34
3.2.1	Oksiput Anterior Kanan/ <i>Right Occiput Anterior</i> (ROA)	34
3.2.2	Oksiput Anterior Kiri/ <i>Left Occiput Anterior</i> (LOA).....	35
3.3	Tahapan Mekanisme Persalinan Vertex.....	36
3.3.1	Engagement	36
3.3.2	Desensus/Descent	38
3.3.3	Fleksi.....	39
3.3.4	Rotasi Internal (putaran paksi dalam)	40
3.3.5	Ekstensi	41
3.3.6	Rotasi Eksternal (putaran paksi luar).....	42
3.3.7	Ekspulsi	43
	DAFTAR PUSTAKA	45
BAB 4 MEKANISME PERSALINAN PRESENTASI		
	VERTEX (OKSIPUT POSTERIOR KANAN DAN KIRI)	47
4.1	Pendahuluan.....	47
4.2	Persentasi Janin Verteks (Oksiput Posterior)	48
4.2.1	Pengertian.....	49
4.2.2	Macam-Macam Posisi Janin OP.....	50
4.2.3	Penyebab Terjadinya Posisi Janin OP	50
4.2.4	Diagnosis.....	52
4.2.5	Efek Posisi OP dalam Persalinan.....	54
4.2.5	Bayi OP Bisa Melalui Persalinan Normal.....	55
4.2.6	Cara Mengetahui Posisi Janin OP	59

4.2.7 Cara Mencegah Janin Posisi OP	59
DAFTAR PUSTAKA	61
BAB 5 MEKANISME PERSALINAN PRESENTASI	
BOKONG (SACRUM ANTERIOR KIRI)	63
5.1 Pendahuluan.....	63
5.2 Jenis Letak pada Persalinan Bokong.....	64
5.3 Mekanisme Persalinan Bokong dengan presentasi	
Sacrum Kiri Anterior.....	66
5.4 Komplikasi Persalinan Presentasi Bokong	70
DAFTAR PUSTAKA	72
BAB 6 MEKANISME PERSALINAN PRESENTASI	
BOKONG (SACRUM POSTERIOR KIRI)	73
6.1 Pendahuluan.....	73
6.2 Etika Menulis.....	73
6.3 Etiologi dari letak sungsang.....	74
6.4 Komplikasi persalinan letak sungsang.....	76
6.5 Penanganan presentasi bokong.....	78
6.6 Mekanisme Persalinan dengan Presentase Bokong....	80
6.7 Manajemen kala III	87
6.8 Wewenang Bidan dalam Persalinan Letak Sungsang..	87
DAFTAR PUSTAKA	89
BAB 7 FISILOGI NYERI PADA PERSALINAN	91
7.1 Pendahuluan.....	91
7.2 Konsep Nyeri.....	91
7.3 Fisiologi Nyeri Persalinan	92
7.4 Faktor Yang Memengaruhi Nyeri Persalinan	96
7.5 Pengurangan Nyeri Persalinan Secara No	
Farmakologi.....	98
DAFTAR PUSTAKA	103
BAB 8 KONSEP DASAR MASA NIFAS	107
8.1 Konsep Dasar Teori Nifas.....	107
8.1.1 Definisi	107
8.1.2 Pembagian Masa Nifas.....	107

8.1.3 Perubahan-perubahan yang Terjadi pada Masa Nifas	108
8.2 Masa Nifas	108
8.3 Tujuan Perawatan Masa Nifas.....	109
8.4 Kebutuhan Dasar Ibu Masa Nifas	110
8.5 Komplikasi dan Penyakit Dalam Masa Nifas.....	118
8.6 Program Masa Nifas	120
DAFTAR PUSTAKA	123
BAB 9 ADAPTASI PSIKOLOGIS DALAM PERSALINAN DAN NIFAS	125
9.1 Pendahuluan.....	125
9.2 Adaptasi Psikologis dalam Persalinan.....	126
9.3 Adaptasi psikologis Masa Nifas	128
9.3.1 tahapan adaptasi masa nifas	129
9.3.2 Respon keluarga terhadap bayi baru lahir	131
9.3.3 Jenis Gangguan Psikologis pada Ibu Nifas	132
DAFTAR PUSTAKA	136
BAB 10 PERUBAHAN SISTEM REPRODUKSI DAN SISTEM LAINNYA	139
10.1 Perubahan Sistem Reproduksi	139
10.1.1 Perubahan Pada <i>Uterus</i>	139
10.1.2 Perubahan Pada <i>Serviks</i>	140
10.1.3 Perubahan Pada Vagina dan <i>Perineum</i>	141
10.1.4 Perubahan Pada <i>Ovarium</i> dan <i>Tuba Falopi</i>	142
10.2 Perubahan Sistem lainnya	142
10.2.1 Perubahan Pada Sistem Pencernaan.....	142
10.2.2 Perubahan Pada Sistem Perkemihan.....	143
10.2.3 Perubahan Pada Sistem <i>Muskuloskeletal</i>	144
10.2.4 Perubahan Tanda-Tanda Vital	144
10.2.5 Perubahan Sistem <i>Kardiovaskuler</i>	145
10.2.6 Perubahan Pada Sistem <i>Hematologi</i>	146
10.2.7 Perubahan Pada Sistem Endokrin	147
DAFTAR PUSTAKA	148

BAB 11 ANATOMI PAYUDARA.....	149
11.1 Pendahuluan.....	149
11.2 Anatomi Payudara.....	149
11.2.1 Struktrur Makroskopis Payudara	151
11.2.2 Struktur Mikroskopis Payudara.....	152
DAFTAR PUSTAKA	154
BAB 12 FISILOGI LAKTASI PADA MASA NIFAS	155
12.1 Pengertian Laktasi.....	155
12.2 Refleks Pada Proses Laktasi	158
12.3 Faktor Yang Mempengaruhi Laktasi	158
12.4 Faktor Yang Mempengaruhi Oksitosin Dan Prolaktin	160
12.5 Manajemen Laktasi.....	161
12.6 Inisiasi Menyusui Dini Dan Asi Eksklusif.....	163
12.7 Masalah Dalam Menyusui	165
12.8 Menyusui Pada Bayi Bermasalah	167
DAFTAR PUSTAKA	169
BIODATA PENULIS	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1. posisi transverse.....	2
Gambar 1.2. posisi oblique	3
Gambar 1.3. posisi LOA	4
Gambar 1.4. posisi ROA.....	4
Gambar 1.5. posisi LOP.....	5
Gambar 1.6. posisi ROP	6
Gambar 1.7. posisi Frank breech	6
Gambar 1.8. posisi complete breech.....	7
Gambar 1.9. posisi floating breech	8
Gambar 1.10. posisi floating frank	8
Gambar 1.11. posisi kneeling breech	9
Gambar 1.12. macam-macam posisi breech.....	10
Gambar 1.13. posisi mentum.....	11
Gambar 2.1. mekanisme Gerakan kardinal.....	21
Gambar 2.2. Masuknya kepala ke PAP.....	24
Gambar 2.3. Posisi kepala Fleksi.....	26
Gambar 2.4. Rotasi Interna	27
Gambar 2.5. Kepala Ekstensi.....	28
Gambar 2.6. Rotasi Luar	29
Gambar 2.7. Ekspulsi	30
Gambar 3.1. Posisi Oksiput Anterior Kiri	35
Gambar 3.2. Posisi Oksiput Anterior Kanan dan Kiri.....	36
Gambar 3.3. <i>Engagement</i>	37
Gambar 3.4. Proses <i>Engagement</i>	37
Gambar 3.5. Descent to Fleksi	38
Gambar 3.6. Posisi Fleksi	39
Gambar 3.7. Tahap Rotasi Internal	41
Gambar 3.8. Ekstensi.....	42
Gambar 3.9. Proses Rotasi Eksternal	43
Gambar 3.10. Tahap Ekspulsi	44

Gambar 4.1. Posisi Janin Saat Dilahirkan dengan Oksiput Posterior (OP)	49
Gambar 4.2. Perbedaan oksiput anterior dan oksiput posterior	50
Gambar 4.3. Posisi Duduk Penyebab posisi Janin OP	51
Gambar 4.4. Berbagai Posisi Penyebab Posisi Janin OP	52
Gambar 4.5. Inspeksi Abdomen pada A. oksiput anterior (OA) dan B. oksiput posterior (OP)	53
Gambar 4.6. <i>Vaginal Toucher</i> posisi oksipitoanterior dan oksipitoposterior	53
Gambar 4.7. OA dan OP optimal	55
Gambar 4.8. Mekanisme Persalinan dengan Posisi Janin OP	56
Gambar 4.9. Posisi Merangkak dengan Posisi Janin OP	57
Gambar 4.10. Posisi <i>Hands and Knees</i> /Merangkak pada Ibu Bersalin	58
Gambar 4.11. Posisi yang bisa dilakukan untuk janin posisi OP	60
Gambar 5.1. Presentasi Bokong sempurna	65
Gambar 5.2. Presentasi bokong murni atau "frank breech"	65
Gambar 5.3. Presentasi kaki satu kaki diperpanjang	66
Gambar 5.4. Posisi Litotomi	67
Gambar 5.5. Gambaran posisi janin Sacrum Kiri Anterior	67
Gambar 5.1. Bokong memposisikan Latero-Fleksi	68
Gambar 5.2. Manuver Lovset	69
Gambar 5.8. Manuver Braht	70
Gambar 5.3. Manuver Mauriiceau atau Smellie-Veit	70
Gambar 7.1. <i>Pathways</i> Nyeri Viseral	93
Gambar 7.2. <i>Pathways</i> Nyeri Somatik I	94
Gambar 7.3. Transmisi nyeri persalinan	95

Gambar 7.4. Distribusi nyeri persalinan selama transisi dan fase awal kala II..... 95

Gambar 11.1. Anatomi Payudara 149

Gambar 11.2. Macam-Macam Bentuk Putting..... 152

BAB 1

FETAL POSITIONING

Oleh Siti Nurhidayati

1.1 Pendahuluan

Identifikasi posisi janin secara sederhana dapat berdasarkan asal dari tendangan janin atau dengan palpasi bagian janin yang terasa secara umum ditemukan saat pemeriksaan leopold. Secara umum jika teraba bagian keras memanjang seperti papan merupakang bagian punggung dan jika teraba bagian kecil dan beberapa ruang yang kosong disertai dengan gerakan yang lebih aktif merupakan anggota tubuh bayi dan bayi menghadap kedepan. Identifikasi lain bagian bawah dan atas janin jika bulat keras dan melenting lebih terhadap kepala dan jika lebih lunak merupakan bokong bayi. Namun pada saat pemeriksaan ada beberapa kondisi yang mungkin menyulitkan pemeriksa (Dokter, Bidan dan Perawat) untuk mengidentifikasi posisi janin, seperti posisi plasenta, kekencangan perut atau penambahan berat badan ibu menjadikan kita lebih sulit melakukan palpasi. Jika hasil pemeriksaan leopold membutuhkan validasi maka dilakukan pemeriksaan ultrasonografi untuk memastikakn posisi bayi.

1.2 Posisi Janin (Fetal Positioning)

Posisi janin adalah letak denominator pada empat kuadran pelvis, merupakahn gambaran hubungan presentasi janin dengan panggul ibu (Siswosudarmo dan Ova, 2008). Contoh dalam kasus letak vertex, oksiput calvarium janin adalah penanda yang digunakan untuk menggambarkan posisi tersebut, ketika oksiput menghadap simfisi pubis, posisi ini disebut direct occiput anterior dan ketika oksiput berada diantara spina iskiadika dan simfisis

maka disebut right/ left occiput anterior. Dalam kasus presentasi bokong bagian sakrum janin yang digunakan untuk menentukan posisi. Dalam letak melintang maka struktur bahu (akromion) dapat digunakan untuk menggambarkan posisi dan pada presentasi muka denominator yang digunakan untuk menggambarkan posisi adalah bregma dan mentum. Selain presentasi yang disebutkan diatas terdapat presentasi majemuk dimana satu atau lebih ekstremitas janin akan muncul di samping vertex atau bokong.

Faktor yang menyebabkan perbedaan posisi janin diantaranya: elastisitas dan fleksibilitas uterus, ligamen dan fascia, ukuran panggul, bentuk panggul, posisi plasenta, penyesuaian posisi dipanggul, posisi dagu mengarah/menjauh dari dada janin dan paritas primipara.

Berikut beberapa posisi janin baik pada presentasi kepala, muka dan bokong :

1.2.1 Transverse



Gambar 1.1. posisi transverse

Sumber <https://www.mamanatural.com/fetal-position/>

Posisi ini memiliki sebutan lain yaitu posisi melintang. Posisi ini jarang terjadi selama proses persalinan, karena bayi dalam posisi umumnya menundukkan kepala sebelum melahirkan.

Namun, ketika bayi tetap dalam posisi melintang persalinan menjadi lebih sulit dengan bayi cenderung tertahan di jalan lahir yang dapat menyebabkan kegawatan seperti prolaps tali pusat. Kepala bayi seperti menghadap ketas atau ke bawah. Posisi didalam uterus janin menyamping dan seperti sedang bersantai ditempat tidur yang bergantung.

1.2.2 Obligue



Gambar 1.2. posisi oblique

Sumber <https://www.mamanatural.com/fetal-position/>

Posisi ini merupakan posisi punggung janin sejajar dengan sisi kanan ibu dan tidak miring ke depan (anterior) maupun belakang (posterior). Nama lain dari posisi ini adalah oksiput lateral kanan. Bayi dengan posisi ini biasanya akan berputar keposisi posterior.

1.2.3 Left Occiput Anterior (LOA)



Gambar 1.3. posisi LOA

Sumber <https://www.mamanatural.com/fetal-position/>

Posisi janin ini ouggung bayi berada disisi kanan ibu, sehingga anggota badan jelas berada disisi kiri dan oleh karena itu ibu akan banyak merasakan gerakan dan tendangan di sebelah kiri. ketika posisi menunduk dengan bagian kepala bayi menghadap sisi kiri ibu dan melihat kedalam ke arah tulang belakang ibu. Karena wajah bayi sebenarnya mengarah ke kanan rahim ibu. Penunjuk posisi janin adalah posisi arah mana belakang leher menghadap bukan wajah janin.

1.2.4 Right Occiput Anterior (LOA)



Gambar 1.4. posisi ROA

Sumber <https://www.mamanatural.com/fetal-position/>

Pada posisi ini kepala janin berada dibagian bawah, punggungnya menghadap ke sisi kanan ibu dan janin menghadap kedalam kearah sumbu tubuh ibu (tulang belakang). Muka janin menghadap ke punggung ibu dan posisi ini merupakan posisi yang idela untuk peralinalan pervaginam.

1.2.5 Left Occiput Posterior (LOP)



Gambar 1.5. posisi LOP

Sumber <https://www.mamanatural.com/fetal-position/>

Posisi ini merupakan posisi bayi menunduk bagian belakang lehernya menghadap kesisi kiri ibu dan tulang punggungnya menghadap ke tulang belakang ibu. Pada posisi janin ini bagian belakang bayi sejajar dengan sumbu tubuh ibu (punggung ibu). Ketika punggung janin berdekatan dengan punggung ibu akan menyebabkan nyeri yang berlebih ketika bersalin dan bisa dipertimbangkan untuk alternatif pengurangan nyeri atau berkonsultasi mengenai metode persalinan.

1.2.6 Right Occiput Posterior (ROP)



Gambar 1.6. posisi ROP

Sumber <https://www.mamanatural.com/fetal-position/>

Posisi ini merupakan posisi kepala bayi berada dibawah dan bagian belakang terdapat leher yang menghadap kekanan dan tulang punggung bayi menghadap di sumbu tubuh ibu (punggung ibu).

1.2.7 frank breech



Gambar 1.7. posisi Frank breech

Sumber <https://www.mamanatural.com/fetal-position/>

Posisi ini merupakan posisi bokong seutuhnya karena pinggul bayi tertekuk dan lutut serta kaki berada diatas telinganya. Kejadian bayi dengan letak posisi sungsang sekitar 65-70%). Posisi janin ini meningkatkan kemungkinan lilitan tali pusat dan menyebabkan beberapa cedera persalinan.

1.2.8 Complete Breech



Gambar 1.8. posisi complete breech

Sumber <https://www.mamanatural.com/fetal-position/>

Posisi bayi ini merupakan posisi dimana bokong berada dibawah namun posisi kaki seperti duduk bersila didalam uterus dengan lutut tertekuk dan kakinya lebih rendah daripada PAP (pintu atas panggul). Seperti halnya dengan posisi bokong yang lain, posisi ini juga memiliki resiko lilitan tali pusat lebih tinggi untuk persalinan normal pervaginam dengan ketak sungsang total.

1.2.9 floating breech



Gambar 1.9. posisi floating breech

Sumber <https://www.mamanatural.com/fetal-position/>

Posisi bayi ini merupakan posisi bokong di bawah dengan posisi salah satu kaki dibawah bokong dan satunya menyilang atau bahkan keduanya. Presentasi kedua kaki lebih jarang terjadi dan kebanyakan pada bayi yang lahir premature. Kemungkinan letak tali pusat dapat berada dibawah atau mulut Rahim, sehingga menumbung dan dapat memutus suplai oksigen dan darah ke bayi.

1.2.10 Floating Frank



Gambar 1.10. posisi floating frank

Sumber <https://www.mamanatural.com/fetal-position/>

Posisi bayi ini merupakan posisi dimana bokong berada di posisi paling bawah kemudian salah satu kaki lurus (seperti *freech breech*) dan kaki lainnya ditekuk (seperti *complete breech*), nama lain dari posisi ini adalah sungsang tidak lengkap.

1.2.11 Kneeling Breech



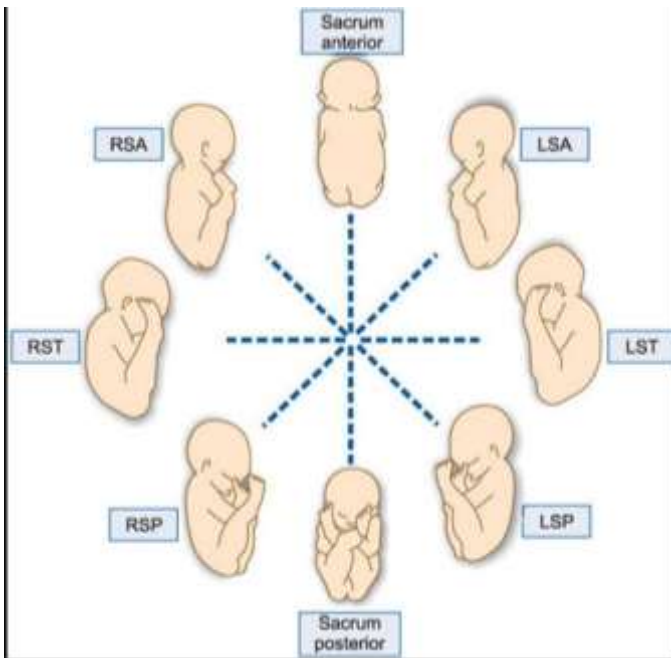
Gambar 1. 11. posisi kneeling breech

Sumber <https://www.mamanatural.com/fetal-position/>

Posisi ini merupakan posisi bayi seperti berlutut didasar panggul. Sungsang berlutut adalah bentuk sungsang yang sangat langka. Posisi kneeling dan floating breech lebih beresiko melahirkan normal dibandingkan dengan frank breech.

1.2.12 Sacrum anterior dan posterior

Posisi sacrum anterior merupakan posisi sacrum bayi mendekati simpisis ibu sedangkan posisi sacrum posterior merupakan posisi sacrum bayi mendekati tulang cocygis ibu.



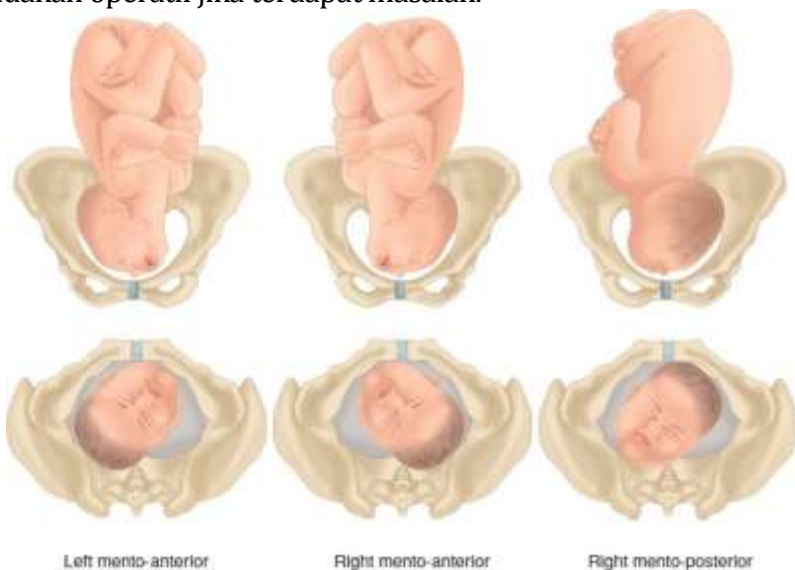
Gambar 1.12. macam-macam posisi breech

Sumber <https://images.app.goo.gl/VFwZhUCkmEx13u1f7>

1.2.13 mentum anterior dan posterior

Posisi ini merupakan posisi pada presentasi muka, dimana mentum/atau dagu berada dibagian bawah. Insiden kejadian presentasi muka ini 1:300 (Elmowafi DM, 2022). Faktor resiko yang menyebabkan posisi ini adalah prematuritas, BBLR, Macrosomia, CPD (Cephalopelvic disproportion), anencheapaly, hidrocephalus, multiple nuchal cords (lilitan tali pusat lebih dari sekali, kelainan panggul, obesitas, multipara, polihramnion dan riwayat SC. Terdapat 3 posisi mentum pada presentasi muka : 1) mentum anterior : posisi ini dagu janin menghadap pada sisi depan ibu dan akan menjad presentasi wajah. Bayi dengan posisi ini bisa dilahirkan pervaginam meskipun dibeberapa kasus dapat melalui SC. 2) mentum posterior: dalam posisi ini dagu janin menghadap

pada punggung ibu, pada waktu yang bersamaan kepala, leher dan bahu masuk ke ruang panggul sehingga janin berusaha menyesuaikan diri dengan berputar menjadi mentum anterior karena kondisi ruang panggul menjadi penuh. Dalam posisi ini lebih sering dilakukan tindakan operatif namun di beberapa kondisi dapat dilahirkan secara pervaginam dengan pertimbangan, ibu multipara dengan riwayat persalinan pervaginam, DJJ janin normal dan terdapat kemajuan persalinan dengan baik. 3) mentum tranverse : yaitu posisi dagu bayi menghadap ke jalan lahir. Posisi ini dapat dicoba dilahirkan secara pervaginam jika keadaan ibu dan janin dipantau dan hasilnya baik. Namun segera melakukan tindakan operatif jika terdapat masalah.



Gambar 1.13. posisi mentum

Sumber <https://causemamatries.wordpress.com/>

1.3 mekanisme persalinan

1.3.1 Mento Anterior

- 1) Descent
- 2) engagement oleh suboksipito bregmatika dengan diameter 9,5 cm
- 3) ekstensi
- 4) 1/8 lingkaran dagu depan mengalami putaran paksi dalam
- 5) fleksi : gerakan janin mulai turun memposisikan diri pada mento anterior ketika daerah submental bergantung dibawah simfisis. Sempitnya daerah vulva menjadikan bayi menyesuaikan diri dengan diameter submento vertikal 11,5 cm.
- 6) restitusi (pembebasan bagian terendah)
- 7) putaran paksi luar menyesuaikan sumbu janin dan ibu
* engagement/penurun kepala menjadi agak lama karena diameter biparietal tidak melewati pintu atas panggul sampai dagu berada dibawah tingkat spina iskiadika dan wajah mulai mendorong perineum, tidak terjadi molase seperti persentasi vertex (Zeno *et al*, 2008).

1.3.2 Mento Posterior

- 1) pada 2/3 kasus terjadi pemjangan 3/8 bagian dagu anterior sehingga kepala dilahirkan sebagai mento-anterior.
- 2) Pada 1/3 kasus salah satu dari peristiwa ini yang akan terjadi, diantaranya: posisi wajah melintang lebih dalam (saat dagu berputar 1/8 lingkaran bagian depan), mento-posterior persisten (bila tidak terjadi rotasi), mento-posterior langsung (saat dagu berputar 1/8 lingkaran bagian belakang) dan kondisi terakhir tidak terjadi kemajuan persalinan.
- 3) Direct mento posterior tidak seperti direct occipito posterior tidak dapat dilahirkan karena: persalinan harus

dilakukan dengan ekstensi sementara kepala sudah diekstensikan secara maksimal, karena panjang sakrum adalah 10 cm dan panjang leher hanya 5 cm, bahu masuk panggul dan terbentur saat kepala masih terbentur sehingga persalinan terhambat (Zeno *et al*, 2008).

1.3.3 Cardinal Movement pada persalinan normal

Menurut makajeva *et al* (2023) mekanisme penurunan kepala pada persalinan normal adalah sebagai berikut :

- 1) *Engagement* (penurunan kepala pada pintu atas panggul)
- 2) *Descent*
- 3) *Neck flexion*
- 4) *Internal rotation* (putaran paksi dalam)
- 5) *Extention* (proses kelahiran/pembebasan bagian kepala)
- 6) *External rotation* (putaran paksi luar menyesuaikan sumbu janin)
- 7) *Expulsion* (proses kelahiran berturut-turut : dahi, mata, hidung, mulut dan dagu)

Beberapa gerakan tidak dilakukan pada presentasi wajah. Dari penjelasan diatas jelas bahwa persalinan akan terhenti pada presentasi alis kecuali jika secara spontan berubah menjadi muka atau vertex karena diameter oksipital janin lebih lebar daripada diameter terkecil panggul wanita, namun presentasi wajah tetap bisa dilahirkan secara pervaginam.

DAFTAR PUSTAKA

- Fomukong, NH. Edwin N. Edgar N. Nkfusai NC. , Yunga P. Ijang NP. Bede F. Shirinde J. Cumber SN. 2019. Management of face presentation, face and lip edema in a primary healthcare facility case report, Mbengwi, Cameroon. The Pan African Medical Journal ; Doi 10.11604/pamj.2019.33.292.18927
- Julien, S., Lockwood, C. J., & Barss, V. A. (2014). Face and brow presentations in labor. Up to date.
- Makajeva, J. Ashraf M. 2023. Delivery, Face and Brow Presentation. StatPearls: di akses pada 26 juni 2026 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK567727/>
- Matsuo, K., Shimoya, K., Ushioda, N., & Kimura, T. (2007). Maternal positioning and fetal positioning in utero. Journal of Obstetrics and Gynaecology Research, 33(3), 279–282. doi:10.1111/j.1447-0756.2007.00524.x
- Shaffer, B. L., Cheng, Y. W., Vargas, J. E., Laros Jr, R. K., & Caughey, A. B. (2006). Face presentation: predictors and delivery route. American journal of obstetrics and gynecology, 194(5), e10-e12
- Zeno, JAL. 2008. Presentation and Mechanisms of Labor. J, Glob. libr. women's med; FIGO.
- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, et al, Abnormal labor. Williams Obstetrics. 25th ed. New York, NY: McGraw-
- Pilliod RA, Caughey AB. Fetal Malpresentation and Malposition: Diagnosis and Management. Obstet Gynecol Clin North Am. 2017 Dec;44(4):631-643. doi: 10.1016/j.ogc.2017.08.003. PMID: 29078945.

BAB 2

MEKANISME PERSALINAN FETAL SKULL

Oleh Kiftiyah

2.1 Pendahuluan

Dalam praktik persalinan, sangat penting untuk mengetahui mekanisme persalinan. Mekanisme persalinan ini berkaitan dengan urutan gerakan janin selama persalinan. Gerakan-gerakan ini terdiri dari serangkaian perubahan berturut-turut pada diameter panggul saat janin berada di bagian tertentu dari jalan lahir. Persalinan adalah suatu proses dimana hasil pembuahan dikeluarkan dari rahim dan vagina ibu oleh kekuatan kontraksi otot rahim dan kekuatan ibu. Persalinan merupakan proses dinamis yang mengandung risiko tinggi bagi ibu dan anak. Oleh karena itu, penting untuk memahami persalinan normal, agar ibu dan anak dapat dikandung dengan selamat. Menurut UNICEF mengawali tahun 2019 terdapat 395.000 persalinan terjadi diseluruh dunia. Hampir setengah kelahiran ini diestimasikan berasal dari 8 negara diseluruh dunia yaitu, India, China, Nigeria, Indonesia, Amerika Serikat dan Republik Kongo (WHO, 2019). Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42), lahir spontan dengan presentase belakang kepala berlangsung dalam 18-24 jam tanpa komplikasi baik pada ibu ataupun janin (Prawirohardjo, 2014). Sekitar 25-50% kematian wanita usia subur di negara miskin disebabkan oleh masalah kehamilan dan persalinan, dan nifas. Pada tahun 2015, WHO memperkirakan di seluruh dunia setiap tahunnya lebih dari 585.000 ibu hamil meninggal saat hamil

atau bersalin (Kemenkes RI, 2015). Diperkirakan sekitar 810 perempuan meninggal setiap hari pada tahun 2017 akibat masalah kehamilan dan persalinan yang seharusnya dapat dicegah. Perawatan profesional sebelum, selama, dan setelah melahirkan dapat menyelamatkan nyawa ibu dan bayi baru lahir (WHO, 2019). Penetrasi kepala janin ke dalam panggul merupakan tanda bahwa persalinan telah dimulai. Pada primigravida, kepala janin memasuki PAP pada usia kehamilan 36 minggu (Manuaba, 1998). Menurut Konar (2015), masuknya kepala janin terjadi melalui pintu atas panggul pada usia kehamilan 38 minggu. Diperkirakan persalinan dimulai dua sampai tiga minggu setelah kepala janin tiba di PAP.

2.2 Mekanisme Persalinan dengan presentasi kepala

2.2.1 Definisi Persalinan Normal

- a. Proses pengeluaran hasil konsepsi janin dan uri dari dalam uterus (Rahim) dengan presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa alat atau pertolongan istimewa yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lamanya persalinan berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin.(Sarwono, 2000).
- b. Persalinan normal menurut WHO (*World Health Organization*) adalah persalinan yang dimulai secara spontan, beresiko rendah pada awal persalinan dan tetap demikian selama proses persalinan, bayi lahir secara spontan dalam presentasi belakang kepala pada usia kehamilan 37-42 minggu lengkap dan setelah persalinan ibu maupun bayi berada dalam kondisi sehat (JNPK-KR Depkes RI, 2012).

2.2.2 Mekanisme Persalinan Normal

Janin dengan presentasi oksiput (ubun-ubun kecil) ataupun vertex (belakang kepala) diperkirakan 96%, presentasi bokong 3,%, muka 0,3% , dan bahu 0,4% dari seluruh persalinan.

1. Penyebab paling umum dari presentasi kepala posterior adalah: Pada akhir masa kehamilan, bentuk rahim berbentuk oval, ukuran atas dan bawah lebih panjang dari ukuran transversal, hal ini disebabkan karena terbentuknya bagian bawah rahim.
2. Fundus rahim lebih lebar dari bagian bawah.
3. Pada akhir kehamilan, cairan ketuban relatif sedikit, sehingga dinding rahim menempel erat pada tubuh anak dan bentuk rahim lebih berpengaruh pada posisi anak. Alhasil, anak beradaptasi dengan bentuk rahim, panjang anak sesuai dengan panjang rahim. Pantat tungkai bawah memiliki ujung yang lebih besar dari kepala, sehingga duduk di sisi bawah rahim yang lebih lebar, sedangkan kepala terletak di sisi bawah rahim yang lebih sempit.
4. Jika kepala berada di bawah, sering terpegang pintu atas panggul sehingga representasi tidak bisa lagi berubah. Kehadiran janin dapat dipastikan atau dideteksi dengan palpasi abdomen dan dikonfirmasi dengan pemeriksaan dalam beberapa saat sebelum atau selama persalinan. Dalam kebanyakan kasus, keunggulan terminal posterior dimasukkan ke dalam panggul dengan jahitan sagital diameter melintang (Caldwell Ass, 1934).

2.2.3 Mekanisme Persalinan Sesuai Dengan Anatomi Panggul dan Fetal Skull

1. Tubuh janin
Letak adalah hubungan antarasumbu panjang (punggung) janin terhadap sumbu panjang (punggung ibu). Macam letak janin: Membujur, Melintang, Miring/oblique.

2. Letak bayi

- a. Presentasi : menunjukkan pada bagian bawah janin memasuki jalan masuk panggul bagian atas.
- b. Kepala : Verteks, sinpital, dahi, muka
- c. Bokong : Murni, Lengkap, presentasi kaki bahu

3. Sikap

Sikap adalah hubungan antara satu bagian tubuh janin dengan bagian tubuh lainnya. Janin menempati posisi tertentu di dalam rahim. Hal ini sebagian karena pola pertumbuhan janin dan sebagian karena janin beradaptasi dengan bentuk rongga rahim. Dalam kondisi normal, punggung janin melengkung kuat, kepala condong ke dada, dan paha ke persendian lutut. Postur ini disebut fleksi umum. Lengan disilangkan di depan dada dan tali pusar berada di antara lengan dan kaki. Penyimpangan dari postur normal dapat menyebabkan kesulitan saat anak dilahirkan. Misalnya, pada cephaly, kepala janin dapat diregangkan atau dilengkungkan sedemikian rupa sehingga diameter kepala berada dalam posisi yang canggung relatif terhadap tepi panggul ibu. Diameter biparietal adalah diameter melintang terbesar dari kepala janin. Dengan semua diameter anteroposterior, tampak bahwa ekstensi atau fleksi memungkinkan bagian presentasi dari diameter memasuki panggul ibu. Kepala yang tertekuk penuh memungkinkan diameter bregma suboksipital (diameter terkecil) masuk ke panggul dengan mudah.

4. Diameter

- a. Jarak biparietal : merupakan diameter melintang terbesar dari arah kepala janin, istilah ini dipakai dalam definisi penguncian (*engagement*).
- b. Jarak sub *occipitobregmatika* : jarak antara batas leher dengan occiput ke anterior fontanella, ini adalah diameter yang berpengaruh membentuk presentasi

kepala *occiput* ke anterior fontanella, ini adalah diameter yang membentuk presentasi kepala.

- c. Jarak *occipitomental* : merupakan diameter terbesar dari kepala janin. Ini adalah diameter yang dijadikan untuk membentuk presentasi dahi.

2.2.4 Diagnosis Presentasi Belakang Kepala

Janin kondisi masuk kedalam panggul 40 % posisi LOT (*left occiput transvera* atau ubun-ubun kecil kiri melintang) dan 20% dengan posisi ROT (*right occiput transvera* atau ubun-ubun kecil kanan melintang).

1. Pada posisi ubun-ubun kecil kiri melintang

Pemeriksaan Leopold digunakan untuk mendiagnosis pemeriksaan pada abdomen, ditemukan :

- a. Leopold I : bagian fundus terdapat bagian yang lunak, tidak melenting dan tidak bundar (bokong).
- b. Leopold II : Bagian kiri yang terdapat bagian yang lurus seperti papan (berarti punggung sebelah kiri perut ibu) sedangkan bagian kanan teraba bagian terkecil janin.
- c. Leopold III : Dikatan negatif bila kepala sudah engaged (diameter biparietal sudah masuk pintu atas panggul) atau kepala dapat bergerak/masih dapat dideteksi bila masih diatas pintu atas panggul.
- d. Leopold IV : Dikatakan negatif bila kepala sudah engaged atau tonjolan kepala ada disisi kanan ibu.

2. Posisi ubun-ubun kecil kanan melintang

Diagnosis selama pemeriksaan abdomen mirip dengan posisi transversal kiri kecuali resistensi terbesar ada di sisi kanan dan bagian kepala yang lebih sedikit serta tonjolan ada di sisi kiri.

Sedangkan pada pemeriksaan dalam didapatkan hasil , sutura sagitalis merentang diameter transversal panggul kurang lebih dari pertengahan sacrum dan simfisis

2.2.5 Gerakan Kardinal dan Presentasi Belakang Kepala

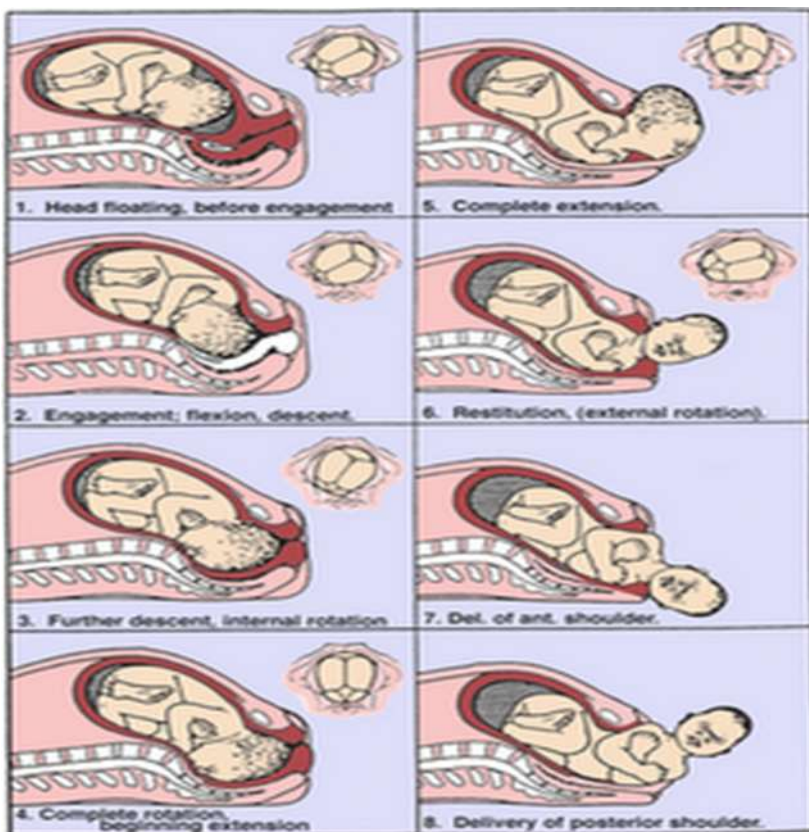
Gerakan kardinal adalah gerakan kepala yang dilakukan oleh janin yang memasuki jalan lahir, yang tidak lurus di setiap tingkat bidang panggul karena bentuk anatomis kepala dan penyesuaian ukuran panggul yang berbeda. Karena bentuk jalan lahir di panggul tidak beraturan, misalnya bagian atas jalan lahir berbentuk silinder lurus, tetapi bagian bawahnya bengkok ke depan, dan kepala janin dewasa relatif besar dari kepala tidak dapat menembus seluruh diameter panggul. Agar persalinan dapat berlangsung, kepala harus disesuaikan atau disesuaikan dengan bagian panggul jalan lahir.

Bentuk saluran pelvis yang iregular dan besarnya kepala janin relatif menunjukkan bahwa tidak semua diameter kepala dapat melewati pelvis. Oleh karena itu diperlukan adanya adaptasi kepala terhadap jalan lahir.

Kepala akan berusaha mengubah posisi agar diameter kepala yang melewati jalan lahir adalah diameter yang terkecil dan jalan lahir yang dilewati mempunyai diameter yang terbesar sehingga menghasilkan gerakan-gerakan kardinal.

Gerakan kardinal terdiri dari :

1. *Engagement*
2. *Descent*
3. Fleksi (Fleksion Interna)
4. Rotasi Interna (Interna Rotation)
5. Ekstensi (Ekstension)
6. Rotasi Eksterna (Eksternal Rotation)
7. Ekspulsi (Ekspulsion)



Gambar 2.1. mekanisme Gerakan kardinal

Untuk memudahkan pengertian gerakan tersebut dijelaskan seakan-akan terjadi terpisah dan berdiri sendiri. Tetapi dalam kenyataannya mekanisme persalinan terdiri dari kombinasi gerakan yang berlangsung bersamaan. Sebagai contoh pada proses engagement terdapat turunnya kepala dan fleksi dan tidak mungkin gerakan tersebut lengkap jika kepala tidak turun bersamaan.

1. *Engagement*

Adalah mekanisme dimana diameter biparietal yaitu diameter terbesar transversa janin pada presentasi belakang kepala telah melewati pintu atas panggul (pelvic inlet) dan dapat dinilai dengan sampainya bagian terendah kepala pada bidang H III atau station 0 setinggi spina ischiadica. Fenomena ini terjadi pada minggu-minggu akhir kehamilan. Floating adalah keadaan dimana kepala janin masih muda digerakkan di pintu atas panggul terutama terjadi pada ibu muktipara dan sebagian pada nulipara. Masuknya kepala janin pada pintu atas panggul dengan diameter transversa. Masuknya kepala ke dalam pintu atas panggul biasanya dengan sutura sagitalis melintang dan dengan fleksi yang ringan. Kepala dengan ukuran normal biasanya tidak engaged dengan sutura sagitalis pada posisi anteroposterior. Kepala biasanya memasuki pintu atas panggul pada diameter transversa atau diameter serong. Secara klinis engagement diketahui dengan 2 cara yaitu :

- a. Pemeriksaan luar, kepala sudah terfiksasi pada panggul.
- b. Pemeriksaan dalam, bagian terendah pada atau di bawah spina ischiadica atau station 0.

Pengaruh otot uterus dan tonus otot abdomen merupakan penyebab dari engagement. Setiap kontraksi uterus, sumbu panjang uterus bertambah panjang dan ukuran melintang maupun ukuran muka belakang berkurang. Akibat perubahan bentuk uterus ini tulang punggung anak melurus dan kutub atas anak tertekan pada fundus sedangkan kutub bawah ditekan ke dalam pintu atas panggul.

2. Descent

Penurunan kepala pada nullipara terjadi sebelum persalinan sedangkan pada ibu multipara descent biasanya terjadi bersamaan dengan engagement.

Turunnya kepala dapat dibagi dalam :

a. Masuknya kepala dalam PAP

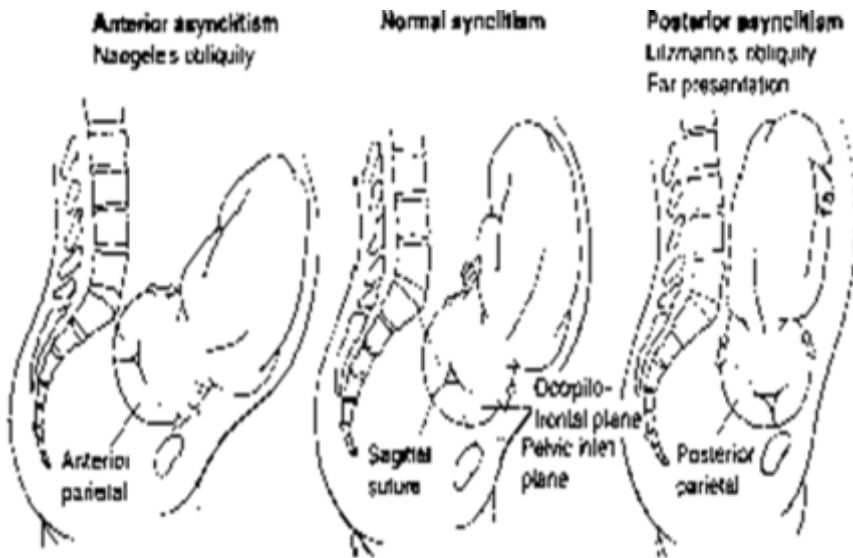
Masuknya kepala ke dalam PAP biasanya dengan sutura sagitalis melintang dan dengan fleksi yang ringan.

Sinklitismus : Sutura sagitalis terdapat di tengah-tengah jalan lahir dan tepat diantara simfisis dan promontorium.

Asinklitismus : Sutura sagitalis agak ke depan mendekati symfisis atau agak ke belakang mendekati promontorium

Asinklitismus anterior : sutura sagitalis mendekati promontorium sehingga os parietal depan lebih rendah daripada os parietal belakang.

Asinklitismus posterior : sutura sagitalis mendekati simfisis dan os parietal belakang lebih rendah daripada os parietal depan.



Gambar 2.2. Masuknya kepala ke PAP

b. Majunya kepala

Pada primigravida majunya kepala terjadi setelah kepala masuk ke dalam rongga panggul dan biasanya baru mulai pada kala II. Pada multipara majunya dan masuknya kepala janin ke dalam rongga panggul terjadi bersamaan.

Yang menyebabkan majunya kepala adalah :

- 1) Tekanan cairan amnion
- 2) Tekanan langsung fundus pada bokong
- 3) Kontraksi otot-otot abdomen
- 4) Ekstensi dan pelurusan badan janin.

Majunya kepala terjadi bersamaan dengan gerakan-gerakan yang lain, yaitu : Fleksi, Putaran paksi dalam dan ekstensi.

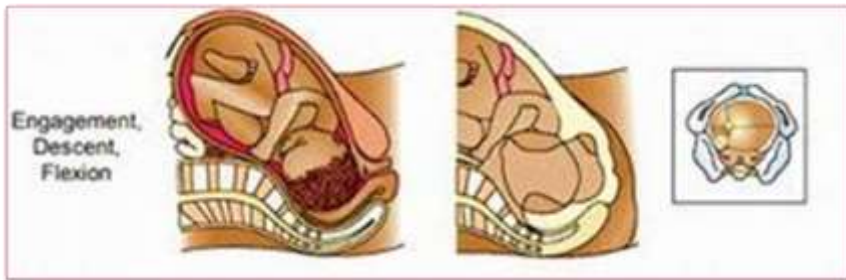
3. Fleksi

Pada saat memasuki pintu atas panggul, maka kepala akan berada dalam posisi sutura sagitalis melintang . Karena diameter terlebar pada pintu atas panggul adalah diameter transversal. Dengan turunnya kepala lebih jauh, maka kepala akan mengalami tekanan dari : Serviks, Dinding panggul, Otot otot dasar panggul.

Dengan demikian resultan gaya yang bekerja pada bagian sinsiput (ubun-ubun besar) lebih besar dari oksiput (ubun-ubun kecil) sehingga kepala menjadi fleksi dan diameter frontooccipitalis 11,5 cm akan digantikan diameter yang kecil yaitu diameter suboccipito bregmatika 9,5 cm. Dengan demikian kepala memasuki panggul dengan ukurannya yang terkecil.

Apa yang menjadi penyebab fleksi belum diketahui, tetapi kemungkinan besar disebabkan oleh respon pasif kepala terhadap tahanan panggul saat kepala turun. Terdapat dorongan dari atas menyebabkan janin maju tetapi mendapat tahanan dari pinggir atas pintu atas panggul, serviks, dan dinding panggul atau dasar panggul. Akibat moment yang menimbulkan fleksi lebih besar daripada moment yang menimbulkan defleksi, sehingga terbentuk resultante gaya atau kopel yang menghasilkan fleksi kepala.

Fleksi kepala biasanya terjadi apabila penurunan kepala menemukan adanya tahanan, apakah dari serviks, dinding panggul atau dasar panggul.



Gambar 2.3. Posisi kepala Fleksi

4. Rotasi Interna

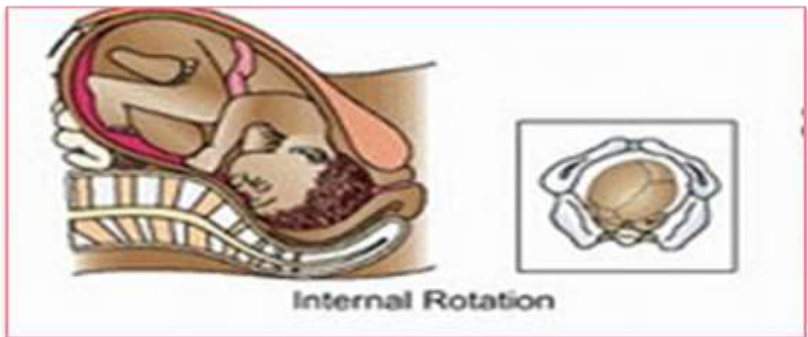
Rotasi interna disebut juga putaran paksi dalam, yaitu pemutaran bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan memutar ke depan ke bawah simpisis. Pada oksiput terjadi gerakan dari posisi aslinya anterior terhadap simpisis atau posterior terhadap sakrum. Saat bagian terendah kepala janin telah melewati station 0 dan biparietal plane mencapai spina, kepala akan mengalami hambatan oleh kedua tonjolan spina ischiadika kiri dan kanan, sehingga akan mengalami putaran paksi dalam.

Pada sebagian besar persalinan normal, kepala akan berputar ke depan sehingga ubun-ubun kecil berada didepan (kiri atau kanan) karena diameter oblik pada station +3 lebih besar dari pada diameter transversa, sehingga kepala dapat lebih jauh dan terus berputar ke depan hingga ubun -ubun kecil akan bergerak ke arah simpisis .

Putaran paksi dalam mutlak perlu untuk keahiran kepala karena putaran paksi merupakan suatu usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bentuk bidang tengah dan pintu bawah panggul.

Bila putaran paksi dalam gagal terjadi sampai kepala telaih mencapai dasar panggul, maka putaran paksi dalam

akan terjadi pada satu atau dua kontraksi uterus berikutnya(multipara) dan tiga sampai lima kontraksi berikutnya (nullipara). Putaran paksi dalam sebelum kepala mencapai dasar panggul lebih sering terjadi pada multipara dibandingkan nullipara.



Gambar 2.4. Rotasi Interna

Sebab-sebab putaran paksi dalam :

- a. Pada letak fleksi, bagian belakang kepala merupakan bagian terendah dari kepala.
- b. Bagian terendah dari kepala ini mencari tahanan yang paling sedikit terdapat di sebelah depan atas dimana terdapat hiatus genitalis antara m. levator ani kiri dan kanan.
- c. Ukuran terbesar dari bidang tengah panggul ialah diameter ante roposterior.

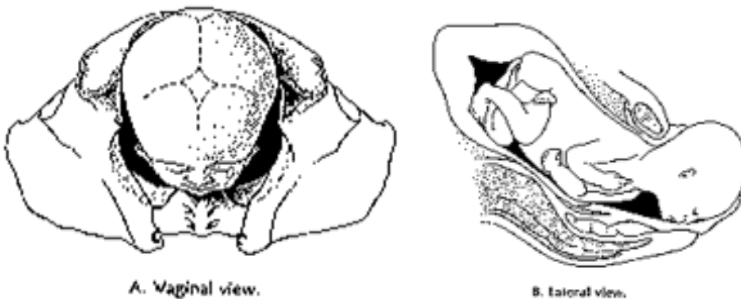
5. Ekstensi

Setelah rotasi internal, kepala tetap dalam posisi fleksi dan mencapai vulva sehingga tulang oksipital berkontak langsung dengan simfisis pubis anterior. Karena vulva menghadap ke atas dan ke depan, peregangan harus terjadi sebelum melewati kepala. Saat kemiringan tajam

kepala mencapai dasar panggul, itu menyentuh perineum posterior. Saat kepala menekan dasar panggul, dua kekuatan sedang bekerja :

- a. Tekanan yang dihasilkan oleh uterus
- b. Adanya tekanan dari dinding panggul dan simfisis akan menghasilkan resultan yang menyebabkan ekstensi.

Setelah subocciput tertahan pada pinggir bawah simfisis maka yang dapat maju karena kekuatan tersebut diatas, bagian yang berhadapan dengan subocciput, maka lahirlah berturut-turut pada pinggir perineum ubun ubun besar, dahi, hidung, mulut dan akhirnya dagu dengan gerakan ekstensi. Dan sebagai hipomoklion (pusat pemutaran) adalah sub oksiput

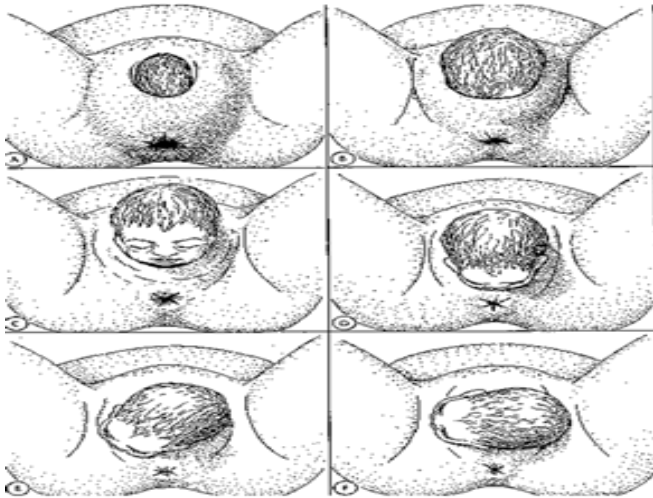


Gambar 2.5. Kepala Ekstensi

6. Rotasi eksterna

Saat kepala lahir, tulang oksipital kembali ke posisi semula. Kepala kemudian melakukan rotasi pemulihan untuk menghilangkan puntiran di leher sehingga ubun-ubun kepala sejajar dengan punggung. Ini diikuti dengan rotasi dimana diameter bahu bisacromial berada pada diameter anteroposterior dari pintu bawah panggul. Selanjutnya, satu bahu ke depan di bawah simfisis pubis

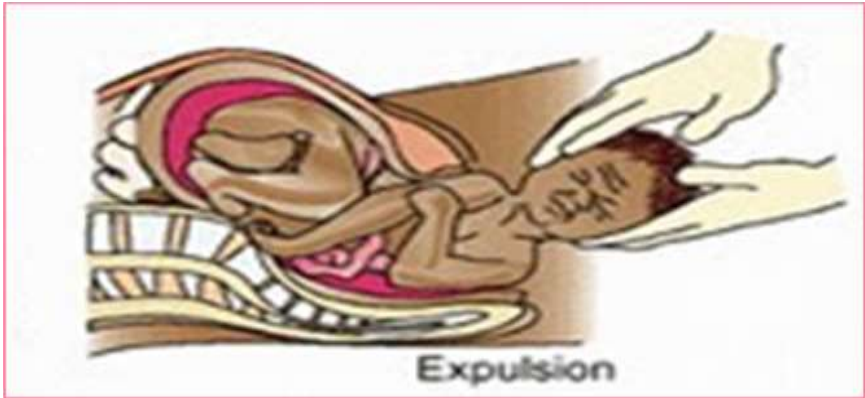
dan bahu lainnya di bawah simfisis pubis. Rotasi eksternal yang sebenarnya karena ukuran bahu (diameter bisacromium) ditempatkan pada diameter anteroposterior pintu atas panggul.



Gambar 2.6. Rotasi Luar

7. Ekspulsi

Terjadi segera setelah rotasi eksternal, bahu anterior muncul di bawah simfisis pubis dan perineum memanjang dari bahu posterior. Ketika dia tiba di depan, lahirlah bahu, menjadi hypomochlion untuk lahirnya bahu belakang dan lain-lain. Bagian tubuh segera dilepas. Pada kelahiran bahu bisa terjadi secara spontan, tetapi sering memerlukan bantuan tangan. Dengan membantu sedikit menekan kepala tanpa melakukan tarikan akan membantu bahu depan berada di bawah simfisis. Selanjutnya dengan mengangkat kepala akan mengakibatkan kelahiran bahu belakang terkendali.



Gambar 2.7. Ekspulsi

Diatas telah diuraikan jalannya persalinan dengan positio occipito transverssa ialah dengan ubun-ubun kecil kiri melintang. Kalau ubun-ubun kecil kanan melintang maka jalannya persalinan sama, hanya ubun-ubun kecil sekarang memutar ke kanan artinya searah jarum jam. Putaran paksi luar terjadi ke arah tuber ischiadicum sebelah kanan. Pada positio occipito anterior putaran paksi hanya 45 derajat ke kanan atau ke kiri.

DAFTAR PUSTAKA

- Cunningham FG, Mac Donald PC, Gant NF: Williams Obstetrics 20th ed. London: Apleton and Lange,1997: 277-81.
- Cunningham FG, Mac Donald PC, Gant NF: Williams Obstetrics 21st ed.New York: McGraw-Hill,2001: 291-307.
- JNPK-KR Depkes RI. 2012. Kementerian Kesehatan republik Indonesia. Jakarta Kemenkes RI(2012-2015). Profil kesehatan Indonesia, Jakarta.
- Prawirohardjo, Sarwono. 2014. Ilmu Kebidanan. Jakarta : PT. Bina Pustaka
- Sarwono Prawirohardjo. Rukiyah, Yeyeh . 2012. Asuhan Kebidanan Persalinan Fisiologis & Patofisiologis. Yogyakarta : Nuha Medika
- Rukiyah, Yeyeh. 2012. Asuhan Kebidanan Persalinan Fisiologis & Patofisiologis. Yogyakarta : Nuha Medika
- Saifuddin, Abdul Bari. 2008. Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal. Jakarta : Bina Pustaka
- UNICEF. 2019. UN News (On The First Day Of 2019, Over 395.000 Babies To Be Born Worldwide).
- Wiknjosastro , Ilmu Kebidanan, ed 3. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo, 1991
- Wiknjosastro, Ilmu Bedah Kebidanan, ed 2. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo, 1991

BAB 3

MEKANISME PERSALINAN PRESENTASI VERTEX (OKSIPUT ANTERIOR KANAN DAN KIRI)

Oleh Mika Sugarni

3.1 Pendahuluan

Mekanisme persalinan merupakan suatu peristiwa atau kejadian utama dalam tahapan persalinan. Mekanisme persalinan dikaitkan dengan beberapa pergerakan janin dalam mencari jalan keluar yang dimulai dari proses masuknya bagian terendah janin ke pintu atas panggul sampai dengan janin berhasil dilahirkan.

Dalam mekanisme persalinan posisi janin terhadap sumbu jalan lahir sangat mempengaruhi kelancaran proses persalinan. Selama masa kehamilan penting ibu melakukan pemeriksaan *Antenatal Care* (ANC) terlebih pada usia kehamilan 37-40 minggu atau saat memasuki trimester ketiga. Hal ini dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui posisi janin saat ini dan posisi terbaik yang nantinya akan memudahkan ibu dan calon bayinya ketika lahir. Mengingat pada trimester ketiga posisi janin masih dapat berubah posisi. Untuk itu pemeriksaan pada bidan atau dokter kandungan tidak bisa dilewatkan, sebab jika posisi janin saat ini abnormal atau presentasi terendah dari janin bukan kepala, ibu masih memiliki waktu untuk melakukan beberapa metode untuk memposisikan janin secara normal yaitu presentasi terendah kepala.

Posisi oksiput anterior atau yang biasa dikenal dengan vertex position merupakan posisi janin yang sangat baik saat menghadapi persalinan normal atau pervaginam.

Oksiput anterior merupakan posisi dimana bagian janin yang berada difundus uteri adalah kaki janin, sedangkan kepala menjadi bagian yang berada di bawah. Oksiput anterior juga memposisikan wajah bayi menghadap pada punggung ibunya, lalu janin terkesan bersandar pada daerah abdomen ibu. Kepala janin dengan posisi oksiput anterior berada tepat dipelvis. Dimana kepala janin dapat memberikan tekanan pada serviks sehingga dapat membantu melebarkan jalan lahir ketika menjelang persalinan. Oleh karena itu, posisi oksiput anterior menjadi posisi janin paling sempurna dan aman bagi ibu dan calon bayi selama proses persalinan.

3.2 Mekanisme Persalinan Presentasi Vertex (Oksiput Anterior Kanan dan Kiri)

Sebelum bayi berhasil dilahirkan ke dunia ini, sang ibu harus melewati beberapa tahapan dalam mekanisme persalinan. Presentasi vertex yaitu oksiput anterior ini terbagi menjadi dua posisi yaitu oksiput anterior kanan dan oksiput anterior kiri. Dengan posisi yang seperti ini akan memudahkan janin memasuki rongga panggul dimana kepala janin menghadap pada promontorium dan punggung janin berada didepannya.

Pada posisi ini, dagu janin terselip didadanya. Sehingga bagian terkecil kepala janin terletak agak sedikit ke kanan disebut dengan oksiput anterior kanan, begitupula pada oksiput anterior kiri yang terletak sedikit ke arah kiri.

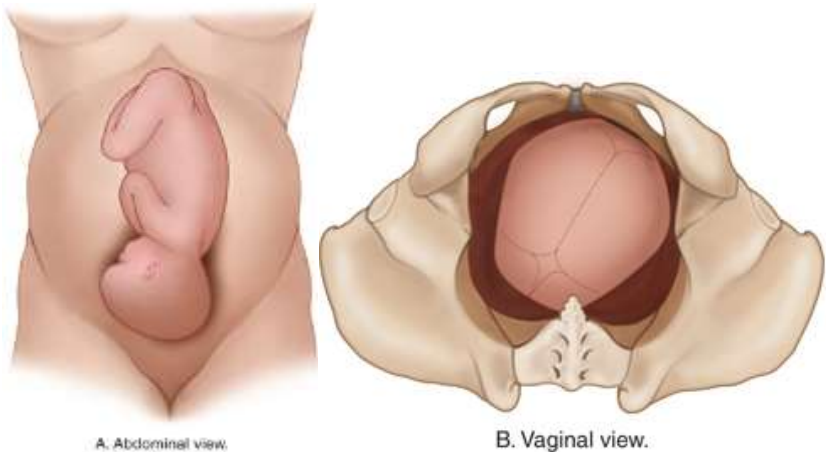
3.2.1 Oksiput Anterior Kanan/*Right Occiput Anterior* (ROA)

Dalam posisi ini, ubun-ubun bayi sedikit menghadap ke paha kanan ibu. Posisi ini seringkali membuat kepala bayi tidak menunduk (menempelkan dadanya ke dagu), sehingga bagian kepala bayi yang keluar terlebih dahulu adalah ubun-ubun besar

(UUB). Meskipun posisi ini tidak terlalu menimbulkan masalah saat persalinan, namun sering kali membuat proses persalinan seringkali menjadi lebih lama.

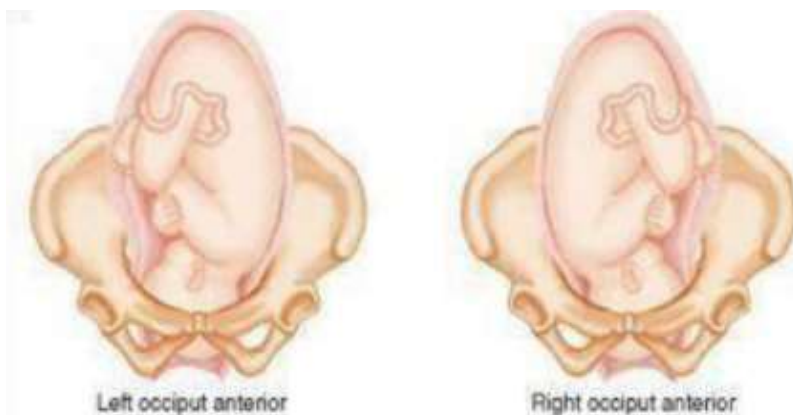
3.2.2 Oksiput Anterior Kiri/*Left Occiput Anterior (LOA)*

Pada posisi ini, ubun-ubun janin sedikit menghadap ke paha kiri ibunya. Posisi ini merupakan posisi yang optimal karena terdapat ruang bagi janin untuk dapat menempelkan dagunya ke dada, sehingga ubun-ubun kecil (UUK) dapat keluar terlebih dahulu. Posisi ini banyak ditemui pada proses persalinan pervaginam.



Gambar 3.1. Posisi Oksiput Anterior Kiri

Sumber : G.D. Posner, Jessica DY., A.Black, G.D.Jones : Human Labor & Birth, 6th edition



Gambar 3.2. Posisi Oksiput Anterior Kanan dan Kiri

Sumber : G.D. Posner, Jessica DY., A.Black, G.D.Jones : Human Labor & Birth, 6th edition

3.3 Tahapan Mekanisme Persalinan Vertex

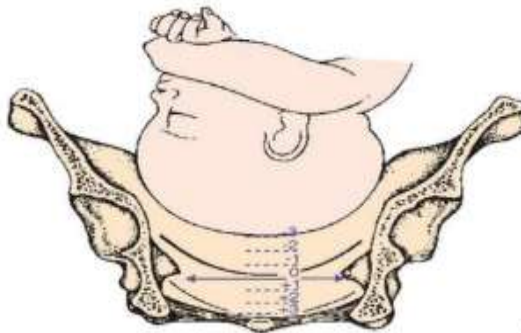
Mekanisme persalinan pada presentasi oksiput anterior secara umum terdiri atas *engagement*, *desensus*, fleksi, rotasi internal, ekstensi, rotasi eksternal dan ekspulsi (Cunningham, 2018).

3.3.1 Engagement

Engagement pada primigravida terjadi pada bulan-bulan terakhir kehamilan atau akhir trimester III, biasanya pada minggu ke 38-40 minggu. Sedangkan pada multigravida atau grandegravida dapat terjadi pada saat awal persalinan atau ketika pembukaan sudah lengkap.

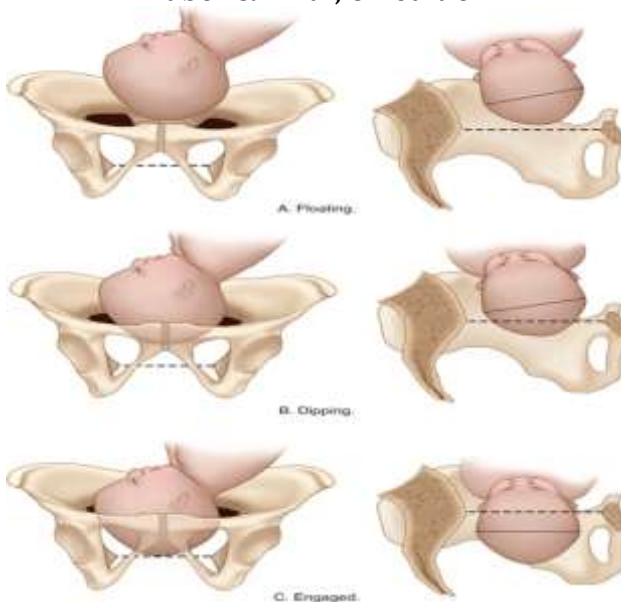
Mekanisme ini sederhananya dapat dikatakan *engagement* saat diameter terbesar dari presentasi bagian janin yang biasanya adalah presentasi kepala telah melewati pintu atas panggul (PAP) dan memasuki rongga panggul atau station nol yang bahkan bisa

lebih rendah dari itu. Namun pada umumnya pada pemeriksaan panggul janin masih setinggi spina ischiadika ibu.



Gambar 3.3. Engagement

Sumber : G.D. Posner, Jessica DY., A.Black, G.D.Jones : Human Labor & Birth, 6th edition



Gambar 3.4. Proses Engagement

Sumber : G.D. Posner, Jessica DY., A.Black, G.D.Jones : Human Labor & Birth, 6th edition

3.3.2 Desensus/Descent

Desensus biasa dikenal dengan istilah proses penurunan kepala janin. Penurunan ini disebabkan adanya tekanan otot-otot abdomen sehingga ibu muncul keinginan untuk mengedan saat mekanismen ini terjadi. Kontraksi otot-otot dinding perut mengakibatkan terjadi peningkatan tekanan intra abdominal (Widiastini, 2018). Hal ini juga mengakibatkan adanya tekanan langsung fundus dan bokong saat kontraksi uterus atau munculnya his persalinan, serta adanya tekanan cairan amnion. Penurunan janin terjadi sebelum dimulainya persalinan pada ibu yang primigravida dan selama masa kala I pada primigravida maupun multigravida. Penurunan ini semakin berlanjut sampai janin dilahirkan. Beberapa perubahan posisi janin dan posisi ibu dapat membantu proses penurunan janin tersebut misalnya dengan melakukan gerakan jongkok, terapi komplementer seperti *birthing ball* dan jenis pemijatan yang bisa mengurangi nyeri punggung ibu dengan tujuan ibu dapat meminimalisir rasa sakit ketika proses penurunan kepala janin.



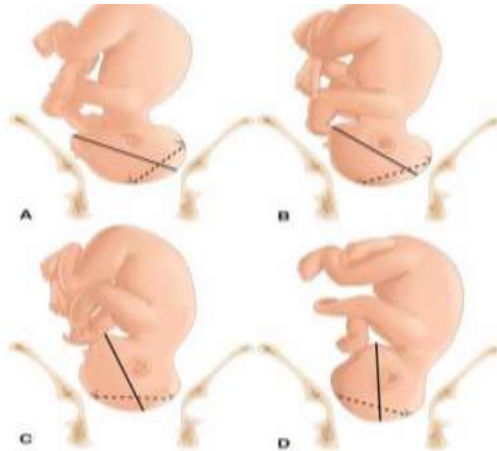
Gambar 3.5. Descent to Fleksi

Sumber : G.D. Posner, Jessica DY., A.Black, G.D.Jones : Human Labor & Birth, 6th edition

3.3.3 Fleksi

Tahap fleksi ini sebagian besar terjadi sebelum persalinan sebagai akibat dari tonus otot alami yang ada pada janin. Pada saat fleksi kepala akan tertahan oleh leher rahim, dinding panggul dan dasar panggul ibu yang menyebabkan fleksi lebih jauh pada tulang leher bayi sehingga ketika gerakan bayi semakin menurun menuju jalan lahir, kepala bayi sedikit menduduki ke depan dan dagu bayi mendekati dan merapat pada dada.

Pada posisi oksiput anterior, dampak fleksi ini adalah untuk mengubah presentasi diameter dari oksipitofrontal menjadi sub-oksipitoposterior yang lebih kecil. Kemungkinan besar fleksi tidak terjadi secara lengkap ketika berada pada posisi oksipitoposterior yang mengakibatkan presentasi diameter kepala bayi menjadi lebih besar yang tentunya dapat menimbulkan persalinan lebih lama atau macet.



Gambar 3.6. Posisi Fleksi

Sumber : G.D. Posner, Jessica DY., A.Black, G.D.Jones : Human Labor & Birth, 6th edition

3.3.4 Rotasi Internal (putaran paksi dalam)

Pada posisi oksiput anterior, kepala janin yang memasuki rongga panggul atau pelvis dalam diameter melintang atau miring, berputar, sehingga oksiput kembali ke anterior lalu ke arah simfisis pubis. Putaran paksi dalam mungkin terjadi karena kepala bayi bertemu penyangga otot pada dasar panggul. Hal ini belum bisa tercapai sebelum bagian yang menjadi presentasi terendah janin yakni kepala janin telah sejajar dengan tulang panggul spina ischiadika sehingga terjadilah engagement.

Kepala janin dapat memutar lebih dari 90 derajat sehingga bisa merubah posisi oksiput posterior ke oksiput anterior begitu pula sebaliknya. Sekitar 75% dari janin yang memulai persalinan pada posisi oksiput posterior memutar ke posisi oksiput anterior selama fleksi dan descent (penurunan bagian terendah). Pada intinya rotasi internal dikatakan lengkap jika kepala telah mencapai dasar panggul ibu. Sehingga ketika dilakukan vaginal toucher penolong sudah dapat meraba dan menentukan posisi dari kepala janin.



3. Further descent, internal rotation



4. Complete rotation, beginning extension

Gambar 3.7. Tahap Rotasi Internal

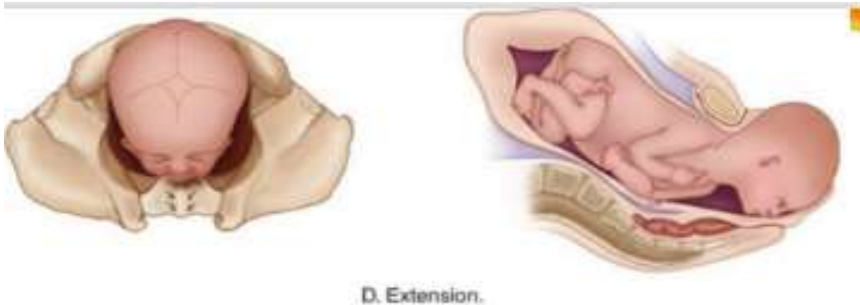
Sumber : G.D. Posner, Jessica DY., A.Black, G.D.Jones : Human Labor & Birth, 6th edition

3.3.5 Ekstensi

Tahap selanjutnya setelah rotasi internal atau putaran paksi dalam adalah posisi ekstensi. Ekstensi yang dilakukan janin dimana kepala berada pada posisi fleksi secara maksimal sehingga bagian oksiput anterior semakin turun ke bawah dalam pelvis. Kemudian janin akan melewati introitus vagina yang mengarah ke atas dan ke depan. Pada tahap perubahan posisi ini akan Nampak berupa tonjolan pada daerah perineum karna adanya tekanna dari kepala janin yang terjadi bersamaan dengan munculnya puncak kepala didepan vulva. Pada saat ini biasa penolong membutuhkan pelebaran jalan lahir jika perineum ibu mengalami kekakuan atau tidak elastis. Melakukan insisi pada daerah perineum yang disebut dengan episiotomi dapat membantu mengurangi ketegangan perineum, mencegah robekan perineum yang tidak teratur, perentangan jaringan perineum dan membantu perluasan jalan lahir (Aji, et al., 2022).

Kepala dilahirkan dengan ekstensi yang cepat sambil oksiput, bregma (sebagai titik permukaan tengkorak pada

persambungan sutura koronal dan sagital), sinsiput, dahi, hidung, mulut, dan dagu melewati tepi anterior perineum. Segera setelah lahir kepala menghadap ke bawah sehingga dagu terletak di atas anus ibu. Tahap selanjutnya bagi penolong untuk menunggu bayi melakukan putaran aksi luar dengan cepat.

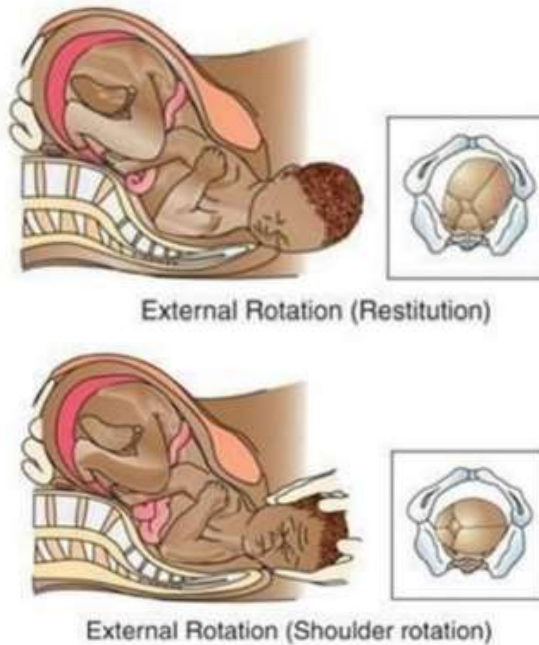


Gambar 3.8. Ekstensi

Sumber : G.D. Posner, Jessica DY., A.Black, G.D.Jones : Human Labor & Birth, 6th edition

3.3.6 Rotasi Eksternal (putaran paksi luar)

Pada posisi oksiput anterior, kepala yang dilahirkan sekarang kembali ke posisi semula pada saat engagement untuk mensejajarkan jalan lahir dengan bagian punggung dan bahu bayi. Hal ini menyebabkan salah satu bahu bayi terletak anterior di belakang simfisis pubis sedangkan bahu lainnya terletak di bagian posterior. Setelah putaran paksi luar, gerakan ini menghasilkan posisi kepala bayi menyamping dari simfisis pubis. Sehingga penolong dapat menempatkan kedua tangannya secara bipariental terhadap kepala bayi. Tangan kanan berada diatas sedangkan tangan kiri berada dibawah untuk menahan lajunya kepala setelah berotasi.



Gambar 3.9. Proses Rotasi Eksternal

Sumber : G.D. Posner, Jessica DY., A.Black, G.D.Jones : Human Labor & Birth, 6th edition

3.3.7 Ekspulsi

Kepala bayi telah lahir dan berhasil keluar dari vulva setelah putaran paksi luar atau rotasi eksternal. Setelah kepala lahir, selanjutnya bahu anterior terlihat dibawah simfisis pubis, diikuti oleh bahu posterior di atas daerah perineum. Setelah bahu lahir, bagian tubuh lainnya juga ikut lahir seperti bagian-bagian kecil dari tubuh bayi seperti lengan hingga kaki dan lahirlah seluruh badan bayi dengan cepat yang dibantu oleh penolong persalinan misalnya seorang bidan.



Gambar 3.10. Tahap Ekspulsi

Sumber : G.D. Posner, Jessica DY., A.Black, G.D.Jones : Human Labor & Birth, 6th edition

DAFTAR PUSTAKA

- Aji, S. et al., 2022. *Asuhan Kebidanan Pada Persalinan*. Padang(Sumatera Barat): PT Global Eksekutif Teknologi.
- Cunningham, F., 2018. *Obstetri Williams*. 23 ed. Jakarta: EGC.
- Widiastini, L., 2018. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin dan Bayi Baru Lahir*. Bogor: Penerbit IN MEDIA.

BAB 4

MEKANISME PERSALINAN PRESENTASI VERTEX (OKSIPUT POSTERIOR KANAN DAN KIRI)

Oleh Sri Susilawati

4.1 Pendahuluan

Selama persalinan janin mengalami serangkaian perubahan baik secara posisi, letak, dan presentasi. Proses perubahan ini sangat penting untuk mencapainya persalinan secara pervaginam. Terjadinya kelainan janin selama persalinan secara signifikan dapat menghambat berlangsungnya proses persalinan pervaginam. Kasus posisi oksiput posterior pada kehamilan tunggal terjadi sekitar (2-10%). Posisi janin dengan Oksiput Posterior (OP) merupakan malposisi yang paling sering terjadi selama persalinan. Kasus ini telah dilaporkan 30% terjadi pada awal persalinan dan 5-7% saat melahirkan. Kejadian persalinan spontan pervaginam pada posisi oksiput posterior sekitar 46% dan hanya 9% ibu bersalin dengan perabdominal (Putri and Kusika Saputra, 2021). Sebagai hasil dari posisi OP (oksiput posterior) awal atau malrotasi dari posisi OA (oksiput anterior) atau oksiput transversal (OT). Kejadian oksiput posterior (OP) saat persalinan meningkatkan angka distosia bahu, sectio caesaria (SC), laserasi perineum derajat tiga atau empat, dan terjadinya trauma persalinan. Oleh karena itu perlu dilakukan terlebih dahulu untuk memprediksi persalinan pasien semenjak pemeriksaan kehamilan (ANC), sehingga kita bisa memprediksi lebih banyak waktu untuk mempersiapkan tindakan yang paling tepat diambil untuk pasien tersebut, seperti manual rotasi untuk menghindari posisi OP saat persalinan. Faktor lainnya

seperti kontraksi rahim merupakan aspek yang sangat penting dari proses persalinan. Sehingga secara keseluruhan faktor-faktor tersebut dapat tergambarkan dari perpaduan yang saling berkesinambungan antara *passenger*, *passage*, dan *powers* (Jose A, 2008). Pada Bab ini akan membahas mengenai dampak janin pada proses persalinan khususnya posisi janin dengan persentasi Verteks (Oksiput Posterior Kanan dan Kiri).

4.2 Persentasi Janin Verteks (Oksiput Posterior)

Mekanisme persalinan melibatkan kepala janin yang tertekuk dengan baik yang masuk ke panggul ibu sehingga oksiput berada didekat salah satu aspek lateral panggul ibu pada awal persalinan. Seiring kemajuan persalinan, fleksi progresif dan penurunan kepala janin menyebabkan oksiput berputar ke depan saat kepala mencapai dasar panggul. Ketika urutan perubahan posisi kepala janin ini diubah, terjadi malposisi atau malpresentasi. Untuk melalui proses persalinan dengan sukses, janin harus melewati panggul tulang ibu.

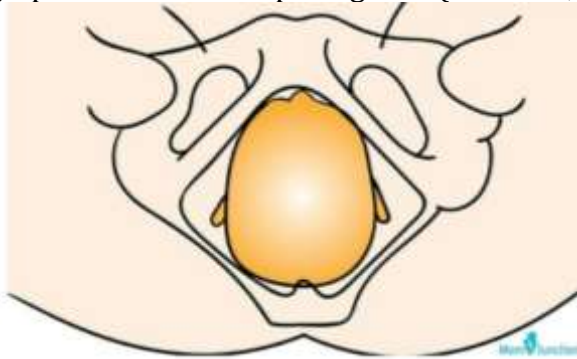
Verteks adalah area berbentuk berlian yang ditentukan oleh dua eminensia parietal, ubun-ubun anterior dan ubun-ubun posterior. Biasanya (dalam empat dari lima kasus), ketika kepala janin masuk kedalam panggul ibu, oksiput terletak ke samping dan kemudian mengalami rotasi spontan lebih lanjut menjadi oksiput anterior (OA) pada saat persalinan. Oleh karena itu, posisi oksiput posterior (OP) persisten terjadi pada sekitar 5-10% kejadian verteks. Ini adalah malposisi yang paling umum terjadi.

Malposisi dengan posisi oksiput posterior dalam persalinan awal sebagian besar merupakan akibat dari malrotasi posisi oksiput anterior saat persalinan dan sebagian besar (87%) dengan persentasi oksiput posterior diawal persalinan melakukan rotasi ke anterior secara spontan (Cia Aprilianti, 2016).

4.2.1 Pengertian

Posisi oksiput posterior atau frontoanterior yaitu posisi janin dengan presentasi belakang kepala dimana ubun-ubun kecil (UUK) berada dibelakang sacroiliaca atau secara langsung berada diatas sacrum (Putri and Kusika Saputra, 2021). Janin dengan posisi Verteks Oksiput (OP) merupakan posisi bagian belakang janin, kepala atau punggung janin berhadapan dengan tulang belakang ibu. Biasa disebut dengan bayi telentang, karena punggung bayi berada di punggung ibu, dan memasuki pelvis dengan kepala menghadap ke depan.

OP terjadi ketika oksiput janin mengalami kelainan posisi pada bagian posterior panggul. Akan tetapi, sebanyak 10% kasus OP, perubahan posisi tersebut tidak terjadi dan 5% bayi dilahirkan dengan posisi OP. Maka dari itu sering terjadi persalinan lama bahkan gagal persalinan normal pervaginam (Soebandi, 2018).

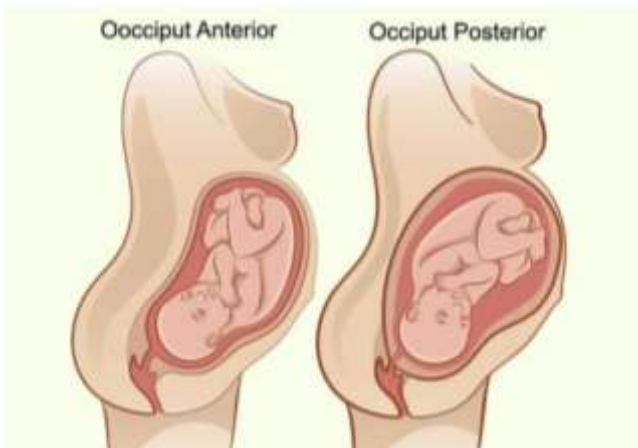


Gambar 4.1. Posisi Janin Saat Dilahirkan dengan Oksiput Posterior (OP)

Sumber Foto: Momjunction

Posisi OP (Oksiput Posterior) merupakan kebalikan dari posisi Oksiput Anterior (OA) yang merupakan posisi yang seharusnya terjadi dalam persalinan. Sedangkan posisi oksiput posterior merupakan suatu ketidaknormalan posisi janin (malposisi) (Putri and Kusika Saputra, 2021). Perbedaan posisi

oksiput anterior dan oksiput posterior dapat disimak pada gambar berikut:



Gambar 4.2. Perbedaan oksiput anterior dan oksiput posterior
Sumber Foto: Momjunction

4.2.2 Macam-Macam Posisi Janin OP

1. *Right Occiput Posterior (ROP)*

Posisi dimana punggung bayi menghadap ke sisi kanan ibu atau telentang ke kanan.

2. *Left Occiput Posterior (LOP)*

Posisi dimana punggung bayi menghadap ke sisi kiri ibu atau telentang ke kiri.

4.2.3 Penyebab Terjadinya Posisi Janin OP

Ada beberapa penyebab terjadinya posisi janin oksiput posterior:

1. Bentuk Panggul

Ibu yang memiliki bentuk panggul seperti hati (android) mempunyai resiko janin dengan posisi oksiput posterior, karena bagian depannya lebih sempit. Begitupun apabila pintu atas panggul berbentuk oval dengan diameter anterior-posterior besar (antropoid) serta rongga panggul

yang sempit, juga bisa menjadi penyebab posisi janin OP (Wipt and George, 2008).

2. Kyphosis

Keadaan ibu dengan tulang belakang yang bongkok berlebihan (kyphosis) bisa menjadi penyebab posisi janin OP. Gemelli juga bisa menjadi salah satu sebab posisi janin OP. Disamping Tindakan pemberian epidural dan rendahnya hormon tyroid, posisi, postur, dan kebiasaan sehari-hari juga dapat menjadikan perubahan posisi janin didalam kandungan. Hal ini disebabkan oleh kebiasaan ibu hamil saat duduk sehari-hari. Apalagi pada kehamilan trimester tiga seringkali ibu istirahat dengan menyender sehingga tubuh cpndong ke depan sambil menonton TV dan nyemil makanan, bahkan sering kali ibu membungkuk saat duduk di kursi kantor atau duduk di kursi mobil.



Gambar 4.3. Posisi Duduk Penyebab posisi Janin OP

Referensi Foto: <https://www.bidankita.com/occiput-posterior-op/>

Hal tersebut bisa menjadi penyebab posisi janin OP, karena pada posisi tersebut bayi tidak mempunyai banyak ruang dan rahim ibu menjadi tidak simetris sehingga janin harus menyesuaikan. Sehingga di akhir kehamilan trimester tiga, dahi

bayi sudah berada di tulang pubis yang tentunya lebih sempit, ditambah lagi jika ligamen yang menahan kepala janin tentunya janin akan kesusahan untuk memutar kepalanya.



Gambar 4.4. Berbagai Posisi Penyebab Posisi Janin OP

Referensi Foto: <https://www.bidankita.com/occiput-posterior-op/>

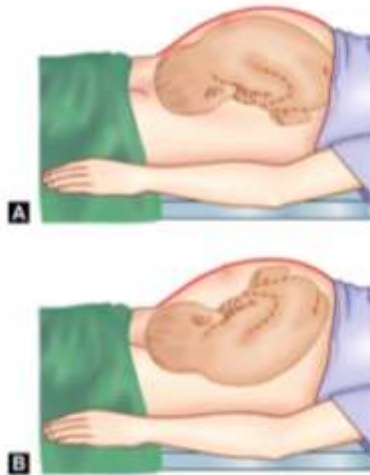
Faktor resiko lain yang menjadi peluang meningkatnya posisi janin OP adalah:

1. Usia ibu ≥ 35 tahun
2. Nuliparitas/belum pernah melahirkan
3. Riwayat posisi janin OP pada kehamilan sebelumnya
4. Obesitas/kegemukan
5. Bayi dengan berat lahir > 4 Kg
6. Usia kehamilan > 42 minggu

4.2.4 Diagnosis

Penegakkan diagnosis posisi oksiput posterior dapat diketahui dengan pemeriksaan fisik ataupun pemeriksaan penunjang. Hasil pemeriksaan fisik dapat ditemukan abdomen tampak lebih datar didaerah bawah umbilicus, ekstermitas janin akan lebih mudah dipalpasi dibagian tengah atau anterior, punggung janin akan terba menjauhi bagian posterior atau sulit diraba, detak jantung janin (DJJ) akan lebih terdengar pada are

pinggul (samping) dan sulit dilokalisasi (Putri and Kusika Saputra, 2021).



Gambar 4.5. Inspeksi Abdomen pada A. oksiput anterior (OA) dan B. oksiput posterior (OP)

Hasil pemeriksaan dalam didapatkan sutura sagitalis berada pada diameter obliq panggul ibu, fontanel kecil terdapat pada sisi posterior baik oksiput posterior kanan (ROP) atau oksiput posterior kiri (LOP). Fontanel anterior dan bregmatika berada di kuadran yang berlawanan dengan panggul ibu.



Gambar 4.6. *Vaginal Toucher* posisi oksipitoanterior dan oksipitoposterior

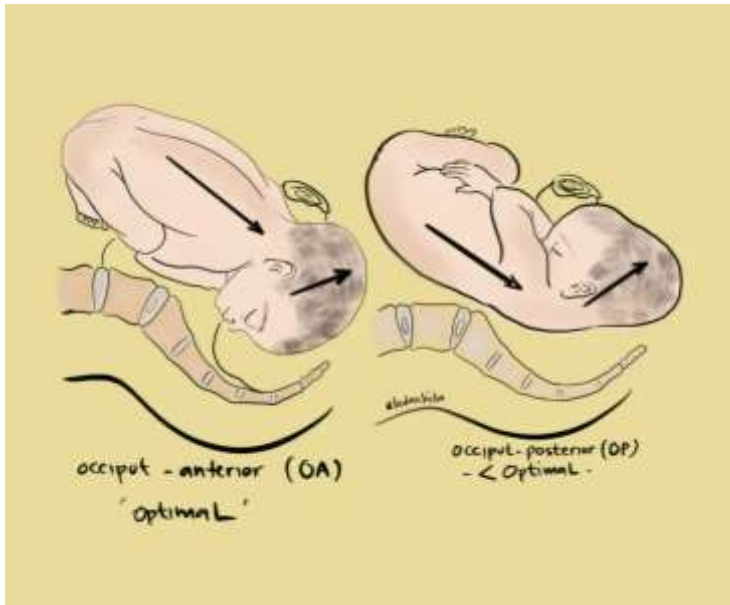
Pemeriksaan dalam pada posisi oksipitoanterior: kepala fleksi dengan petunjuk fontanel posterior dan posisi oksipitoposterior: kepala defleksi dengan petunjuk fontanel anterior (Rashighi and Harris, 2017).

4.2.5 Efek Posisi OP dalam Persalinan

Malposisi kepala janin pada persalinan merupakan salah satu factor resiko terjadinya partus lama sehingga akan menyebabkan tingginya angka persalinan dengan alat ataupun operasi (SC) (Rashighi and Harris, 2017). Ibu yang melahirkan dengan posisi janin bayi OP/ telentang akan mengalami persalinan yang lebih lama yang akan menyebabkan meningkatnya resiko dilakukannya operasi Caesar dan berbagai intervensi yang lain. Selain itu, resiko untuk terkena ambeien setelah melahirkan pun juga meningkat.

Janin dengan posisi oksiput posterior biasanya kehamilannya lebih lama, KPD, kontraksi tidak teratur dan perlambatan pelebaran serviks. Disamping itu posisi janin OP seringkali membuat ibu mendedan lebih awal dari yang seharusnya.

Beberapa ibu dengan posisi janin OP mengalami rasa sakit yang berbeda, namun bagaimanapun juga, belum ditemukan secara pasti apakah rasa sakit tersebut disebabkan karena posisi janin atau karena factor lain.



Gambar 4.7. OA dan OP optimal

Sumber Foto: <https://www.bidankita.com/occiput-posterior-op/>

4.2.5 Bayi OP Bisa Melalui Persalinan Normal

Janin dengan posisi oksiput posterior (OP)/telentang tidak menutup kemungkinan untuk dapat melahirkan secara norma. Berikut mekanisme persalian janin dengan posisi OP:



Gambar 4.8. Mekanisme Persalinan dengan Posisi Janin OP

Sumber Foto: <https://www.bidankita.com/occiput-posterior-op/>

Memberikan afirmasi positif kepada ibu bahwa ibu harus Percaya pada tubuhnya dan janin nya dengan melakukan Teknik napas, mencoba untuk melakukan berbagai Teknik dan Gerakan yang dapat membantu dan memberi ruang kepala janin untuk berputar. Seperti Teknik yang dapat memberi ruang yang lebih banyak di pelvis. Seperti halnya posisi merangkak atau disebut juga hands and knees position pada penelitian sebelumnya bahwa posisi merangkak menjadi salah satu tekhnik yang mudah untuk dilakukan ibu bersalin serta aman untuk ibu dan janin, tetapi efektivitasnya masih perlu dievaluasi apakah bisa untuk merubah posisi janin OP menjadi OA selama tahap persalinan (Guittier *et al.*, 2016).



Gambar 4.9. Posisi Merangkak dengan Posisi Janin OP
Sumber Foto: <https://www.bidankita.com/occiput-posterior-op/>

Disebutkan juga bahwa posisi merangkak dapat mengurangi rasa sakit ibu, dapat membantu memutar posisi janin dari oksiput posterior menjadi oksiput anterior (Dede Gantini, 2019).



Gambar 4.10 .Posisi *Hands and Knees*/Merangkak pada Ibu Bersalin

Posisi merangkak ini paling direkomendasikan untuk bisa memperbaiki dan mencegah malposisi janin. Posisi ini juga bisa mengurangi efek gravitasi dan durasi kontraksi, mengurangi nyeri karena tekanan bagian terendah janin pada panggul, dan rotasi internal janin (Jasmiati, 2022). Ibu juga bisa dianjurkan dengan kompres hangat untuk meredakan sakit punggung yang dialami atau melakukan *forward leaning position*. Namun, jika setelah melakukan semua itu janin masih tetap “*stuck*” (hal ini juga dapat terjadi di semua posisi, bahkan OP), maka intervensi seperti *manual rotation* (dimana provider memasukkan jarinya dan mencoba untuk memutar kepala bayi dengan jarinya) atau operasi

Caesar mungkin diperlukan. Rotasi manual merupakan tindakan yang digunakan secara umum untuk membantu rotasi janin ke posisi oksiput anterior (OA) (Phipps *et al.*, 2015).

4.2.6 Cara Mengetahui Posisi Janin OP

Cara untuk mengetahui janin dengan posisi OP, selain dengan USG adalah dengan *belly mepping* atau dengan mengamati Gerakan bayi. Ibu dapat mengetahui bahwa bayinya berada di posisi OP jika ibu merasakan Gerakan kecil tepat diatas tulang pubis ibu dan bukan tekanan dari kepala janin. Gerakan-gerakan kecil tersebut berasal dari jari-jari kecil janin. Gerakan tersebut akan berpusat di perut bagian tengah atau bawah ibu, dekat dengan tulang pubis.

Jika ibu merasakan Gerakan kecil tersebut jauh di kanan, didekat pinggul dan tendangan diatas kanan, tetapi tidak dekat bagian tengah dan tidak ada tendangan dibagian kiri, berarti janin berada di posisi *Occiput Anterior* (OA) atau *Left Occiput Transverse* (LOT-yang dapat dengan mudah berputar ke posisi OA) yang merupakan posisi bayi paling optimal saat melahirkan.

4.2.7 Cara Mencegah Janin Posisi OP

Cara mencegah janin dengan posisi OP adalah dengan cara:

1. Olahraga teratur dan perbaiki postur tubuh. Jauhi posisi yang mengarah pada posisi janin OP seperti bersandar dan duduk dengan panggul miring /tidak sejajar. Ibu bisa menggunakan birthball untuk menjaga postur tubuhnya.



Gambar 4.11. Posisi yang bisa dilakukan untuk janin posisi OP

Sumber Foto: <https://www.bidankita.com/occiput-posterior-op/>

2. Ketika ibu tidur, coba tidur dengan posisi miring ke kiri atau ke kanan dengan satu kaki dibawah lurus dan satu kaki diatasnya ditekuk 90° kemudian letakkan kaki pada tumpukkan bantal yang mengakibatkan panggul tetap terbuka
3. Olahraga seperti berjalan, yoga, berenang, yang bisa menggoyangkan panggul

DAFTAR PUSTAKA

- Cia Aprilianti. 2016. 'Prenatal Yoga pada Ibu Hamil Trimester III terhadap Posisi Oksiput Janin di Rumah Sakit Permata HATI Kota Palangkaraya Raya', (30), pp. 1–23.
- Dede Gantini, L.H. 2019. 'Gambaran Lama Persalinan Kala I Fase Aktif Pada Primigravida Dengan Posisi Merangkak Di Wilayah Kerja Puskesmas Tamansari Kota Tasikmalaya', *Jurnal Bimtas*, 3(2), pp. 1–8.
- Guittier, M.J. *et al.* 2016. 'Maternal positioning to correct occiput posterior fetal position during the first stage of labour: A randomised controlled trial', *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 123(13), pp. 2199–2207. doi:10.1111/1471-0528.13855.
- Jasmiati, J. 2022. 'Posisi Hands and Knees Pada Kehamilan Dan Persalinan', *Indonesian Trust Health Journal*, 5(2), pp. 78–84. doi:10.37104/ithj.v5i2.113.
- Jose A, L.Z. 2008. 'Presentation and Mechanisms of Labor', pp. 1–21. doi:10.3843/GLOWM.10126.
- Phipps, H. *et al.* 2015. 'Persistent Occiput Posterior position - OUTcomes following manual rotation (POP-OUT): Study protocol for a randomised controlled trial', *Trials*, 16(1), pp. 1–11. doi:10.1186/s13063-015-0603-7.
- Putri, R.A.D. and Kusika Saputra, N.P. 2021. 'Tatalaksana Penggunaan Forceps pada Posisi Oksiput Posterior Persisten', *Jurnal Ilmu Kedokteran (Journal of Medical Science)*, 15(2), p. 53. doi:10.26891/jik.v15i2.2021.53-62.
- Rashighi, M. and Harris, J.E. 2017. 'Management of Fetal Malposition in The Second Stage of Labor: A Propensity Score Analysis', *Physiology & behavior*, 176(3), pp. 139–148. doi:10.1053/j.gastro.2016.08.014.CagY.

- Soebandi, R.K. 2018. 'Faktor Persalinan Lama Pada Ibu Bersalin di Rsud Tuban', *Jurnal Kesehatan*, 7(1), pp. 51–57. Available at: Journal.stikesdrsoebandi.ac.id.
- Wipt, P. and George, K.M. 2008. 'Effect of Rotation on Perineal Lacerations in Forceps-Assisted Vaginal Deliveries', *Bone*, 23(1), pp. 1–7. doi:10.1097/AOG.0b013e31829752fc.Effect.

BAB 5

MEKANISME PERSALINAN PRESENTASI BOKONG (SACRUM ANTERIOR KIRI)

Oleh Tanti Tri Lestary

5.1 Pendahuluan

Persalinan merupakan proses alamiah yang dapat terjadi dengan sendirinya tanpa adanya intervensi dari luar. Meskipun demikian proses persalinan memiliki resiko berupa penyulit yang dapat membahayakan ibu dan janin. Karena resiko yang ada dapat terjadi secara tiba-tiba maupun terprediksi. Sehingga proses persalinan perlu diawasi oleh penolong dan dilakukan pada penyedia pelayanan yang berkompeten. Dalam mendukung keberhasilan proses persalinan terdapat beberapa faktor-faktor pendukung yang mempengaruhi. Faktor pendukung ini dikenal dengan istilah 6P.

Power merupakan faktor yang berasal dari sisi maternal yang berupa kontraksi uterus dan kekuatan ibu saat proses persalinan. *Passage* diartikan jalan lahir yang akan dilewati janin dalam proses persalinan. Bentuk dari panggul ibu akan menentukan kemungkinan persalinan berhasil atau tidak. *Passanger* merupakan produk kehamilan itu sendiri yaitu janin. Posisi janin dan berat badan janin sangat mempengaruhi kelancaran proses persalinan. *Psikologis* merupakan faktor yang menyangkut psikis ibu selama persalinan terutama saat merasakan nyeri. Faktor yang tidak kalah penting adalah penolong persalinan. Banyak penelitian yang menyatakan hubungan keberhasilan persalinan dengan adanya penolong persalinan. Selain itu

kehadiran penolong terbukti menenangkan ibu dalam proses persalinan

Meskipun belum ditemukan secara pasti, para ahli mempercayai etiologi dari persalinan dengan presentasi jenis ini meliputi keadaan janin yang belum cukup bulan, polihidramnion, kehamilan dengan produk kehamilan lebih dari satu, tempat penanaman plasenta yang kurang menguntungkan, panggul yang sempit, hydroscephalus, dan *baby giant*. Selain itu presentasi bokong juga didukung oleh dari sisi maternal yang memiliki riwayat persalinan bokong sebelumnya (Gray and Shanahan, 2023).

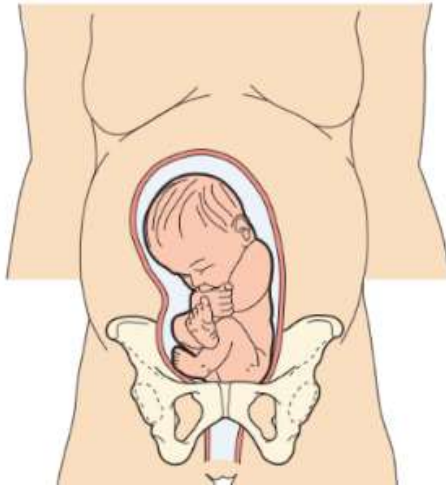
5.2 Jenis Letak pada Persalinan Bokong

Persalinan merupakan proses pengeluaran produk kehamilan ketika telah mencapai usia yang aterm atau cukup bulan. Dalam prosesnya persalinan bagian terendah janin menjadi presentasi persalinan. Presentasi yang paling memungkinkan dan memudahkan terjadinya proses persalinan adalah presentasi belakang kepala janin. Selain jenis persalinan tersebut ada presentasi bokong yang dapat terjadi pada proses persalinan meskipun dalam presentasi dibawah 10% dan semakin besar jika terjadi pada persalianan preterm (Labeau *et al.*, 2021).

Berbeda dengan persalinan dengan presentasi belakang kepala, dalam presentasi bokong sakrum menjadi penanda dan penunjuk posisi. Dalam proses persalinan dengan presentasi bokong terdapat beberapa variasi letak, diantaranya:

1. Bokong sempurna

Pada posisi ini posisi janin duduk dengan fleksi kedua pinggul dan kedua kaki dalam posisi melipat seperti bersila. Posisi ini dipercaya menyumbang tingginya angka "*Sectio Caesarea*".



Gambar 5.1. Presentasi Bokong sempurna

2. Bokong murni

Jenis persalinan bokong tipe ini sering disebut dengan "*frank breech*". Dalam presentasi bokong jenis ini, posisi janin fleksi kedua pinggul, dan tungkai lurus dengan kaki di dekat wajah janin, seperti posisi tombak.



Gambar 5.2. Presentasi bokong murni atau "*frank breech*"

3. Kaki

Persalinan bokong dengan posisi ini sering juga disebut dengan "*incomplete breech*" atau sungsang yang tidak lengkap. Terdapat kombinasi posisi, seperti satu atau kedua pinggul yang diperpanjang dan satu kaki diperpanjang atau keduanya yang sering disebut dengan istilah "*Footling breech*".



Gambar 5.3. Presentasi kaki satu kaki diperpanjang

5.3 Mekanisme Persalinan Bokong dengan presentasi Sacrum Kiri Anterior

Jenis persalinan ini harus dilakukan pada tempat pelayanan kebidanan yang memiliki dokter spesialis kandungan dan dokter spesialis anak. Hal ini di karenakan jenis persalinan ini masuk dalam kategori persalinan dengan risiko tinggi. Sehingga dalam perjalanan Kala I dokter tidak menganjurkan induksi untuk memepercepat pembukaan. Pemantauan detak jantung janin di awasi secara berkala. Bokong merupakan pembuka serviks yang buruk jika dibandingkan dengan kepala. Sehingga proses persalinan Kala I akan menjadi lebih lama. Jika ditemukan keadaan

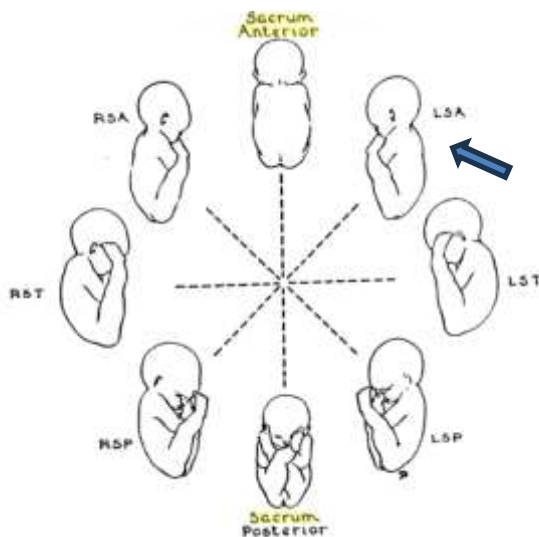
janin yang tidak baik dan pembukaan yang melambat maka persalinan dilanjutkan dengan metode "*Sectio Caesarea*" (Kay and Sandhu, 2019).

Dalam menentukan posisi janin, perlu di pahami bahwa ibu dalam posisi litotomi, dimana symphysis pubis ibu dalam posisi anterior dan sacrum ibu dalam posisi posterior.



Gambar 5.4. Posisi Litotomi

Presentasi Sacrum Kiri Anterior juga sering disebut dengan istilah presentasi sacrum kiri depan.



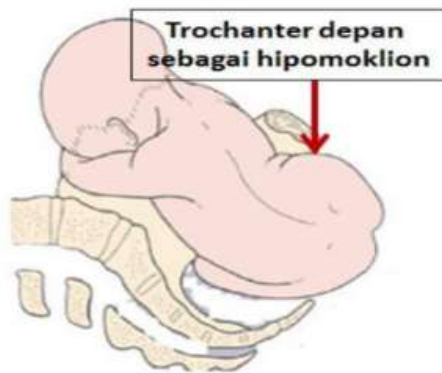
Gambar 5.5. Gambaran posisi janin Sacrum Kiri Anterior

Pada gambar diatas dapat kita lihat tabda panah menunjukkan gambar janin dengan keterangan LSA (*Left Sacrum Anterior*). Sacrum janin nampak menghadap pubis ibu dengan sedikit mengarah ke arah kiri (Hutagaol *et al.*, 2023)v.

Adapun tahapan mekanisme persalinan bokong adalah sebagai berikut:

1. Lahirnya Bokong

Bokong akan memsuki Pintu Atas Panggul (PAP) dengan diameter tranversa pada PAP adalah diameter terluas pada presentasi ini. Pada pintu bawah panggul bokong perlahan akan berputar paksi dalam untuk menempati ukuran antero-posterior. Bokong akan lahir dengan posisi latero-fleksi, yang diawali lahirnya bokong belakang dan di ikuti bokong depan.

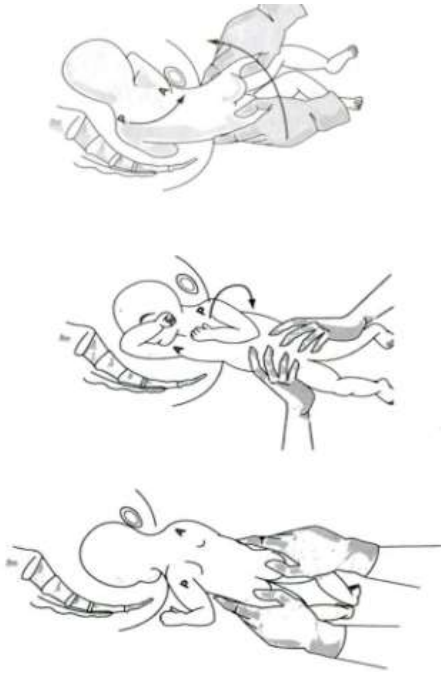


Gambar 5.4. Bokong memposisikan Latero-Fleksi

2. Lahirnya Bahu

Lahirnya bokong di ikuti bahu akan masuk ke PAP. Pada saat bahu sampai pada pintu tengah panggul maka perut bayi dan segera lahirkan tali pusat. Saat bahu masuk pada pintu bawah panggul, bahu akan mengalami putaran paksi

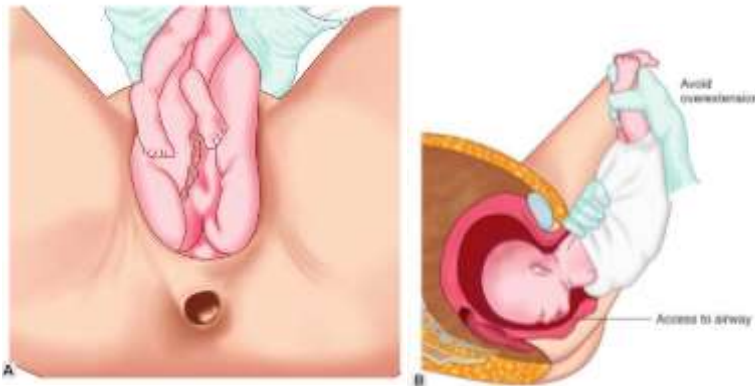
dalam. Setelah mencapai dasar panggul, bahu belakang akan lahir dan diikuti bahu depan. Dalam tahap ini penolong persalinan dapat membantu dengan melakukan manuver Lovset.



Gambar 5.5. Manuver Lovset

3. Lahirnya Kepala

Saat bahu telah lahir, kepala akan mengikuti memasuki PAP dengan bagian sutura sagital dalam posisi melintang. Selanjutnya kepala akan memasuki pintu bawah panggul untuk lahir. Dalam proses lahirnya kepala, penolong dapat membantu dengan melakukan manuver Braht (Konar, 2018).



Gambar 5.8. Manuver Braht

Dalam setiap melakukan persalinan bokong tidak di anjurkan untuk menolong sendiri. Jka kepala mengalami penyulit untuk lahir, dapat dilakukan manuver Mauriiceau atau sering disebut dengan Smellie-Veit (McTavish, 2017).



Gambar 5.6. Manuver Mauriiceau atau Smellie-Veit

5.4 Komplikasi Persalinan Presentasi Bokong

Persalinan dengan presentasi bokong dapat meningkatkan angka mortalitas dan morbididitas pada persalinan jika dibandingkan dengan presentasi belakang kepala. Hal ini dapat terjadi karena, bokong bukan merupakan bagian terbaik untuk

pembuka serviks, jika dibandingkan kepala janin. Sehingga adanya resiko kepala janin untuk tersangkut sangat besar. Posisi anggota tubuh janin yang lain, seperti tangan dan kaki, mempengaruhi keberhasilan persalinan presentasi bokong (Kay and Sandhu, 2019). Adapun beberapa komplikasi dari persalinan presentasi bokong adalah:

1. Perdarahan intrakranial/robekan tentorial
2. Aspirasi cairan Ketuban
3. Cidera medulla spinalis
4. Cedera jaringan lunak
5. Ruptur hepar
6. Perdarahan adrenal
7. Palsi saraf pada saraf wajah
8. Fraktur klavikula
9. Asfeksi Berat
10. Kemantian bayi

DAFTAR PUSTAKA

- Gray, C.J. and Shanahan, M.M. 2023. 'Breech Presentation.', in. Treasure Island (FL).
- Hutagaol, I.O. *et al.* 2023. *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Dan Bayi Baru Lahir*. Global Eksekutif Teknologi.
- Kay, S. and Sandhu, C.J. 2019. *Crash Course Obstetrics and Gynaecology*. Elsevier Health Sciences.
- Konar, H. (2018) *DC Dutta's textbook of obstetrics*. JP Medical Ltd.
- Labeau, S.O. *et al.* 2021. 'Correction to: Prevalence, associated factors and outcomes of pressure injuries in adult intensive care unit patients: the DecubICUs study', *Intensive Care Medicine*, 47(4), pp. 503–520.
- McTavish, L. 2017. *Childbirth and the display of authority in early modern France*. Routledge.

BAB 6

MEKANISME PERSALINAN PRESENTASI BOKONG (SACRUM POSTERIOR KIRI)

Oleh Andi Arlina

6.1 Pendahuluan

Persalinan sungsang adalah keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala di fundus uteri dan bokong berada di bagian bawah kavum uteri.

Persalinan sungsang dengan letak bokong adalah suatu persalinan dimana bokong bayi merupakan bagian rendah dengan kaki atau tanpa kaki karena salah satu atau kedua kaki menjungkal keatas sampai menyentuh kepala.

6.2 Etika Menulis

Persalinan sungsang dengan presentasi bokong adalah letak bayi yang memanjang dengan posisi bagiana terendah adalah bokong atau bagian terendah janin adalah bokong. Persalinan sungsang dengan presentasi bokong adalah posisi bayi yang berada di dalam rahim dengan kepala di atas sehingga pada saat proses persalinan normal pantat atau kaki bayi yang akan keluar terlebih dahulu dibandingkan posisi normal biasanya dengan kepala lebih dahulu.

Klasifikasi letak sungsang dibagi menjadi:

1. Letak bokong murni:
 - a. Teraba bokong
 - b. Kedua kaki bayi menjungkal keatas sampai pada kepala bayi

- c. Kedua kaki kadang bertindak sebagai spalk
- 2. Letak bokong kaki sempurna (*Complete breech*):
 - a. Ketika diraba yang didapati adalah bokong
 - b. Kedua kaki akan berada sesebelah bokong
- 3. Letak bokong kaki tak sempurna:
 - a. Yang teraba adalah bokong
 - b. Akan teraba satu atau salah satu kaki saja disebelah bokong
- 4. Letak kaki (*Incomplete breech presentation*):
 - a. Pada bagian terendahnya akan didapati salah satu kaki atau keduanya atau pula akan teraba lutut
 - b. Antara kaki dan lutut dapat dibedakan antara keduanya

6.3 Etiologi dari letak sungsang

Beberapa penyebab yang bisa diidentifikasi dilihat dari berbagai macam kondisi yang mendorong terjadinya presentasi bokong, seperti:

- 1. Prematuritas (Persalinan premature).
 - a. Persalinan prematur bisa disebabkan oleh penyebab dari bentuk rahim. Dimana bentuk rahim yang relative kurang lonjong sehingga menyebabkan posisi kepala bayi berada dibagian atas.
 - b. Presentase bokong sering terjadi pada ibu yang melahirkan pada usia gestasi kurang dari 34-37 minggu dan persalinan ini dapat menyebabkan persalinan dengan presentase bokong.
- 2. Tungkai ekstensi.

Pergerakan spontan yang dilakuakn bayi dapat menyebabkan akan terjadinya ekstensi dan dapat membelit panggul.

3. Kehamilan kembar.
Kehamilan kembar dapat mengurangi ruang yang tersedia untuk perputaran dan pergerakan janin, yang dapat menyebabkan salah satu janin atau lebih memiliki presentasi bokong.
4. Polihidroamnion.
Distensi rongga uterus oleh cairan amnion atau air ketuban yang berlebihan dapat menyebabkan presentasi bokong.
5. Hidrosefalus.
Kelainan bentuk kepala (bentuk kepala bayi besar) tidak sesuai dengan bentuk atas panggul atau tidak dapat terakomodasi didalam fundus.
6. Abnormalitas uterus.
Pada kondisi ini biasanya ibu akan melahirkan secara premature dikarenakan adanya perdarahan yang terjadi pada uterus ditandai dengan keluarnya darah pervaginam. Distorsi rongga uterus oleh septum atau jaringan fibroid dapat menyebabkan presentasi bokong.
7. Plasenta previa.
Kondisi ari-ari atau Plasenta yang menutupi jalan lahir sebagian atau keseluruhan yang dapat mengurangi luas ruangan dalam rahim.
8. Panggul sempit.
Panggul yang sempit dapat mendorong janin mengubah posisinya menjadi sungsang.
9. Multiparitas.
Pernah melahirkan anak sebelumnya dapat menyebabkan Rahim berubah menjadi elastis dan peluang janin untuk berputar lebih besar .
10. Bobot janin relatif rendah.
Janin yang kecil dapat menyebabkan janin tersebut bebas bergerak.

11. Rahim yang sangat elastis.

Ibu yang pernah melahirkan beberapa anak sebelumnya biasanya akan mengalami rahim yang sangat elastis membuat janin didalam rahim dapat berputar hingga minggu ke-37.

6.4 Komplikasi persalinan letak sungsang

1. Menyebabkan angka kematian yang meningkat dapat dilihat dari tingginya morbiditas dan mortalitas pada bayi
2. Komplikasi yang dapat terjadi pada ibu:
 - a. Perdrahan jalan lahir
 - b. Trauma persalinan atau gangguan psikologis lainnya
 - c. Infeksi postpartum
3. Komplikasi yang terjadi pada bayi:
 - a. Perdarahan intraknial (perdarahan epidural, subdural, subaraknoid, intraserebral /parenkim dan intraventrikuler) yang dapat menyebabkan kecacatan jasmani sampai kemantal bahkan dapat menyebabkan kematian pada bayi
 - b. Infeksi postpartum seperti meningitis atau infeksi lainnya, dapat ditandai dengan adanya perubahan pada suhu tubuh yang meningkat, ubun-ubun bayi menonjol, lemas, frekuensi minum berkurang, muntah yang dapat menyebabkan kejang hingga henti nafas.
 - c. Trauma saat persalinan seperti fraktur eksremitas (atas atau bawah), cedera pada liver (liver ruptura) dan lien ruptura
 - d. Bayi baru lahir yang menelan atau menghirup air ketuban bercampur feses pertamanya (mekonium) atau biasa disebut aspirasi mekonium
4. Kematian bayi yang disebabkan oleh beberapa faktor, seperti asfiksia berat, meningitis atau infeksi otak dan perdarahan intrakranial

Cara menegakkan diagnosa

1. Pemeriksaan Abdominal antenatal meliputi:
 - a. Letaknya adalah memanjang atau lonjong
 - b. Teraba lunak, irreguler dan tidak keras melenting (letak kepala).
 - c. Teraba bagian-bagian kecil sebelah kiri, bagian kanan teraba punggung, akan jauh dari garis tengah dan belakang
 - d. Pada bagian fundus uteri akan teraba kepala, bila kepala ada dibagian bawah hepar atau iga akan teraba keras dan lebih bulat dari pada bokong dan dapat dipantulkan. Bila dibagian fundus terdapat massa yang bisa dipantulkan maka dapat dicurigai bahwa presentasi bokong.
 - e. Tidak adanya tonjolan kepala dan bokong tidak dapat dipantulkan.
2. Denyut Jantung Janin (Auskultasi)

Denyut jantung janin yang normal tergantung pada usia kehamilannya. Makin tinggi usia kehamilan maka detak jantung janin akan semakin meningkat. Denyut jantung janin akan terdengar makin keras pada bagian kanan atas perut ibu (bagian atas atau bawah umbilicus) dan pada posisi yang sama dengan punggung.
3. Pemeriksaan Vaginal
 - a. Tidak teraba keras (seperti kepala) rata dan teratur dengan garis-garis sutura dan fontanel.
 - b. Bagian terendan janin teraba tinggi
 - c. Bagian terendah teraba lunak dan irregular. Teraba anus dan tuber ischiadicum terletak dalam satu garis. Terkadang antara letak bokong dan muka tertukar.
 - d. Harus dapat membedakan antara yang teraba kaki dan tangan

- e. Terkadang yang teraba pada presentase bokong sempurna adalah sakrum yang tertarik kebagian bawah tapi kadang dikelirukan adalah presentase kepala karena yang teraba adalah tulang yang keras.
 - f. Pada bagian kanan panggul terdapat sacrum dengan diameter bitrochanterica ada pada diameter oblique kanan.
4. Pemeriksaan ultasound
Bertujuan untuk lebih memperjelas letak presentase bokong janin.
 5. Pemeriksaan sinar-X
Banyak fungsi dari pemeriksaan sinar-X ini seperti untuk menegaskan diagnosis dan dapat mengukur panggul ibu sehingga dapat pula mendeteksi adanya panggul sempit pada ibu hamil.

6.5 Penanganan presentasi bokong

Dapat dilakukan dengan cara Persalinan melewati jalan lahir (pervaginam) dan persalinan yang tidak melewati jalan lahir (*sectio caesarea*).

1. Persalinan pervaginam
 - a. Spontan yaitu persalinan yang terjadi sepenuhnya karena spontan dengan menggunakan tenaga ibu dan adanya kontraksi uterus tanpa serta tanpa adanya penyulit atau indikasi hanya dilakukannya penarikan atau manipulasi sedikitpun pada janin selain memegang janin yang akan dilahirkan. Persalinan ini disebut persalinan dengan cara bracht.
 - b. Ekstraksi parsial yaitu persalinan yang dilakukan dengan melahirkan janin sebagian menggunakan tenaga ibu (kekuatan mendedan dan his ibu), tetapi sebagian dilakukan ekstraksi atau menggunakan

tenaga penolong, misalnya dengan metode lovset, klasik, muller, mouritceau, prague terbalik

- c. Ekstraksi total yaitu suatu persalinan dimana seluruh proses persalinan yang dilakukan oleh petugas kesehatan atau dilakukan oleh penolong persalinan itu sendiri.

Jenis eksresi total seperti: ekstraksi bokong dan ekstraksi kaki.

2. Persalinan per abdominal sectio caesarea.

Jumlah kasus baru yang terjadi pada persalinan bokong dengan penanganan secsio sesarae adalah sekitar 10 persen.

Kriteria Persalinan Pervaginam:

1. Kriteria fetus, dilihat dari:
 - a. Letak bokong murni atau dengan letak bokong dan kaki sempurna
 - b. Usia kehamilan ibu lebih dari 34 minggu
 - c. Taksiran dari berat janin 2000-3500 gram
 - d. Posisi kepala bayi harus fleksi
2. Kriteria maternal
 - a. Keadaan pelvis ibu harus cukup besar
 - b. Setelah dilakukan pemeriksaan penunjang lain didapatkan bahwa tidak ada indikasi atau penyulit terhadap ibu dan bayi untuk secsio sessarae

Kriteria Persalinan seksio sesarae:

1. Kriteria janin:
 - a. Berat janin ditafsirkan lebih dari 3500 gram
 - b. Adanya defleksi kepala janin
 - c. Prematur atau belum cukup umur kehamilan
 - d. Presentase kaki
 - e. Bagian terendah janin belum mengikut sepenuhnya

- f. Adanya gawat janin
- 2. Kriteria materbal:
 - a. Usia primigravida tua
 - b. Adanya riwayat persalinan yang buruk
 - c. Panggul yang sempit
 - d. Adanya kelainan pada rahim

6.6 Mekanisme Persalinan dengan Presentase Bokong

- 1. Persetujuan tindakan medic (Inform concent)
- 2. Persiapan pasien:
 - a. Posisi pasien secara litotomi diatas ranjang persaalinan
 - b. Kandung kemih kosong
 - c. Vulva hygiene atau membersihkan daerah vulva dengan antiseptik
- 3. Persiapan alat:
 - a. Partus set
 - b. Alat untuk menjahit perineum
 - c. Peralatan resusitasi bayi
 - d. Oxitosin
 - e. Lidocain
 - f. Spoit
- 4. Persiapan bidan (penolong)
 - a. Menggunakan APD
 - b. Mencuci tangan dengan teknik 6 langkah dibawah air mengalir
 - c. Gunakan handuk bersih dan kering untuk mengeringkan tangan
 - d. Menggunakan hanscoon steril
 - e. Memasang duk sepertiga bagian

Tindakan pertolongan persalinan partus sungsang :

1. Lakukan pemeriksaan dalam dengan tujuan untuk menilai jumlah pembukaan, selaput ketuban (sudah pecah atau belum, jika sudah pecah nilai air ketuban apakah jernih, darah, mekonium, lendir), penurunan bokong dan kemungkinan ada tidaknya penyulit saat melakukan proses persalinan
2. Instruksikan pada pasien agar mengedan dengan benar (mulai dengan menarik nafas dalam, katupkan mulut, upayakan tenaga mendorong ke abdomen dan anus. Kedua tangan menarik lipat lutut, angkat kepala dan lihat ke pusat) hal tersebut dilakukan jika ada his.
3. Pimpin proses persalinan hingga bokong turun kedasar panggul. Lakukan episiotomi jika bokong tidak dapat lahir tapi bentuk perineum sudah tipis.
4. Melahirkan bayi dengan cara brach:
 - a. Lakukan segera setelah bokong lahir secara sempurna, cekam bokong dengan cara kedua ibu jari penolong sejajar dengan panjang paha bagian atas, dan jari-jari yang lain memegang daerah panggul dan pinggang bagian belakang bayi.
 - b. Ikuti saja proses keluarnya janin, karena pasti bayi akan melakukan pergerakan alamiah (jangan melakukan intervensi)
 - c. Segera longgarkan tali pusat setelah bagian perut dan dada lahir.
 - d. Arahkan bagian badan bayi yang sudah dilahirkan keatas pada saat angulus skapula inferior tampak di bawah sifisis (dengan mengikuti gerak rotasi anterior yaitu punggung janin didekatkan ke arah perut ibu tanpa adanya tarikan sebagai penyulit) dan sesuaikan dengan lahirnya badan bayi. Gerakan ke atas ini

dilakukan hingga seluruh bagian kepala yang meliputi dagu, mulut, hidung, dahi dan kepala secara sempurna.

5. Bila terjadi hambatan atau penyulit pada saat pengeluaran tubuh janin mencapai daerah bahu belakang, maka segera lakukan pertolongan persalinan bokong dengan cara klasik atau muller dan lovset (manual aid).
6. Bila dengan cara brach bahu dan tangan tidak bisa lahir maka lahirkan bahu dan tangan dengan metode klasik yaitu :
 - a. Segera lahirkan bokong dan bayi secara sempurna sampai melahirkan daerah abdomen dan dada
 - b. Setelah itu mengendorkan tali pusat
 - c. Pegang kedua kaki pada pergelangan kaki dengan tangan pertama dan arahkan ke atas kanan ibu untuk melahirkan bahu kiri bayi yang berada di belakang. Dengan tangan kedua dan menariknya ke arah kiri atas ibu, untuk melahirkan bahu kanan bayi yang berada di belakang.
 - d. Masukkan dua jari tangan kanan atau kiri (menyesuaikan dengan letak bahu belakang) sejajar dengan lengan bayi, untuk melahirkan lengan belakang bayi.
 - e. Setelah bahu dan lengan belakang lahir, maka kedua kaki ditarik ke arah bawah berlawanan dengan lateral dari langkah sebelumnya untuk melahirkan bahu dan lengan bayi depan dengan cara yang sama.

Bila masih mendapatkan kesulitan untuk melahirkan bahu belakang maka lakukan cara muller yaitu dengan cara:

1. Lahirkan bahu depan terlebih dahulu dengan menarik kedua kaki (cara yang sama seperti klasik) ke arah belakang kontra lateral dari bahu depan.

2. Jika bahu dan lengan depan lahir, lakukan kembali dengan langkah yang sama untuk melahirkan bahu dan lengan bagian belakang.

Cara lovset

Pertolongan persalinan metode ini dilakukan bila ada lengan bayi yang terjungkit di belakang kepala. Adapun metodenya:

1. Setelah bokong dan kaki bayi lahir, pegang dengan menggunakan kedua tangan
2. Tarik ke bawah (sampai skapula berada di bawah simpisis)
3. Lakukan pemutaran bada bayi 180 derajat sampai bahu belakang berubah menjadi bahu bagian depan dan lahir
4. Dengan arah yang berlawanan putaran pertama, kembali putar bayi sampai 180 derajat sampai kedua bahu lahir.

Melahirkan kepala bayi dengan cara Mauriceau

Cara ini dilakukan bila proses persalinan pada bayi dilahirkan secara manual aid atau dengan cara bracht tetapi kepala belum lahir, dapat dilakukan cara:

1. Letakkan bayi pada salah satu tangan bagian atas seperti posisi badan bayi seolah-olah menunggang kuda (untuk tangan penolong disesuaikan saja posisi tangan meletakka badan bayi)
2. Tangan yang menopang badan bayi dimasukkan salah satu jari pada mulut dan dua jari di maksila,
3. Bagian salah satu tangan memegang atau mencengkam bahu sampai tengkuk bayi bagian belakang,
4. Meminta seorang penolong persalinan untuk menekan bagian atas fundus uteri,
5. Penekanan pada fundus dilakukan saat bersamaan dengan adanya his, dan penolong persalinan melakukan tarikan ke bawah sesuai arah sumbu jalan lahir. Tangan yang

menopang bagian tubuh bayi tetap mempertahankan posisi jari yang dimasukkan kedalam mulut untuk menekan dagu atau mulut.

Ekstraksi kaki

Ekstraksi kaki dilakukan bila kala II tak maju dan bila dibiarkan akan menyebabkan gejala kegawatan baik pada ibu maupun pada bayi. Adapun langkah-langkahnya:

1. Salah satu tangan (tangan kanan bagi yang tidak kidal) masuk secara obstetrik menelusuri mulai dari bokong, lanjut ke pangkal paha sampai lutut, kemudian melakukan penelusuran keseluruhan sisi bagian tungkai bawah dan tarik bagian paha sampai keluar pada jalan lahir, tangan yang lain mendorong fundus ke arah bagian bawah. Bila kaki sudah keluar, pergelangan kaki dipegang dengan menggunakan dua jari dan dituntun ke luar melewati jalan lahir (vagina) sampai batas lutut.
2. Kedua tangan penolong memegang betis janin, yaitu kedua ibu jari diletakkan di belakang betis sejajar sumbu panjang paha dan jari-jari lain di depan betis, kaki ditarik curam ke bawah sampai pangkal paha lahir.
3. Pegangan dipindah ke pangkal paha setinggi mungkin dengan kedua ibu jari di belakang paha, sejajar sumbu panjang paha dan jari lain di depan paha.
4. Pangkal paha ditarik curam ke bawah sampai melewati panggul depan jalan lahir. Kemudian pangkal paha dengan pegangan ditarik ke atas hingga melewati panggul depan jalan lahir untuk melahirkan panggul belakang. Bila kedua panggul sudah lahir maka bokong akan lahir sempurna.
5. Tapi sebaliknya jika kaki bagian belakang yang dilahirkan terlebih dahulu, maka yang akan lahir dahulu adalah panggul belakang dan untuk melahirkan panggul depan maka pangkal paha dapat ditarik terus curam ke bawah.

6. Bila bokong sudah lahir, lanjutkan dengan manual aid (metode persalinan lovset, klasik dan Mueller)

Teknik ekstraksi bokong

Bila presentasi bokong murni dan bokong sudah turun didasar panggul tetapi kala II tidak ada kemajuan yang menyebabkan tampak keadaan janin/ibu yang mengharuskan bayi segera dilahirkan. Caranya yaitu:

1. Bila bokong sudah nampak divulva (5cm)
2. Gunakan salah satu tangan yang dilapisi oleh kain sepertiga bagian, pegang bokong janin sehingga ibu jari pada kedua tangan akan berada pada pangkal paha dan jari-jari lainnya berada dibagian bokong janin
3. Bila ada his dan ibu meneran maka arahkan punggung bayi keperut ibunya sampai kedua kaki lahir
4. Bila bagian abdomen bayi telah lahir yaitu perut dan dada maka cek tali pusat dan longgarkan
5. Setelah dilahirkannya kaki, pindahkan tangan penolong dengan posisi ibu jari kedua tangan berada pada lipatan paha bayi dan jari-jari lainnya berada pada pinggang bayi
6. Gerakkan tangan melakukan hiperlordosis atau mengangkat bayi dengan melahirkan bagian kepala yang meliputi mulut, hidung, dahi dan kepala secara sempurna
7. Setelah kepala lahir sempurna, minta bantuan pada penolong lain untuk melakukan tekanan suprasimfisis yang searah jalan lahir, dengan tujuan agar posisi fleksi kepala bayi tetap dipertahankan
8. Bila bayi sudah lahir sempurna, lakukan perawatan dan pertolongan seperti pada bayi dengan persalinan normal lainnya pervaginam.
9. Lakukan pendokumentasian

Cunam piper

Mulai digunakan kalau pengeluaran kepala bayi dengan bracht atau mauriceau gagal. Alat ini dibuat khusus untuk persalinan persaalinan letak sungsang sehingga mempunyai bentuk khusus pada alatnya.

1. Daun pada cunam piper berfenestrasi, mempunyai lengkungan khusus membentuk panggul yang agak mendatar sehingga dapat menjangkau sampai panggul bagian atas
2. Mempunyai daun tangkai yang panjang, dengan bentuk melengkung menghadap terbuka yang berfungsi untuk menghindari adanya kompresi yang berlebihan pada jalan lahir

Caranya melakukannya:

1. Minta bantuan pada tenaga penolong yang lain untuk memegang kedua kaki dan tangan pada bayi
2. Angkat badan bayi keatas sehingga punggung bayi mendekati punggung ibu
3. Pasang cunam bila bokong sudah nampak sempurna dengan teknik sama pada yang diletakkan dibelakang kepala.
4. Setelah memasang cunam pada bagian bokong (masukkan cunam dari arah bawah, sejajar dengan lipatan paha bagian belakang.
5. Bila bagian dari ubun-ubun kecil (suboksiput) telah nampak, maka cunam diangkat keatas dengan suboksiput sehingga berturut-turut akan melahirkan bagian dagu, mulut, muka, dahi, dan sampai bagian kepala secara sempurna.
6. Bila bayi sudah lahir sempurna, lakukan perawatan dan pertolongan seperti pada bayi dengan persaalinan normal lainnya pervaginam.

7. Lakukan pendokumentasian

6.7 Manajemen kala III

1. Lahirkan plasenta secara spontan atau manual apabila ada indikasi.
2. Menjahit luka episiotomi atau robekan perenium.
3. Lakukan massase uterus dan berikan obat perangsang uterus agar berkontraksi dengan baik
4. mengawasi kala IV.
5. Lakukan pemeriksaan dan pengawasan nifas.
6. Lakukan pendokumentasian.
7. Cuci tangan pasca tindakan.
8. Periksa kembali tanda vital pasien, segera buat intruksi bila diperlukan.
9. Catat kondisi pasien dan buat laporan tindakan dalam kolom yang tersedia (partograf)
10. Beri tahu pada pasien dan keluarga pasien bahwa tindakan telah selesai dilakukan dan masih memerlukan perawatan.
11. Jelaskan pada petugas tentang perawatan, jadwal pengobatan dan pemantauan sejak gejala-gejala yang harus diwaspadai

6.8 Wewenang Bidan dalam Persalinan Letak Sungsang

Bidan dalam melaksanakan peran, fungsi dan tugasnya harus berdasarkan pada kompetensi dan kewenangannya yang telah diatur dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan.

Adapun kewenangan bidan dalam kasus pertolongan persalinan letak sungsang terdapat pada Pasal 49 huruf e yang berbunyi “melakukan pertolongan pertama kegawatdaruratan ibu hamil, bersalin, nifas dan rujukan.”.

Pada kasus pertolongan persalinan sungsang di Rumah Sakit terdapat pada pasal 53 tentang pelimpahan wewenang. Adapun pelimpahan wewenang sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 ayat (1) huruf d terdiri atas:

1. Pelimpahan secara mandat. Diperjelas kembali dalam Pasal 54 ayat (1) yang berbunyi “pelimpahan wewenang secara mandat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 53 huruf a diberikan oleh dokter kepada Bidan sesuai kompetensinya. Dan Pasal 54 ayat (4) yang berbunyi “dokter yang memeberikan pelimpahan wewenang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus melakukan pengawasan dan evaluasi secara berkala.
2. Pelimpahan secara delegatif.

DAFTAR PUSTAKA

- Behrman R, Kleigman R, Jenson H, Stanton B. Nelson textbook of pediatrics. Edisi ke-18. Philadelphia: Saunders. 2007
- Menkes J, Sarnat H, Maria B. Child neurology. Edisi ke-7. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkons. 2005.
- Green T, Franklin W, Tanz R. Pediatrics: just the fact. New York: McGraw-Hill. 2005.
- Hay W, Levin M, Sondheimer J, Deterding R. Current Diagnosis and Treatment in Pediatrics. Edisi ke-18. New York: McGraw-Hill. 2007.
- MacDonald M, Seshia M, Mullet M. Avery's neonatology: pathophysiology and management of the newborn. Edisi ke-6. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkons. 2005.

BAB 7

FISIOLOGI NYERI PADA PERSALINAN

Oleh Meti Patimah

7.1 Pendahuluan

Masa persalinan merupakan pengalaman kompleks dan bersifat subjektif, sehingga membuat pengalaman itu unik dan bersifat individual. Persalinan juga merupakan pengalaman emosional yang melibatkan mekanisme fisiologis dan psikologis.

Salah satu faktor yang memengaruhi pengalaman tersebut adalah nyeri persalinan. Nyeri persalinan merupakan fenomena yang luar biasa, bahkan menempati pengalaman nyeri tertinggi pada kehidupan seorang wanita, namun ingatan tersebut berkurang seiring waktu. Dalam beberapa penelitian, 90% pengalaman tersebut akan hilang tiga bulan kemudian (Lowe, 2002; Labor and Maguire, 2008).

7.2 Konsep Nyeri

Nyeri adalah pengalaman kompleks yang terdiri dari respons fisiologis dan psikologis terhadap stimulus berbahaya. Asosiasi Internasional untuk Studi Nyeri (IASP) mendefinisikan rasa sakit sebagai "Pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang terkait dengan, atau menyerupai yang terkait dengan, kerusakan jaringan aktual atau potensial". Rasa sakit selalu merupakan pengalaman pribadi yang dipengaruhi oleh faktor biologis, psikologis, dan social (Raja S *et al.*, 2021).

Definisi IASP telah diterima secara luas oleh para profesional kesehatan dan peneliti dibidang nyeri dan diadopsi

oleh beberapa organisasi profesional, pemerintah, dan nonpemerintah, termasuk Organisasi Kesehatan Dunia. Definisi IASP telah direvisi dalam beberapa tahun terakhir untuk mencerminkan kemajuan dalam pemahaman kita tentang rasa sakit. Definisi yang direvisi adalah "Pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang terkait dengan, atau menyerupai yang terkait dengan, kerusakan jaringan aktual atau potensial"(Raja *S et al.*, 2021).

7.3 Fisiologi Nyeri Persalinan

Nyeri secara umum didefinisikan sebagai memiliki dua komponen dasar, yaitu fenomena primer yang terdiri dari keluaran aferen dari reseptor sensorik dan fenomena sekunder yang melibatkan pemrosesan dan reaksi. Fenomena primer berasal dari fisiologis, hasil dari stimulasi dan respons reseptor sensorik, dan mungkin sama untuk stimulus yang diberikan pada semua orang yang secara fisiologis utuh (Lowe, 2002).

Nyeri persalinan berasal dari efek fisiologis, respon sensorik dan emosional (afektif) selama persalinan yang dapat menimbulkan efek teridentifikasi. Aktivitas sistem saraf simpatik menyebabkan terjadinya peningkatan katekolamin. Peningkatan asam lambung, mual dan muntah juga umum terjadi pada fase aktif dan transisi dari kala I persalinan. Ekspresi nyeri dapat terlihat melalui peningkatan kecemasan, dengan persepsi berkurang, menggeliat, menangis, mengerang, menunjuk (mengepalkan tangan dan meremas-remas), dan rangsangan otot yang berlebihan diseluruh tubuh (Labor and Maguire, 2008).

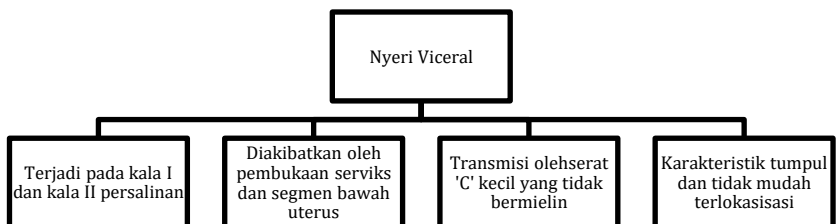
Nyeri persalinan berbeda pada nulipara dan multipara, skor nyeri pada nulipara lebih tinggi dibandingkan multipara. Pada nulipara rata-rata mengalami nyeri sensorik yang lebih besar yang diakibatkan oleh stimulasi pada nociceptors disekitar vagina, vulva dan perineum, serta akibat penurunan janin (Labor and Maguire, 2008).

Nyeri persalinan memiliki dua komponen, yaitu viseral dan somatik, dengan ciri sebagai berikut :

1. Nyeri Viseral

Terjadi pada awal kala I dan kala II yang disebabkan oleh dilatasi serviks dan segmen bawah uterus. Setiap terjadi kontraksi, tekanan ditransmisikan ke serviks yang menyebabkan pembukaan. Nyeri ini akan dirasakan pada perut bagian bawah, sakrum dan punggung dengan karakteristik tumpul dan tidak mudah terlokalisasi (Labor and Maguire, 2008; Cashion, 2022).

Nyeri viseral ditransmisikan oleh serat 'C' kecil yang tidak bermielin bersama serat simpatik dan melewati uterus, serviks, dan fleksus saraf hipogastrik ke dalam rantai simpatis utama. Serat rasa sakit dari rantai simpatik memasuki rami putih yang terkait dengan saraf tulang belakang T10 hingga L1, melewati akar saraf posterior untuk bersinaps di tanduk dorsal sumsum tulang *dan* belakang. Beberapa serat menyebrang pada tingkat tanduk dorsal dengan ekstensi rostral dan caudal yang menghasilkan lokalisasi yang buruk. Mediator kimia yang terlibat yaitu *bradykinin, leukotrienes, prostaglandins, serotonin, substance Plactic acid*.

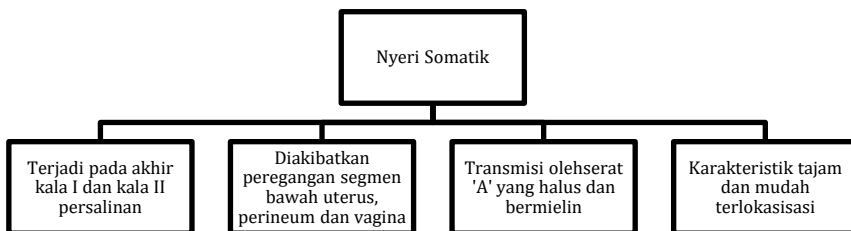


Gambar 7.1. Pathways Nyeri Viseral
Sumber : Labor and Maguire (2008)

2. Nyeri Somatik

Nyeri Somatik terjadi pada akhir kala I dan kala II, yang disebabkan oleh peregangan, distensi dan iskemi atau bahkan cedera (robekan) pada dasar panggul, perineum dan vagina. Nyeri somatik bermanifestasi selama penurunan janin dengan kontraksi uterus yang semakin sering dan teratur.

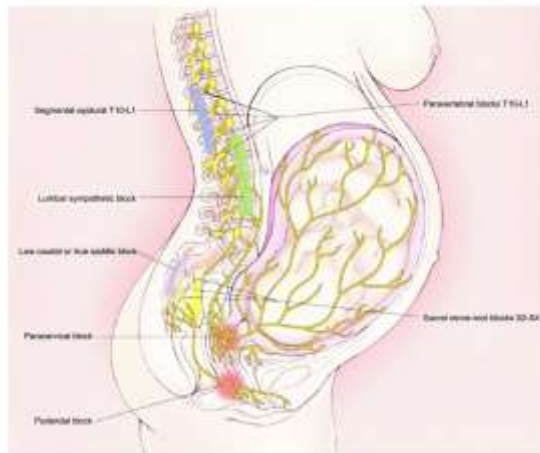
Nyeri somatik ditransmisikan oleh serat 'A delta' yang halus dan bermielin. Transmisi terjadi melalui nervus pudendus dan cabang perineum nervus kutaneus paha posterior ke radiks S2-S4, serabut somatik dari kutaneus posterior nervus ilioinguinal dan nervur genitofemoralis juga membawa serabut aferen ke L1 dan L2. Nyeri somatik memiliki karakteristik nyeri yang tajam dan mudah terlokalisasi (Labor and Maguire, 2008; Cashion, 2022).



Gambar 7.2. Pathways Nyeri Somatik

Sumber : Labor and Maguire (2008)

Impuls saraf yang dihasilkan oleh viseral dan simatik diteruskan ke sel tanduk dorsal yang diproses dan ditransmisikan ke otak melalui saluran spino-thalamic. Trasmisi ini disampaikan ke sistem hipotalamus dan limbik yang bertanggung jawab atas respon emosional dan otonom terkait nyeri.



Gambar 7.3. Transmisi nyeri persalinan
Sumber : Vermelis *et al.*, 2010



Gambar 7.4. Distribusi nyeri persalinan selama transisi dan fase awal kala II
Sumber : Cashion, 2022

Pada gambar 7.4 bagian A dapat terlihat distribusi nyeri persalinan selama kala I persalinan; Pada bagian B, distribusi nyeri persalinan selama transisi dan fase awal kala II; Sedangkan pada bagian C, terlihat distribusi nyeri persalinan selama akhir kala II dan siap melahirkan. Area abu-abu menunjukkan ketidaknyamanan ringan, area pink muda menunjukkan ketidaknyamanan sedang, area merah gelap menunjukkan ketidaknyamanan yang intens (Cashion, 2022).

Pelebaran serviks yang lebih besar telah dikaitkan dengan peningkatan nyeri persalinan dalam sejumlah penelitian, meskipun peningkatan dan penurunan tingkat nyeri dapat terlihat selama persalinan. Terutama pada fase-fase akhir kala I persalinan, rasa sakit yang lebih besar dapat dialami ketika kontraksi lebih sering terjadi. Pengaruh gabungan dari pelebaran serviks dan frekuensi kontraksi mungkin sebagian bertanggung jawab atas rasa sakit yang hebat yang dialami beberapa wanita selama transisi masa persalinan.

Data dari beberapa penelitian telah mendukung adanya hubungan antara dysmenorrhea dan peningkatan rasa sakit saat persalinan, tanpa memandang paritas. Peningkatan produksi prostaglandin, yang menghasilkan intensitas kontraksi yang lebih besar, disarankan sebagai mekanisme umum selama menstruasi dan persalinan. Penjelasan ini didukung oleh temuan penelitian yang menunjukkan bahwa intensitas kontraksi persalinan yang sebenarnya lebih penting daripada durasi kontraksi terhadap nyeri yang dirasakan (Lowe, 2002).

7.4 Faktor Yang Memengaruhi Nyeri Persalinan

Beberapa faktor dapat memengaruhi nyeri persalinan, termasuk faktor fisiologis, psikologis, dan sosial. Berikut adalah beberapa faktor yang dapat memengaruhi nyeri persalinan (Fridh *et al.*, 1988):

1. Usia ibu

Nyeri persalinan yang dilaporkan dipengaruhi oleh usia ibu. Wanita yang lebih tua tampaknya memiliki kontrol lebih besar atas hidup mereka, memiliki lebih banyak dukungan selama kehamilan, dan tampaknya tidak khawatir tentang persalinan dan persalinan sebanyak wanita yang lebih muda.

2. Paritas

Paritas, atau berapa kali seorang wanita melahirkan, dikaitkan dengan nyeri persalinan yang lebih intens

3. Usia kehamilan saat melahirkan

Nyeri persalinan yang dilaporkan dipengaruhi oleh usia kehamilan saat melahirkan.

4. Faktor psikososial

Faktor psikososial seperti budaya, etnis, pencapaian pendidikan, stres, kecemasan, dan ketakutan telah disarankan sebagai variabel mediasi yang signifikan dalam pengalaman perempuan tentang nyeri persalinan.

5. Perasaan emosional

Perasaan emosional terhadap kehamilan, seperti perasaan emosional yang tidak stabil dan harapan rasa sakit dan ketidaknyamanan yang tidak realistis, dikaitkan dengan intensitas nyeri dalam persalinan yang lebih tinggi

6. Riwayat aborsi

Riwayat aborsi dikaitkan dengan perasaan emosional yang lebih besar terhadap kehamilan dan intensitas nyeri persalinan yang lebih tinggi

7. Persalinan yang diinduksi atau ditambah

Persalinan yang diinduksi atau ditambah sering dikaitkan dengan peningkatan persepsi nyeri

7.5 Pengurangan Nyeri Persalinan Secara Non Farmakologi

Penatalaksanaan pengurangan nyeri pada persalinan sangat penting dilakukan untuk meningkatkan proses persalinan. Nyeri menghasilkan efek fisiologis dan respons sensorik dan emosional (afektif). Selama persalinan, nyeri menimbulkan efek fisiologis yang dapat diidentifikasi. Aktivitas sistem saraf simpatis dirangsang sebagai respons terhadap rasa sakit yang meningkat, menghasilkan peningkatan kadar katekolamin, tekanan darah dan detak jantung meningkat, pola pernapasan ibu berubah sebagai respons terhadap peningkatan konsumsi oksigen. Hiperventilasi, kadang-kadang disertai alkalosis respiratorik, dapat terjadi saat nyeri meningkat dan teknik pernapasan dangkal yang lebih cepat digunakan selama kontraksi. Pucat dan diaforesis dapat terlihat. Keasaman lambung meningkat, dan mual dan muntah sering terjadi pada fase aktif dan transisi kala satu persalinan. Perfusi plasenta dapat menurun, dan aktivitas uterus dapat berkurang (Cashion, 2022).

Saat ini pengurangan nyeri secara non-farmakologi sedang banyak digunakan karena dinilai lebih murah, mudah, tidak invasive, meningkatkan kepercayaan diri serta adanya keterlibatan pasien dalam pemberian asuhan. Pengurangan nyeri dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut (Cashion, 2022) :

1. Aromaterapi

Aromaterapi adalah ekstrak atau minyak yang dihasilkan dari tanaman, bunga, tumbuhan herbal, dan pohon. Aromaterapi memiliki fungsi untuk pengobatan dan menyeimbangkan tubuh, pikiran maupun jiwa. Minyak aromaterapi membantu kontraksi uterus, mengurangi nyeri dan ketegangan, menghilangkan rasa takut dan cemas, serta meningkatkan perasaan bahagia. (Kheirkah et al., 2014; Namazi et al., 2014; Yazdkhasti and Pirak, 2016)

Molekul aromaterapi merangsang sistem limbik, memengaruhi endokrin serta saraf otonom yang berhubungan langsung dengan perasaan dan ingatan, juga dapat mengurangi kecemasan yang mengarah ke rasa sakit. Aromaterapi membantu mengurangi kecemasan melalui pengurangan kortisol dan meningkatkan kadar serotonin. Esensi herbal yang berbeda diteliti untuk mengurangi nyeri persalinan, lebih dari 50% ibu puas dengan dampak yang dihasilkan, sehingga mengakibatkan pengurangan rasa sakit dan kecemasan. Aromaterapi sebagai metode non-farmakologi dapat digunakan dalam berbagai metode yaitu inhalasi, mandi, pijat dan rendam kaki (Kheirkah et al., 2014; Hamdamian et al., 2018; Ma et al., 2019). Aroma terapi yang dapat digunakan dalam persalinan adalah sebagai berikut (Patimah and Sundari, 2019) :

2. Lavender

Bunga lavender atau dalam bahasa latin *lavandula angustifolia* memiliki kandungan linalool, keton dan strearaldehyde. Kandungan keton dalam lavender dapat mengurangi rasa sakit, peradangan dan memberikan efek tenang, sedangkan kandungan ester dapat mencegah terjadinya kejang otot, mengurangi ketegangan dan depresi. Penggunaan aromaterapi lavender dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut:

- a. Menghirup dua tetes essen lavender yang diencerkan dengan air suling 1:10 selama 3 menit dengan jarak 5 cm dari hidung (Yazdkhasti and Pirak, 2016);
- b. Inhalasi menggunakan 0,1 ml essen lavender yang ditambahkan air suling sebanyak 2 ml (Chughtai et al., 2018);
- c. Pijat punggung dengan menggunakan 50 ml minyak almond yang ditambahkan 2 tetes essen lavender (Mansour Lamadah and Nomani, 2016).

3. Mawar

Bunga mawar atau *Rosa Damascena* memiliki kandungan finitil alcohol, citrenellol, nonadecane, geraniol, nerol, ethanol, heneicosane dan kaemferol. Kandungan tersebut dapat memberikan efek relaksan, abalgesik, antitusif, hipnotis, dan anti-diabetes (Kheirkah et al., 2014; Chughtai et al., 2018; Hamdaman et al., 2018).

Aromaterapi mawar efektif untuk merangsang sistem saraf pusat. Untuk pengurangan rasa sakit persalinan, essen mawar dapat digunakan sebagai berikut:

- a. Meneteskan 0,8 ml essen mawar pada kasa ukuran 10x10 cm dan dihirup selama 10 menit (Hamdaman et al., 2018)
- b. Menggunakan diffuser water dengan menambahkan 4 tetes essen mawar kedalam 300ml air (Tanvisut, Traisisilp and Tongsong, 2018)
- c. Kombinasi inhalasi 8 tetes essen mawar dengan 1 liter air dan rendaman kaki yang ditambah essen mawar dengan suhu 40°C (Kheirkah et al., 2014)

4. Melati

Melati (*Jasmine*) mengandung indole, linalcohol, asetat benzilic, alkohol benzilic, livalylacetaat dan jasmon. Aromatepi melati dapat diberikan dengan menggunakan diffuser water berisi 300ml air ditambah 4 tetes essen mawar (Tanvisut, Traisisilp and Tongsong, 2018).

5. Citrus Aurantium

Citrus Aurantium atau Bitter Orange memiliki kandungan limonene, linalool, linalyl asetat, geranyl asetat, geraniol, nerol, dan neryl acetate. Pemberian aromaterapi Citrus Autantium dapat diberikan dengan menggunakan kasa yang telah direndam dalam 4 ml essen diletakkan di samping pasien selama 30 menit (Namazi et al., 2014).

6. *Boswellia Carterii*

Boswellia Carterii atau kemenyan memiliki kandungan asam boswellic dan pentacyclic yang memiliki efek mengurangi rasa sakit dan peradangan melalui pengurangan neurotransmitter darah seperti endorfin, serotonin, dan noradrenalin (Hu et al., 2017; Saeieh et al., 2018). Pemberian kasa yang telah direndam dengan campuran 0,2 ml essen dan 2 ml larutan garam normal (NaCl) yang ditempelkan pada kerah baju ibu bersalin dapat menurunkan skala nyeri persalinan (Saeieh et al., 2018; Handayani, Patimah and Wahyuni, 2019).

7. Teknik Relaksasi dan Pernafasan

Relaksasi dengan lingkungan yang nyaman, perpindahan posisi dan teknik nafas dapat menurunkan persepsi nyeri pada ibu bersalin. Teknik nafas yang dapat digunakan yaitu : pernafasan hidung (menghirup udara melalui hidung dan keluar melalui mulut), pernafasan lambat (IN-2-3-4/OUT-2-3-4), pernafasan cepat (IN-OUT/IN-OUT), dan pernafasan berpola (IN-OUT/ IN-OUT/ IN-OUT/IN-BLOW).

8. Effleurage dan Counterpressure

Pijat effleurage adalah belaian ringan, biasanya pada perut, paha atau dada, sedangkan counterpressure adalah tekanan pada daerah sakrum dengan menggunakan kepalan tangan maupun benda keras.

9. Aplikasi Panas Dingin

Aplikasi panas dapat diberikan menggunakan kompres hangat, mandi air hangat, selimut hangat, sedangkan aplikasi dingin dapat menggunakan kain dingin, kompres gel beku, dan kantong es. Aplikasi panas dingin dapat digunakan secara tersendiri maupun secara bergantian.

10. Akupuntur dan Akupresur

Penekanan pada titik-titik akupuntur dapat meningkatkan sirkulasi darah sehingga dapat mengurangi persepsi nyeri persalinan

11. Hidroterapi

Mandi menggunakan pancuran air hangat (36-37°) bertekanan dapat meningkatkan kenyamanan dan relaksasi

12. Hipnosis

Pada saat hipnosis ibu bersalin dalam keadaan konsentrasi penuh sehingga pikiran alam bawah sadar lebih mudah di akses. Hipnosis memberikan efek relaksasi, mengurangi kecemasan, takut dan persepsi nyeri

DAFTAR PUSTAKA

- Cashion, K. 2022. 'Pain management', in *Maternal Child Nursing Care - Elsevier eBook on VitalSource, 7th Edition*, pp. 356–381. Available at: <http://evolve.elsevier.com/Perry/maternal L>.
- Chughtai, A. *et al.* 2018. 'Comparing the effect of aromatherapy with essential oils of rosa damascena and lavender alone and in combination on severity of pain in the first phase of labor in primiparous women', *Crescent Journal of Medical and Biological Sciences*, 5(4), pp. 312–319. Available at: <http://www.cjmb.org/%0Ahttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emexb&NEWS=N&AN=624366678>.
- Fridh, G. *et al.* 1988. 'Factors associated with more intense labor pain', *Research in Nursing & Health*, 11(2), pp. 117–124. Available at: <https://doi.org/10.1002/nur.4770110207>.
- Hamdamian, S. *et al.* 2018. 'Effects of aromatherapy with Rosa damascena on nulliparous women's pain and anxiety of labor during first stage of labor', *Journal of integrative medicine*, 16(2), pp. 120–125. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.joim.2018.02.005>.
- Handayani, F., Patimah, M. and Wahyuni, S. 2019. 'PENATALAKSANAAN PEMBERIAN AROMATERAPI BOSWELLIA D3 Kebidanan Universitas Muhammadiyah Kata kunci : Aromaterapi , Boswellia Carterii , ibu bersalin , nyeri persalinan , kala I Keywords: Aromatherapy , Carterial Boswellia , maternity , labour pain , during', *Jurnal Bimtas*, 6(1), pp. 1–9.
- Hu, D. *et al.* 2017. 'A Combined Water Extract of Frankincense and Myrrh Alleviates Neuropathic Pain in Mice via Modulation of TRPV1', *Neural Plasticity*, 2017. Available at: <https://doi.org/10.1155/2017/3710821>.

- Kheirkah, M. *et al.* 2014. 'Controlled Trial of The Effect of Aromatherapy on Birth Outcomes Using "Rose Essensial Oil" Inhalation and Foot Bath', *Journal Midwifery*, 2(1), pp. 77–83.
- Labor, S. and Maguire, S. 2008. 'The Pain of Labour', 1, pp. 15–19.
- Lowe, N.K. 2002. 'The nature of labor pain', *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(5 SUPPL.), pp. 16–24. Available at: <https://doi.org/10.1067/mob.2002.121427>.
- Ma, S. *et al.* 2019. 'Aromatherapy for pain relief during labor', *Journal of Nursing UFPE on line - Qualis B2*, 13(2), pp. 455–463. Available at: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i2a237753p455-463-2019>.
- Mansour Lamadah, S. and Nomani, I. 2016. 'The Effect of Aromatherapy Massage Using Lavender Oil on the Level of Pain and Anxiety During Labour Among Primigravida Women', *American Journal of Nursing Science*, 5(2), p. 37. Available at: <https://doi.org/10.11648/j.ajns.20160502.11>.
- Namazi, M. *et al.* 2014. 'Effects of citrus Aurantium (bitter orange) on the severity of first-stage labor pain', *Iranian Journal of Pharmaceutical Research*, 13(3), pp. 1011–1018. Available at: <https://doi.org/10.22037/ijpr.2014.1553>.
- Patimah, M. and Sundari, sri wahyuni. 2019. *Nyeri Persalinan*. 1st edn. Edited by tatu septiani Nurhikmah. Jakarta: UMTAS Press.
- Raja S *et al.* 2021. 'The Revised IASP definition of pain: concepts, challenges, and compromises. Pain [revista en Internet] 2021 [acceso 4 de marzo de 2022]; 161(9): 1-16.', *Pain*, 161(9), pp. 1976–1982. Available at: <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>.The.
- Saeieh, S.E. *et al.* 2018. 'The Effects of Inhalation Aromatherapy with Boswellia carterii Essential Oil on the Intensity of Labor Pain among Nulliparous Women', *Nursing and Midwifery Studies*, 8(1), pp. 45–49. Available at:

<https://doi.org/10.4103/nms.nms>.

- Tanvisut, R., Traisrisilp, K. and Tongsong, T. 2018. 'Efficacy of aromatherapy for reducing pain during labor: a randomized controlled trial', *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 297(5), pp. 1145–1150. Available at: <https://doi.org/10.1007/s00404-018-4700-1>.
- Vermelis, J.M. *et al.* 2010. 'Prevalence and predictors of chronic pain after labor and delivery', *Current Opinion in Anaesthesiology*, 23(3), pp. 295–299. Available at: <https://doi.org/10.1097/ACO.0b013e32833853e8>.
- Yazdkhasti, M. and Pirak, A. 2016. 'The effect of aromatherapy with lavender essence on severity of labor pain and duration of labor in primiparous women', *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 25, pp. 81–86. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2016.08.008>.

BAB 8

KONSEP DASAR MASA NIFAS

Oleh Surya Mustika Sari

8.1 Konsep Dasar Teori Nifas

8.1.1 Definisi

Pengertian nifas adalah :

1. Masa nifas disebut juga masa puerperium yaitu masa yang dimulai sejak lahirnya plasenta sampai alat reproduksi kembali seperti sedia kala sebelum hamil. masa nifas secara normal berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari (Ambarwati, 2018).
2. Masa nifas atau puerperium merupakan masa sejak persalinan selesai sampai pulihnya kembali alat – alat kandungan sebelum hamil. masa nifas ini yaitu berlangsung kira – kira 6-8 minggu (Elisabeth and Endang, 2015).

8.1.2 Pembagian Masa Nifas

Nifas dibagi dalam 3 periode sesuai Handayani and Wahyu (2016):

1. Puerperium Dini
merupakan masa pemulihan ketika ibu telah diperbolehkan beraktivitas seperti berdiri dan berjalan-jalan,
2. Puerperium Intermedia
merupakan masa pemulihan yang lamanya 6-8 minggu secara menyeluruh pada alat-alat genitalia.
3. Remote Puerperium
Merupakan masa yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Masa Remote Puerperium

memerlukan waktu berminggu-minggu, bulanan atau tahunan untuk sehat sempurna.

8.1.3 Perubahan-perubahan yang Terjadi pada Masa Nifas

Perubahan yang terjadi saat persalinan adalah perubahan fisik dan psikis.

1. Perubahan fisiologis ibu pada masa nifas

Saat melahirkan, ibu mengalami perubahan fisiologis. Setelah plasenta dikeluarkan, tingkat sirkulasi hormon HCG (*human chorionic gonadotropin*), laktogen plasenta manusia, estrogen dan progesteron menurun. Laktogen plasenta manusia menghilang dari aliran darah ibu dalam waktu 2 hari dan HCG dalam waktu 2 minggu setelah melahirkan. Kadar estrogen dan progesteron kira-kira sama seperti pada fase folikuler siklus menstruasi, sekitar hari ke-3 dan ke-7. Penghapusan polipeptida dan hormon steroid ini mengubah fungsi seluruh sistem, membalikkan efek kehamilan dan memungkinkan wanita yang dianggap sedang tidak hamil (Walyani and Purwoastuti, 2015).

2. Perubahan psikologi ibu pada masa nifas

Perasaan kehilangan sesuatu secara fisik setelah lahir menimbulkan reaksi berduka. Suasana hati dan kesedihan tersebut dapat disebabkan oleh penyakit fisik, kelelahan pasca melahirkan, stres, kecemasan, ketegangan keluarga, kurang istirahat karena harus mengurus keluarga dan tamu yang menjenguk bayi, atau sikap staf yang kasar meningkat (Maritalia, 2012).

8.2 Masa Nifas

Masa nifas adalah masa untuk memulihkan kesehatan secara umum dan mengembalikan kondisi organ tubuh yang mengalami perubahan. Dalam kondisi normal, waktu ini biasanya dibatasi hingga 6-12 minggu. Waktu tersebut dianggap cukup untuk mengembalikan kondisi seperti semula, asalkan tidak terjadi

penyakit atau gangguan yang tidak terduga. Namun ada juga yang mendikte bahwa waktu setelah melahirkan hanya tujuh sampai sepuluh hari, yaitu sampai sang ibu selesai rawat inap dan dianggap sehat dan kuat untuk pulang.

Masa ini dapat diterima jika pemulihan keadaan hanya mempengaruhi kesehatan keluarga dan ibu benar-benar tampak sehat dalam waktu sepuluh hari setelah melahirkan (dalam kondisi normal). Ini tidak memperhitungkan pemulihan rahim dan indung telur, karena rahim dan indung telur tidak dapat kembali normal dalam waktu sepuluh hari.

8.3 Tujuan Perawatan Masa Nifas

Tujuan perawatan pasca kelahiran termasuk

1. Untuk memulihkan kesehatan umum pasien
 - a. Menyediakan kebutuhan nutrisi yang cukup
 - b. Singkirkan anemia, karena selalu ada pendarahan saat melahirkan
 - c. Pencegahan infeksi dengan memperhatikan kebersihan dan sterilisasi
 - d. Gerakan otot yang memadai diperlukan untuk memulihkan kesehatan secara umum
2. Untuk mencapai kesehatan jiwa

Diketahui bahwa mereka yang terkena mengalami perubahan spiritual selama kehamilan yaitu ketidakstabilan, dengan faktor emosional khususnya memiliki pengaruh yang signifikan. Demikian pula, ibu mengalami emosi yang berbeda saat melahirkan, yang terkadang saling bertentangan. Ini cukup menyebabkan ketidakstabilan emosi dan psikologis pada ibu. Pada masa nifas, keadaan psikologis dan emosional ini harus dipulihkan agar mereka yang terkena dampak dapat melakukan sosialisasi yang tepat. Dengan demikian, kesehatan fisik, mental dan sosial dapat dipulihkan pada masa nifas.

3. Mencegah infeksi dan komplikasi

Kesehatan umum tidak kembali pada saat ada infeksi atau komplikasi.

4. Memperlancar pembentukan ASI

Setelah anak lahir, kebutuhan makan dan minum tetap dipenuhi oleh ibu. Setelah lahir, untuk mendapatkan apa yang dibutuhkannya, anak harus aktif makan dan minum yang terdiri dari susu, anak harus menyusu untuk mendapatkan zat asam, anak harus bernafas, dll. Makanan dan minuman baru untuk bayi Anda berupa ASI, idealnya ASI Anda sendiri.

5. Meningkatkan kemandirian ibu

Pasien dapat melakukan pengobatan hingga masa nifas dan merawat bayi dengan baik, sehingga tumbuh kembang bayi normal. Tujuan kelima ini dapat dicapai melalui pendidikan kesehatan ibu secara intensif selama tinggal di rumah sakit.

Ini adalah tujuan rinci dari asuhan kebidanan. Tujuan-tujuan ini pada akhirnya mengarah pada tujuan penting untuk mencapai ibu dan anak yang sehat untuk menciptakan keluarga yang sejahtera.

8.4 Kebutuhan Dasar Ibu Masa Nifas

Menurut Maritalia (2012) dan Walyani and Purwoastuti (2015) kebutuhan dasar ibu yang pernah melahirkan adalah:

1. Kebutuhan diet

Ibu nifas sebaiknya makan makanan yang mengandung zat-zat yang berguna bagi tubuh ibu setelah melahirkan dan untuk produksi ASI, kebutuhan karbohidrat, protein, zat besi, vitamin dan mineral untuk mengatasi anemia, cairan dan serat untuk memperlancar eliminasi. Ibu nifas sebaiknya makan makanan yang mengandung zat-zat yang berguna bagi tubuh ibu setelah melahirkan dan untuk produksi ASI, kebutuhan karbohidrat,

protein, zat besi, vitamin dan mineral untuk mengatasi anemia, cairan dan serat untuk memperlancar eliminasi. Kebutuhan kalori seorang wanita dewasa yang sehat dengan berat 100 pon diperkirakan sekitar 2.200 kalori per hari. Ibu siapa Saat melahirkan dan menyusui, Anda membutuhkan kalori yang sama dengan wanita dewasa, ditambah 700 kalori pada 6 bulan pertama untuk ASI eksklusif, 500 kalori pada bulan ketujuh, dll.

2. Kebutuhan cairan

Fungsi cairan sebagai pelarut nutrisi dalam proses metabolisme tubuh. Minum cukup cairan untuk mencegah tubuh Anda mengalami dehidrasi. Moms disarankan untuk minum setiap kali menyusui. Kebutuhan cairan minimal harus 3 liter per hari. Tablet sediaan darah dan zat besi diberikan 40 hari setelah persalinan. Minum kapsul vitamin A (200.000 unit).

3. Mobilisasi dan Ambulasi

Kegiatan dapat dilakukan secara bertahap sehingga ada jeda antara kegiatan dan istirahat. Ibu harus dimobilisasi dalam waktu 2 jam setelah melahirkan. Lakukan secara perlahan dan bertahap. Anda dapat melakukan ini dengan awalnya condong ke kanan atau ke kiri, lalu secara bertahap bangun dan berjalan. Manfaat Mobilisasi dini yaitu:

- a. Memfasilitasi keputihan lokal dan mengurangi infeksi kebidanan.
- b. Ibu merasa lebih sehat dan kuat.
- c. Mempercepat involusi alat rahim.
- d. Fungsi usus, peredaran darah, paru-paru dan saluran kemih menjadi lebih baik
- e. Meningkatkan sirkulasi darah dan dengan demikian mempercepat efek ASI dan pembuangan sisa metabolisme.
- f. Bisa mengajarkan ibu cara merawat bayi.
- g. Mencegah trombosis pada pembuluh darah kaki

4. Kebutuhan berkemih

Pada kala IV persalinan dilakukan pemantauan urin selama 2 jam, setiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit selama satu jam berikutnya. Urin dipantau untuk memastikan kandung kemih tetap kosong sehingga rahim dapat berkontraksi dengan baik. Dengan kontraksi rahim yang cukup, diharapkan perdarahan pasca persalinan dapat dihindari. Saat persalinan dimulai, ibu diharapkan buang air kecil selama 6 sampai 8 jam pertama. Pengeluaran urine akan terus dipantau dan diharapkan minimal 150ml urine yang keluar setiap kali buang air kecil. Ketika ibu mengalami kesulitan buang air kecil setelah melahirkan, itu mungkin karena tonus otot kandung kemih yang melemah, pembengkakan akibat cedera melahirkan, dan ketakutan akan rasa sakit setiap kali buang air kecil.

5. Kebutuhan buang air besar

Keinginan untuk buang air besar biasanya terjadi pada hari pertama atau ketiga setelah melahirkan. Kebutuhan ini dapat terpenuhi jika ibu makan makanan tinggi serat, minum cukup cairan dan beraktivitas dengan baik dan benar. Jika ibu belum buang air besar selama ini, mungkin perlu diberikan obat pencahar.

6. Kebersihan personal higiene

Saat melahirkan, yang berlangsung sekitar 40 hari, perhatian yang lebih besar harus diberikan pada kebersihan vagina. Vagina adalah bagian dari jalan lahir yang dilalui janin saat melahirkan. Kebersihan vagina yang buruk saat melahirkan dapat menyebabkan infeksi vagina yang dapat menyebar ke rahim.

Alasan perlunya meningkatkan kebersihan vagina saat melahirkan adalah:

1. Munculnya darah dan cairan dari vagina saat melahirkan disebut lokia.
2. Secara anatomi, vagina dekat dengan saluran kemih (ureter eksternal) dan usus (anus) yang kita lakukan setiap hari. Kedua saluran tersebut merupakan saluran pembuangan (*excretory orifices*) dan mengandung banyak mikroorganisme patogen.
3. Adanya luka/trauma pada daerah perineum akibat persalinan dan bila terkena kotoran dapat terinfeksi.
4. Vagina merupakan organ terbuka yang mudah dimasuki mikroorganisme yang dapat menjalar ke rahim.

Menjaga kebersihan vagina setelah melahirkan dapat dilakukan sebagai berikut:

1. Bilas setelah setiap BAK atau B.A.B. lubang vagina dengan air jernih. Basuh dari depan ke belakang hingga tidak ada lagi kotoran, urine atau feses yang tersangkut di vagina, yang dapat mengandung mikroorganisme dan menyebabkan peradangan pada jahitannya.
2. Jika area vagina terlalu kotor, cucilah dengan sabun atau cairan antiseptik yang akan menghilangkan mikroorganisme yang sudah berkembang biak di dalam darah.
3. Jika luka perineum terlalu besar atau ibu menjalani episiotomi, kebersihan vagina dapat dipertahankan dengan duduk dalam larutan antiseptik selama 10 menit setelah melahirkan atau melahirkan.
4. Ganti pembalut setelah setiap pembersihan vagina untuk mencegah mikroorganisme pada pembalut berpindah ke vagina yang baru dibersihkan.
5. Setiap selesai mencuci, keringkan vagina dengan kain

lambut atau kain agar tetap kering, lalu masukkan pembalut baru. Pembalut harus diganti setelah setiap bayi atau bayi atau setidaknya setiap 3 jam atau saat ibu sakit.

6. Jika ibu membutuhkan krim antibiotik, dapat dioleskan sebelum pembalut baru

Berikut tanda-tanda infeksi yang mungkin dialami ibu pada masa nifas jika tidak merawat vaginanya dengan baik:

- a. Suhu tubuh di ketiak melebihi $37,5^{\circ}\text{C}$.
- b. Ibu mengalami tremor, pusing dan mual. 3) Keputihan yang berbau.
- c. Keputihan seperti nanah disertai bau dan nyeri.
- d. Rasakan sakit di perut Anda.
- e. Perdarahan vagina yang lebih banyak dari biasanya

7. Kebutuhan istirahat dan tidur

Ibu nifas memerlukan istirahat yang cukup, waktu tidur ibu nifas sekitar 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari. Tiga hari pertama bisa menjadi hari yang berat bagi ibu karena kelelahan akibat proses persalinan dan nyeri akibat luka perineum. Secara teori, pola tidur akan hampir kembali normal dalam 2-3 minggu setelah melahirkan.

Pada ibu nifas, kurang istirahat menyebabkan:

- a. Penurunan produksi ASI.
- b. Memperlambat proses involusi uterus dan meningkatkan perdarahan.
- c. Menyebabkan depresi dan ketidakmampuan merawat bayi dan diri sendiri.

8. Kebutuhan seksual

Ibu yang baru melahirkan bisa berhubungan seks kembali enam minggu setelah melahirkan. Batas waktu 6 minggu didasarkan pada asumsi bahwa saat ini semua luka lahir, termasuk bekas luka episiotomi dan operasi caesar (SC), umumnya telah sembuh dengan baik. Jika dipastikan tidak ada luka atau robekan pada jaringan saat melahirkan, hubungan

seksual bisa dilakukan hingga 3-4 minggu setelah melahirkan. Bahkan setelah berhubungan badan di usia 6 minggu, beberapa ibu kadang mengeluh bahwa hubungan badan masih terasa sakit atau nyeri bahkan setelah beberapa bulan melahirkan. Gangguan seperti itu disebut dispareunia atau hubungan seksual yang menyakitkan.

Ada beberapa cara yang dapat menyebabkan dispareunia:

- a. Setelah melahirkan, ibu sering mengonsumsi jamu tertentu. Jamu ini mungkin mengandung zat dengan sifat astringen yang mencegah produksi pelumas di vagina saat seorang wanita terangsang secara seksual.
- b. Jaringan baru yang terbentuk dari proses penyembuhan luka sayatan jalan lahir masih sangat halus.
- c. Faktor psikologis adalah rasa takut yang berlebihan.

9. Kebutuhan Perawatan Payudara

Kebutuhan perawatan payudara ibu nifas antara lain:

- a. Sebaiknya mulai merawat ibu saat hamil, agar puting susu lemas, tidak keras dan kering saat bersiap menyusui bayi.
- b. Jika bayi mati, menyusui harus dihentikan dengan cara berikut: : pembalutan mammae sampai tertekan, memberikan obat estrogenik seperti tablet linoral dan parlodel untuk menekan LH.
- c. Ibu menyusui harus menjaga payudara mereka tetap bersih dan kering.
- d. Mengenakan bra yang menopang payudara.
- e. Bila puting lecet, oleskan kolostrom atau ASI yang mengalir keluar puting setiap kali berhenti menyusui. Jika lepuh sangat kuat, ibu dapat beristirahat selama 24 jam. ASI diambil dan diminum dengan sendok. Selain itu, untuk meredakan nyeri, ibu bisa meminum 1 tablet parasetamol setiap 4-6 jam sekali

10. Perlunya olahraga setelah melahirkan

Pada masa nifas yang berlangsung sekitar 6 minggu, ibu membutuhkan olahraga tertentu yang dapat mempercepat pemulihan. Salah satu olahraga yang dianjurkan saat ini adalah senam nifas. Senam nifas merupakan senam yang dilakukan oleh ibu setelah melahirkan, pada saat kondisi ibu normal.

Senam nifas sebaiknya dilakukan secara rutin setiap hari dalam waktu 24 jam setelah melahirkan. Cedera lahir, karena 6 jam setelah persalinan normal dan 8 jam setelah operasi caesar, ibu disarankan untuk pindah tepat waktu. Tujuan utama mobilisasi dini adalah agar peredaran darah ibu berjalan dengan baik sehingga ibu dapat melakukan senam nifas. Bentuk senam nifas ibu melahirkan secara normal dan operasi caesar tentunya berbeda. Pada ibu yang menjalani operasi caesar, senam pernapasan dilakukan beberapa jam setelah keluar dari ruang operasi untuk mempercepat penyembuhan luka operasi, sedangkan senam untuk meregangkan otot perut dan memperlancar peredaran darah di tungkai hanya dilakukan selama 2-3 kali. menit 3 hari kemudian, saat ibu sudah bisa bangun dari tempat tidur. Pada persalinan normal, semua gerakan senam dapat dilakukan jika kondisi ibu cukup baik.

Manfaat aktivitas fisik postpartum antara lain:

- a. Memperbaiki peredaran darah, yaitu mencegah terjadinya penggumpalan darah (trombosis) pada pembuluh darah, terutama pada pembuluh darah kaki.
- b. Perbaiki postur tubuh saat hamil dan melahirkan dengan memulihkan dan memperkuat otot punggung.
- c. Meningkatkan tonus otot panggul.
- d. Meningkatkan ketegangan otot kaki.
- e. Memperbaiki ketegangan otot perut setelah hamil dan melahirkan.
- f. Tingkatkan kesadaran untuk mengendurkan otot dasar panggul.

- g. Mempercepat proses regresi organ reproduksi.

Tidak semua ibu nifas bisa berolahraga setelah melahirkan. Ibu yang mengalami komplikasi saat melahirkan sebaiknya tidak melakukan olahraga setelah melahirkan. Begitu pula bagi penderita kelainan seperti jantung, ginjal atau diabetes.

Manfaat senam nifas antara lain:

- a. Memperbaiki sirkulasi darah sehingga mencegah terjadinya pembekuan (trombosis) pada pembuluh darah terutama pembuluh tungkai.
- b. Memperbaiki sikap tubuh selama kehamilan dan persalinan dengan memulihkan dan menguatkan otot-otot punggung.
- c. Memperbaiki tonus otot pelvis.
- d. Memperbaiki regangan otot tungkai bawah.
- e. Memperbaiki regangan otot abdomen setelah hamil dan melahirkan.
- f. Meningkatkan kesadaran untuk melakukan relaksasi otot-otot dasar panggul.
- g. Mempercepat terjadinya proses involusi organ-organ reproduksi.

Tidak semua ibu setelah persalinan dapat melakukan senam nifas. Untuk ibu-ibu yang mengalami komplikasi selama persalinan tidak dibolehkan melakukan senam nifas. Demikian juga untuk penderita kelainan seperti jantung, ginjal atau diabetes.

11. Perlunya rencana KB

Keluarga Berencana setelah melahirkan seorang ibu sangat penting karena KB secara tidak langsung dapat membantu ibu dalam merawat anaknya dengan baik dan menjaga alat reproduksi tubuhnya.

8.5 Komplikasi dan Penyakit Dalam Masa Nifas

Menurut Walyani and Purwoastuti (2015), komplikasi dan penyakit yang terjadi pada ibu nifas adalah sebagai berikut:

1. Infeksi setelah melahirkan

Infeksi postpartum adalah suatu kondisi yang mencakup infeksi pada alat kelamin saat melahirkan. Bakteri dapat menyerang selama kehamilan, saat melahirkan dan setelah melahirkan. Demam infanil adalah demam saat melahirkan karena suatu alasan. Penyakit nifas didefinisikan sebagai peningkatan suhu tubuh sebesar 38°C atau lebih dalam waktu 2 hari dan bukan dalam waktu 10 hari setelah melahirkan. Kecuali hari pertama. Pengukuran suhu dilakukan secara oral sebanyak 4 kali.

2. Infeksi saluran kemih

Pada anak usia dini, kepekaan kandung kemih terhadap tekanan kandung kemih sering menurun akibat trauma kelahiran atau nyeri epidural atau tulang belakang. Sensasi kandung kemih yang membengkak juga dapat dikurangi dengan ketidaknyamanan yang disebabkan oleh episiotomi besar, cedera periurethral, atau hematoma dinding vagina. Setelah melahirkan, terutama ketika infus oksitosin dihentikan, terjadi diuresis dengan peningkatan keluaran urin dan distensi kandung kemih. Pembengkakan yang berlebihan, membutuhkan kateterisasi untuk mengeluarkan urin, sering menyebabkan infeksi saluran kemih.

3. Metritis

Metritis adalah pemeriksaan uterus pascapersalinan, yang merupakan salah satu penyebab utama kematian ibu. Dengan perawatan yang tertunda atau tidak memadai, abses panggul kronis, peritonitis, syok septik, trombosis dalam, emboli paru, penyakit radang panggul dengan dispareunia, obstruksi tuba, dan infertilitas dapat terjadi.

4. Payudara Ibu

Pembengkakan payudara didefinisikan sebagai peningkatan aliran vena dan limfatik di payudara sebagai persiapan untuk menyusui. Kemacetan disebabkan oleh kemacetan kelenjar getah bening dan vena yang berlebihan sebelum menyusui. Payudara bengkak disebabkan oleh menyusui yang tidak konsisten ketika sisa ASI menumpuk di area saluran ASI. Ini bisa terjadi pada hari ketiga setelah lahir. Mengenakan bra yang keras dan berada dalam kondisi puting yang kotor dapat menyebabkan tersumbatnya saluran susu.

5. Radang payudara

Mastitis adalah salah satu infeksi payudara. Mastitis adalah peradangan pada payudara, yang dapat terinfeksi atau tidak, dan disebabkan oleh bakteri, terutama *Staphylococcus aureus*, melalui luka pada puting susu atau melalui aliran darah.

6. Abses payudara

Abses payudara merupakan komplikasi mastitis/mastitis yang sering terjadi pada minggu kedua setelah melahirkan (postpartum) akibat pembengkakan payudara akibat tidak menyusui dan lecet pada puting susu.

7. Abses panggul

Penyakit ini merupakan komplikasi umum dari penyakit menular seksual, terutama yang disebabkan oleh klamidia dan gonore.

8. Peritonitis

Peritonitis adalah peradangan pada peritoneum, yang menutupi organ dalam rongga perut. Peritoneum adalah selaput tipis dan bening yang menutupi organ perut dan dinding bagian dalam perut.

9. Ulkus perineum dan tukak lambung

Cedera perineum adalah cedera perineum yang disebabkan oleh pecahnya jalan lahir atau episiotomi saat melahirkan

janin. Robekan perineum adalah robekan yang terjadi pada perineum saat persalinan.

10. Pendarahan vagina

Perdarahan vagina atau postpartum bleeding adalah keluarnya darah sebanyak 500cc atau lebih melalui alat kelamin. Setelah lahir Perdarahan postpartum primer mencakup semua kejadian perdarahan dalam 24 jam setelah persalinan.

8.6 Program Masa Nifas

Menurut Walyani and Purwoastuti (2015) selama masa nifas melakukan kunjungan minimal 4 kali, dengan tujuan untuk:

1. Menilai kondisi kesehatan ibu dan bayi.
2. Melakukan pencegahan terhadap kemungkinan adanya gangguan kesehatan ibu nifas dan bayi.
3. Mendeteksi adanya komplikasi atau masalah yang terjadi pada masa nifas.
4. Menangani komplikasi atau masalah yang timbul dan mengganggu kesehatan ibu nifas maupun bayinya

Tabel 8.1. Program Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	6- 8 jam paska persalinan	Mencegah terjadinya perdarahan pada masa nifas. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan dan memberikan rujukan bila perdarahan berlanjut. Memberikan konseling kepada ibu atau salah satu anggota keluarga, bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri. Pemberian ASI pada masa awal menjadi ibu. Mengajarkan ibu untuk memperlerat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi.
2	6 hari paska persalinan	Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak ada bau. Menilai adanya tanda – tanda demam, infeksi, atau kelainan pasca melahirkan. Memastikan ibu mendapat cukup cairan, makanan, dan istirahat. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda- tanda penyulit. Memberikan konseling kepada ibu

		mengenai asuhan pada bayi, cara merawat Tali pusat, dan menjaga bayi agar tetap hangat
3	2 minggu paska persalinan	Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak ada bau. Menilai adanya tanda- tanda demam, infeksi atau kelainan pasca melahirkan. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan, dan istirahat. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda- tanda penyulit. Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, cara merawat tali pusat, dan menjaga bayi agar tetap hangat.
4	6 minggu paska persalinan	Menanyakan pada ibu tentang penyulit yang dialami atau bayinya. Memberikan konseling untuk KB secara dini.

Sumber : (Walyani and Purwoastuti, 2015)

DAFTAR PUSTAKA

- Ambarwati, E. 2018. 'Wulandari. 2010. asuhan Kebidanan Nifas',
Yogyakarta: Nuha Medika.
- Elisabeth and Endang, T. 2015. *Asuhan Kebidanan Masa Nifas dan Menyusui*. Pustaka Barupres.
- Handayani, E. and Wahyu. 2016. *Asuhan Holistik Masa Nifas dan Menyusui*. Yogyakarta: Trans Medika.
- Maritalia, D. 2012. *Asuhan kebidanan nifas dan menyusui*,
Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Walyani, E. S. and Purwoastuti, E. 2015. *Asuhan kebidanan masa nifas dan menyusui*, PT. Pustaka Baru, Yogyakarta.

BAB 9

ADAPTASI PSIKOLOGIS DALAM PERSALINAN DAN NIFAS

Oleh Sri Wahyuni Sundari

9.1 Pendahuluan

Menjelang persalinan ibu akan mengalami beberapa perubahan psikologis yang dirasakan yang hampir menyerupai perubahan psikologis masa nifas seperti perasaan sedih dan cemas. Perubahan normal yang biasa terjadi pada kehamilan dan persalinan adalah masa perubahan fisiologis dan psikologis. Bagaimana seorang ibu dan keluarga beradaptasi dengan perubahan pada periode ini dapat mempengaruhi proses adaptasi tersebut. Penyelesaian psikologi menjelang persalinan ini tidak hanya penting bagi ibu, namun juga penting bagi bayi. Persalinan yang dipersiapkan dapat membantu menyiapkan lingkungan yang sehat bagi bayi untuk berkembang. (Walker *et al.*, 2021)

Perubahan psikologis sebenarnya telah terjadi selama masa kehamilan. Mendekati persalinan, perasaan bahagia dan cemas bercampur menjadi satu. Perasaan senang muncul karena perubahan peran menjadi seorang ibu dan berharap untuk bertemu bayi yang ditunggu. Munculnya kecemasan timbul karena adanya kekhawatiran akan kesehatan bayi. Kemudian perubahan psikologi juga terjadi selama masa nifas. Peran baru yang dihadapi sebagai orangtua merupakan dasar perubahan psikologi yang dialami ibu. (Herawati, 2011)

9.2 Adaptasi Psikologis dalam Persalinan

Dukungan psikososial yang buruk dan kurangnya asuhan sayang ibu saat melahirkan seringkali ditemui dalam pertolongan persalinan. Sementara WHO merekomendasikan untuk memberikan perawatan suportif kepada ibu hamil, serta memberikan dukungan psikososial yang sistematis dan inklusif kepada wanita dalam fase intrapartum, dan mencegah stres dan kelelahan. Beberapa hasil penelitian menunjukkan adanya dampak positif yang signifikan dari prosedur pemberian asuhan sayang ibu terhadap perubahan psikologi pada ibu bersalin. Ibu bersalin yang mendapatkan dukungan dan perhatian dapat memberikan ketenangan kepada ibu, sehingga salah satu bentuk asuhan sayang ibu adalah dengan memberikan pendamping persalinan dari keluarga dekat ibu.(Cho *et al.*, 2022)

Melahirkan adalah pengalaman yang menantang bagi banyak wanita dan sekarang diakui bahwa sebagian kecil wanita dapat menganggap kelahiran sebagai kejadian yang traumatis dan dapat berkembang menjadi gangguan psikologi. Kecemasan yang dirasakan saat menjelang persalinan teralihkan dengan rasa sakit yang dialami ibu saat kontraksi, sehingga perhatian ibu yang sedang melahirkan terhadap lingkungan berkurang karena kesadaran dan konsentrasi tertuju pada nyeri yang akibat kontraksi dan kecemasan menjelang kelahiran bayi. Proses persalinan dengan penyulit dapat menyebabkan trauma dan stress. Hal ini terjadi karena seorang ibu percaya hidupnya, kehidupan bayi dalam bahaya selama kelahiran dan dia merasakan ketakutan, kecemasan dan ketidakberdayaan. (Saifuddin, 2000)

Proses neurobiologis yang dipicu oleh pelepasan oksitosin endogen selama kelahiran memengaruhi perilaku dan perasaan ibu sehubungan dengan kelahiran untuk proses dan

mekanisme persalinan. Pengalaman psikologis selama persalinan dapat mendorong transisi optimal menjadi ibu. Keadaan kesadaran berubah secara spontan yang dialami ibu. Data tersebut juga menyoroti peran penting dukungan selama persalinan. Pentingnya dukungan sosial untuk mengurangi stres persalinan dan rasa sakit merupakan hal penting yang perlu diperhatikan dalam pertolongan persalinan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa, faktor-faktor yang berkontribusi pada proses persalinan yang optimal, adalah dukungan untuk meningkatkan kesejahteraan ibu dan perasaan aman. Ibu dan keluarga akan mendapat manfaat dari memahami peran penting dukungan dan perhatian dalam proses persalinan untuk menjaga psikologis ibu. (Cho *et al.*, 2022)

Kondisi ibu selama persalinan dapat dilihat pada berbagai perubahan emosi seperti berikut : (Bobak, Lowdermilk, D.L. and Jensen, 2005)

1. Cemas dan ketakutan jika bayinya lahir cacat.
2. Jengkel, tidak nyaman dan selalu kegerahan serta tidak sabaran sehingga harmoni antara ibu dan janin yang dikandungnya menjadi terganggu. Ini disebabkan karena kepala bayi sudah memasuki panggul dan timbulnya kontraksi-kontraksi pada rahim sehingga bayi yang semula diharapkan dan dicintai secara psikologis selama berbulan-bulan itu kini dirasakan sebagai beban yang amat berat.
3. Ketakutan menghadapi penyulit persalinan
4. Panik dan terkejut dan bingung dengan apa yang akan terjadi pada saat pembukaan lengkap
5. Frustrasi dan marah akibat menahan sakit karena kontraksi yang terus menerus tanpa henti, tidak memperdulikan apa saja dan siapa saja yang ada di kamar bersalin
6. Fokus pada dirinya sendiri, karena lelah dan sulit mengikuti perintah

9.3 Adaptasi psikologis Masa Nifas

Setelah bayi lahir muncul berbagai macam kondisi psikologi pada ibu. Hasil penelitian menunjukkan bahwa muncul perasaan lega dan bahagia pada ibu setelah proses persalinan. Hal ini karena ibu merasa lega atau puas terbebas dari gangguan tidur dan kelelahan fisik selama proses persalinan. Adanya bayi menjadi sumber kebahagiaan ibu dan hadiah setelah melewati ketidaknyamanan terjadi selama kehamilan dan selama proses persalinan. Untuk selanjutnya masa setelah kelahiran bayi kita kenal dengan masa nifas.(Astuti *et al.*, 2015)

Masa nifas merupakan tahapan yang menghasilkan perubahan dan adaptasi pada wanita, pasangan dan keluarga. Adaptasi psikologis yang efektif pada tahap ini bergantung pada hubungan antara tuntutan situasi dan dukungan sosial. Adaptasi merupakan upaya perilaku dan kognitif yang dilakukan seseorang untuk memenuhi tuntutan lingkungan. Selanjutnya perubahan psikologi juga di rasakan pada masa setelah persalinan. Perasaan bahagia setelah melewati tahapan persalinan disertai dengan berbagai macam kecemasan-kecemasan terhadap pengasuhan bayi mulai muncul. Hal ini terjadi karena perubahan pusat perhatian dari ibu ke bayi. (Soetrisni *et al.*, 2023)

Perubahan emosi dan psikologi pada masa nifas terjadi karena adanya perubahan peran, tugas dan tanggung jawab menjadi orangtua. Periode masa nifas merupakan masa perubahan besar bagi ibu dan keluarganya. Peran dan harapan sering berubah sebagai keluarga yang menyesuaikan dengan tambahan anggota baru serta belajar menjadi ibu. Penyesuaian dilakukan terhadap semua perubahan baru.(Rohmah *et al.*, 2023)

9.3.1 tahapan adaptasi masa nifas

Adaptasi psikologis ibu nifas telah diteliti pada tahun 1960 oleh Reva Rubin yang mengidentifikasi tiga fase selama masa nifas yang dialami oleh setiap ibu. Hal ini dapat membantu memahami perilaku ibu setelah melahirkan, dimana setiap fase meliputi rentang waktu tertentu dan berkembang melalui fase secara berurutan. (Astuti *et al.*, 2015)

Berikut tahapan menurut Reva Rubin dalam adaptasi psikologis ibu nifas :

1. *Fase taking in* (Fase ketergantungan, hari 1-3)

Fase ini dialami ibu pada awal masa nifas sampai 3 hari pertama setelah melahirkan, fokus ibu lebih kepada diri sendiri. Terdapat beberapa perasaan tidak nyaman seperti kelelahan, nyeri luka jalan lahir dan masih merasakan mules, membuat ibu nifas sangat bergantung dan membutuhkan perawatan dari orang lain. Dalam fase ini, ibu lebih tertarik untuk menceritakan pengalaman hamil dan melahirkan berulang kali. Selain itu, ibu biasanya mengalami kekecewaan atau fase denial, entah itu dari dalam dirinya, bayi yang dilahirkan, suami atau keluarga. Perasaan bersalah juga sering muncul pada fase ini, ibu membutuhkan waktu untuk tidur dan istirahat..

2. *Fase taking hold* (fase independen, hari 3-10)

Fase selanjutnya adalah fase di mana perasaan ibu sudah mulai menerima keadaan, fase ini biasa terjadi pada akhir hari ke-3 sampai hari ke-10. Ibu sudah mulai aktif, mandiri dan bisa membuat keputusan. Ibu mulai melakukan aktifitas perawatan diri, focus pada perut, dan kandung kemih. Ibu juga mulai focus kepada bayi dan aktifitas menyusui, serta merespon intruksi tentang perawatan bayi dan perawatan diri. Dalam fase ini ibu dapat mengungkapkan kurangnya kepercayaan diri dalam merawat bayi.

3. *Fase letting go* (fase interindependen, hari ke-10 sampai 6 minggu postpartum)

Fase ini terjadi pada hari ke-10 sampai akhir masa nifas, ibu sudah menerima tanggung jawab dan peran barunya sebagai seorang ibu. Ibu juga sudah mampu melakukan perawatan diri sendiri dan bayinya secara mandiri dan sudah mampu menyesuaikan diri. Dalam fase ini ibu sudah menyadari bayi merupakan bagian dari dirinya.

Menjadi orangtua merupakan pengalaman yang kompleks dan dipengaruhi oleh harapan dari keluarga, masyarakat serta harapan dari orangtua itu sendiri. Perawatan bayi sangat membawa perubahan dalam kehidupan ibu. Beberapa ibu mempunyai sedikit bahkan tidak tentang pengalaman merawat bayi, sedangkan ibu merasa harus bertanggungjawab. Hal ini kemungkinan akan membatasi ibu dalam kehidupan sosialnya. Kekhawatiran yang ibu rasakan antara lain merasa terabaikan, dan perasaan kecewa. (Pieter and Lubis, 2010)

Perasaan terabaikan seringkali muncul pada saat awal masa nifas. Hal ini terjadi karena perubahan yang tiba-tiba. Beberapa jam sebelumnya ibu merupakan pusat perhatian, semua orang bertanta tentang kesejahteraan dan kesehatannya. Kemudian setelah bayi lahir, focus perhatian menjadi tertuju kepada bayi. Ibu mungkin merasa cemburu dan bingung, maka melakukan perawatan bayi secara bersama-sama dapat membantu meringankan perasaan ibu yang terabaikan. Selanjutnya muncul perasaan kecewa. Emosi yang bercampur baur dapat memperlihatkan perasaan kecewa dan sulit bagi ibu untuk segera merasa bahagia tentang kelahiran bayi yang tidak memenuhi harapan mereka. Keletihan dapat menimbulkan reaksi negative kepada bayinya. (Pieter and Lubis, 2010)

Secara umum, adaptasi ibu nifas akan berjalan seperti teori tersebut. Namun, ada beberapa hal yang tidak selalu sama karena respons setiap individu pun berbeda sesuai dengan tingkat kematangan dan lingkungan. Namun alangkah baiknya, keluarga mengenali fase tersebut. Agar seorang ibu baru terhindar dari *Syndrom Baby Blues* maupun *Postpartum Depression*. (Astuti *et al.*, 2015)

9.3.2 Respon keluarga terhadap bayi baru lahir

Proses interaksi antara ibu dan bayi terkadang disebut dengan ikatan kasih, unruk menggambarkan jalinan hubungan antara ibu dengan bayinya. Ikatan ibu dan bayi dipengaruhi oleh banyak faktor termasuk social ekonomi, riwayat keluarga, panutan, system pendukung, faktor budaya, dan pengalaman melahirkan. Ibu mulai menunjukkan hubungan ikatan tidak hanya pada masas postpartum tetapi juga selama kehamilan. Dalam kesehatan ibu dan bayi baru lahir, ikatan mengacu pada hubungan emosional antara ibu dan bayinya. Bayi merespon ibu dengan mengenggam, tersenyum dan menangis. Namun perilaku ini tidak deskriptif sebelum bayi genap berusia 8 minggu, sebelumnya hubungan ikatan dapat dilihat pada saat interaksi ibu dengan bayi. (Astuti *et al.*, 2015)

Keterlibatan orang tua dalam menunjukkan kasih sayang kepada bayi dapat menimbulkan rasa bersalah pada sebagian orang tua dan tidak menunjukkan ikatan emosional yang kuat dengan bayinya saat bayi lahir. Penting sekali untuk mengenal hubungan orang tua yang mengembangkan jalinan kasih sayang dengan bayinya menurut cara dan kebiasaan mereka. Penilaian ikatan harus dimulai segera setelah melahirkan dan terus berlanjut sampai tahun pertama kehidupan bayi. (Astuti *et al.*, 2015)

Penting untuk diperhatikan bahwa selama periode postpartum awal, banyak faktor yang dapat mempengaruhi ikatan ibu dengan bayi. Diantaranya riwayat persalinan, penggunaan

anestesi dalam persalinan, sakit atau pengalaman traumatis selama melahirkan. (Astuti *et al.*, 2015)

9.3.3 Jenis Gangguan Psikologis pada Ibu Nifas

Kehamilan dan kelahiran anak bisa menjadi saat yang menyenangkan dan dtunggu-tunggu, tetapi beberapa wanita mungkin berjuang dengan kesehatan mentalnya saat terjadi perubahan menjadi ibu. Gangguan kesehatan mental seperti depresi, kecemasan, atau gangguan obsesif-kompulsif dapat muncul selama atau setelah kehamilan. Selain itu, gangguan stres dari trauma melahirkan atau kondisi parah namun langka yang disebut postpartum psikosa (WHO, 2019)

1. Baby Blues

Kelahiran bayi dapat memicu berbagai emosi yang kuat, mulai dari kebahagiaan hingga ketakutan dan kecemasan, yang dapat mengakibatkan sesuatu hal tidak terduga. Para ibu umumnya mengalami apa yang disebut “baby blues”, perubahan suasana hati yang diakibatkan oleh fluktuasi hormon yang tinggi terjadi selama dan segera setelah melahirkan. Baby blues sangat umum terjadi, angka kejadian mencapai 80 persen pada ibu baru. Timbulnya baby blues biasanya terjadi 3-5 hari setelah melahirkan, dan akan mereda saat kadar hormon mulai stabil. Gejala umumnya tidak berlangsung lebih dari beberapa minggu, dan kondisi ini tidak dianggap sebagai gangguan kesehatan mental, namun jika seseorang terus mengalami perubahan suasana hati atau perasaan depresi selama lebih dari dua minggu setelah melahirkan, masalahnya mungkin lebih serius. (WHO, 2019)

2. Depresi Postpartum

Sebagian besar ibu baru mengalami “baby blues” setelah melahirkan, yang umumnya meliputi perubahan

suasana hati, menangis, cemas, dan sulit tidur. Baby blues biasanya dimulai dalam 2 hingga 3 hari pertama setelah melahirkan dan dapat berlangsung hingga dua minggu. Tetapi beberapa ibu baru mengalami bentuk depresi yang lebih parah dan bertahan lama yang dikenal sebagai depresi pascamelahirkan. Kadang-kadang disebut depresi peripartum karena dapat dimulai selama kehamilan dan berlanjut setelah melahirkan. Gangguan mood yang signifikan disebut dengan psikosis postpartum merupakan gangguan lanjutan dari depresi postpartum.(Iwata *et al.*, 2015)

Depresi pascapersalinan adalah bentuk utama depresi dan lebih jarang terjadi daripada postpartum blues. Depresi postpartum mencakup semua gejala depresi tetapi hanya terjadi setelah melahirkan. Itu dapat dimulai kapan saja setelah melahirkan dan dapat bertahan hingga satu tahun. Depresi postpartum diperkirakan terjadi pada sekitar 10 hingga 20 persen ibu baru.(Iwata *et al.*, 2015)

Gejala depresi postpartum sama dengan depresi klinis dan mungkin termasuk ketakutan khusus seperti kekhawatiran berlebihan mengenai kesehatan bayi atau pikiran mengganggu untuk menyakiti bayi. Kelelahan dalam merawat bayi baru lahir, menjadikan ibu baru mungkin lebih lelah, mudah tersinggung dan cemas. Tetapi ketika seorang ibu baru mengalami perubahan motivasi, nafsu makan, atau suasana hati yang drastis, dia harus mencari bantuan ahli kesehatan mental. Untuk membuat diagnosis klinis depresi postpartum. Gejala depresi postpartum umumnya muncul dari dua minggu setelah melahirkan untuk membedakannya dari postpartum blues.(Anokye *et al.*, 2018)

Penyebab depresi postpartum tidak begitu jelas, tetapi penelitian menunjukkan bahwa faktor-faktor berikut

dapat menyebabkan timbulnya depresi postpartum:(Stribling, 2023)

- a. Perubahan hormon: Seorang wanita mengalami tingkat fluktuasi hormon terbesar setelah melahirkan. Fluktuasi hormon yang intens, seperti penurunan kadar serotonin, terjadi setelah melahirkan.
- b. Risiko situasional: Melahirkan itu sendiri adalah perubahan dan transisi hidup yang besar, dan perubahan besar dapat menyebabkan banyak stres dan mengakibatkan depresi.
- c. Stres Hidup: Keadaan stres yang sedang berlangsung dapat menambah tekanan memiliki bayi baru dan dapat memicu depresi postpartum. Misalnya, stres berlebihan di kantor ditambah dengan tanggung jawab sebagai seorang ibu dapat menimbulkan ketegangan emosional yang dapat berujung pada depresi postpartum. Sifat hubungan ibu dengan ayah bayi dan perasaan yang belum terselesaikan tentang kehamilan juga dapat memengaruhi risiko ibu terkena depresi postpartum.

3. Postpartum Psikosa

Angka kejadian postpartum psikosa sekitar 1 per 100 Ibu yang baru melahirkan. Timbulnya cepat dan parah, biasanya terjadi dalam 2-3 minggu pertama postpartum. Gejalanya mirip dengan reaksi psikotik umum seperti delusi (keyakinan salah) dan halusinasi (persepsi salah), dan seringkali meliputi: (Stribling, 2023)

- a. Gejala fisik: Penolakan untuk makan, ketidakmampuan untuk menghentikan aktivitas, energi panik.
- b. Gejala mental: Kebingungan ekstrim, kehilangan ingatan, inkoherensi.
- c. Gejala perilaku: Paranoia, pernyataan irasional, keasyikan dengan hal-hal sepele.

Seorang wanita yang didiagnosis dengan PPP harus dirawat di rumah sakit sampai kondisinya stabil. Dokter mungkin meresepkan obat penstabil suasana hati, antipsikotik, atau antidepresan untuk mengobati ibu dengan postpartum psikosa. Ibu yang mengalami postpartum psikosa kemungkinan besar akan mengalaminya lagi setelah kehamilan berikutnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Anokye, R. *et al.* 2018. 'Prevalence of postpartum depression and interventions utilized for its management', *Annals of General Psychiatry*. doi: 10.1186/s12991-018-0188-0.
- Astuti, S. *et al.* 2015. *Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui*. Edited by R. Astikawati. Jakarta: Erlangga.
- Bobak, I. M., Lowdermilk, D.L., & and Jensen. 2005. *Nursing; Maternity Maternitas, Buku Ajar Keperawatan 4*. Jakarta: EGC.
- Cho, H. *et al.* 2022. 'Association between social support and postpartum depression', *Scientific Reports*. doi: 10.1038/s41598-022-07248-7.
- Herawati. 2011. *Psikologi Ibu Anak untuk kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Iwata, H. *et al.* 2015. 'Predicting early post-partum depressive symptoms among older primiparous japanese mother', *Japan Journal of Nursing Science*, 12(4), pp. 259–376. Available at: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jjns.12069>.
- Pieter, H. . and Lubis, N. L. 2010. *Pengantar Psikologi untuk Kebidanan*. Jakarta: Kencana.
- Rohmah, M. *et al.* 2023. *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas*. 1st edn. Edited by N. Sulung. Padang, Sumatra Barat: PT Global Eksekutif Teknologi. Available at: https://books.google.co.id/books?id=wgWvEAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=id&source=gbg_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false.
- Saifuddin, D. 2000. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal & Neonatal*. Jakarta: JNPKKR.
- Soetrisni *et al.* 2023. *Dukungan Psikokuratif Masa Nifas dan Menyusui*. Edited by N. J. Wahidah. Rena Cipta Mandiri.

- Stribling, S. 2023. *Pregnancy and Postpartum disorder, Mental Health America*. Available at: <https://mhanational.org/conditions/pregnancy-and-postpartum-disorders>.
- Walker, annika L. *et al.* 2021. 'Psychosocial and peripartum determinats of postpartum sepression: Findings from a prospective population-based cohort. The ABCD study', *comprehensive psychiatry*, 108, pp. 1–20.
- WHO. 2019. *Maternal Mental Health, World Health Organization*. Available at: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/promotion-prevention/maternal-mental-health>.

BAB 10

PERUBAHAN SISTEM REPRODUKSI DAN SISTEM LAINNYA

Oleh Via Zakiah

10.1 Perubahan Sistem Reproduksi

Organ dalam dan luar secara bertahap mendapatkan kembali keadaan sebelum hamil selama masa nifas. *Involusi* menggambarkan perubahan ini di seluruh alat kelamin. Ada juga perkembangan signifikan lainnya pada periode ini, termasuk yang mengikutinya (Aritonang and Simanjuntak, 2021)

10.1.1 Perubahan Pada *Uterus*

Rahim adalah organ reproduksi *internal* berongga, berotot, berbentuk alpukat yang kira-kira seukuran telur ayam, agak pipih, dan berbentuk seperti alpukat. Rahim berukuran panjang 7-8 cm, lebar 5-5,5 cm, dan tebal 2,5 cm. *Anteversioflexio* adalah posisi fisiologis rahim. *Fundus uteri*, *korpus uteri*, dan *serviks uteri* adalah tiga bagian yang membentuk rahim.

Walyani (2017) menegaskan bahwa rahim menyusut dari waktu ke waktu (*involusi*), akhirnya kembali ke ukuran sebelum hamil:

1. Berat rahim 1000 gr dan keadaan *fundus uteri* berada setinggi pusat ketika Bayi lahir.
2. Tinggi *fundus uteri* berada di 2 jari bawah pusat dengan berat *uterus* 750 gr pada akhir kala III persalinan.
3. Berat *uterus* 500 gr dan tinggi *fundus uteri* teraba pertengahan pusat dengan *simpisis* pada Satu minggu setelah melahirkan

4. Dengan berat rahim 350 gram pada dua minggu setelah melahirkan, tinggi *fundus uteri* tidak teraba di atas *simfisis*.
5. *Fundus uteri* mengecil enam minggu setelah melahirkan, beratnya 50 gr.

Ketika rahim diperiksa, posisi, ukuran, dan konsistensinya dicatat, termasuk:

1. Posisi rahim dapat diketahui
Dilakukan dengan memperhatikan keberadaan *fundus* di tengah perut atau bergeser ke salah satu sisi dan apakah berada di atas atau di bawah *umbilikus*. Dengan meraba dan mengukur tfu di bagian atas *fundus* ke jumlah lebar jari dari *umbilikus* di atas atau di bawah, ukuran rahim ditentukan.
2. Mengukur konsistensi rahim
rahim terasa lembek atau seperti batu, yang merupakan dua kualitas konsistensi rahim(Walyani and Purwoastuti, 2017)

10.1.2 Perubahan Pada Serviks

Bagian tengah rahim yang tipis yang dikenal sebagai *serviks* adalah komponen utama rahim. Selama persalinan, rahim dan janin memasuki saluran vagina melalui *serviks*, yang menghubungkan rahim ke saluran vagina. *Serviks* akan segera mulai terbuka seperti corong setelah melahirkan. Tubuh rahim berkontraksi sementara *serviks* tidak berkontraksi yang menyebabkan hal ini. Warna leher rahim berubah menjadi gelap, hampir merah kehitaman karena dipenuhi oleh banyak pembuluh darah jaringan lunak. *Serviks* masih dapat dilalui oleh tangan pemeriksa sesaat setelah janin dilahirkan. *Serviks* hanya dapat dilewati oleh 2-3 jari setelah 2 jam persalinan, dan setelah 1 minggu(Walyani and Purwoastuti, 2017)

10.1.3 Perubahan Pada Vagina dan *Perineum*

Ruang rahim terhubung ke bagian luar tubuh melalui saluran yang disebut vagina. Dinding depan dan belakang vagina hanya berjarak 6,5 sampai 9 cm satu sama lain. Vagina mengalami tekanan dan ketegangan yang ekstrim saat melahirkan, terutama saat melahirkan bayi. Vagina tetap dalam keadaan longgar selama beberapa hari pertama setelah prosedur. Vagina kembali ke keadaan tidak hamil setelah 3 minggu, dan *rugae* di sana berangsur-angsur muncul (Walyani and Purwoastuti, 2017)

Pada saat terjadinya kelahiran, *vulva* dan vagina terjadi kompresi dan peregangan, setelah melahirkan selama beberapa hari beberapa alat ini balik menjadi elastis. Pada minggu ke 3 *Rugae* kembali muncul. Selaput dara muncul sebagai tonjolan kecil dan pada prosedur pembentukannya berubah menjadi *karankula mitiform* yang merupakan kriteria khusus perempuan yang telah lebih satu kali melahirkan. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dari sebelum persalinan pertama

Ketika *perineum* robek saat melahirkan, perubahan pada *perineum* terjadi. Robekan pada jalan lahir dapat terjadi dengan sendirinya atau dalam keadaan tertentu seperti *episiotomi*. Namun, melakukan latihan otot *perineum* dapat membantu mengembalikan kekencangan itu dan sampai batas tertentu menyempitkan vagina. Latihan harian dapat digunakan untuk mencapai hal ini di ujung *perineum* (Aritonang and Simanjuntak, 2021)

Selain fungsinya sebagai saluran lunak, jalan lahir, dan saluran yang menghubungkan rongga rahim dengan bagian luar tubuh, vagina berperan sebagai saluran *lochia*, atau cairan yang mengalir dari rongga rahim selama masa nifas.

Berikut ini adalah beberapa ciri *lochia* pada masa nifas:

1. *Lochea rubra/ kruenta*

terjadi antara hari 1-2 *postpartum* dan terdiri dari darah baru yang bercampur dengan sisa selaput ketuban, sel *desidua*, sisa *vernix caseosa*, *lanugo*, dan *meconeum*.

2. *Lochea sanguinolenta*

Ketika darah dan lendir bercampur, kondisi ini dikenal sebagai *lochia sanguinolenta*, hari 3 sampai 7 setelah kelahiran adalah saat pertama kali muncul.

3. *Lochea serosa*

Tampak pada satu minggu setelah melahirkan dan merupakan cairan kuning pucat

4. *Lochea alba*

baru muncul dua minggu setelah melahirkan dan berupa cairan bening. Kecuali jika terjadi infeksi pada jalan lahir, *lochia* biasanya memiliki sedikit bau amis yang akhirnya menjadi tidak sedap (Walyani and Purwoastuti, 2017)

10.1.4 Perubahan Pada *Ovarium* dan *Tuba Falopi*

Sintesis *estrogen* dan *progesteron* menurun setelah lahirnya plasenta, sehingga terjadi proses timbal balik sirkulasi *menstruasi*. Siklus ovulasi dimulai kembali saat ini, memungkinkan wanita untuk hamil sekali lagi (Bahiyatun, 2009)

10.2 Perubahan Sistem lainnya

10.2.1 Perubahan Pada Sistem Pencernaan

Beberapa faktor, termasuk peningkatan kadar *progesteron*, yang dapat mengubah keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolesterol darah, dan menunda kontraksi otot polos, berdampak pada sistem pencernaan selama kehamilan.

Beberapa aspek perubahan pada sistem pencernaan, antara lain:

1. Nafsu makan: Ibu biasanya diperbolehkan makan usai bersalin karena biasanya mengalami kelaparan. Dibutuhkan 3-4 hari agar fungsi pencernaan kembali normal setelah pemulihan nafsu makan.
2. Motilitas: Biasanya, penurunan tonus otot dan motilitas saluran cerna berlangsung dalam waktu singkat setelah

melahirkan. Tonus otot dan motilitas mungkin kembali normal lebih lambat jika terlalu banyak anestesi atau analgesia.

3. Sembelit: Ibu sering mengalami sembelit setelah melahirkan. Hal ini disebabkan oleh berkurangnya tonus otot usus selama persalinan dan beberapa minggu pertama setelah melahirkan, diare sebelum melahirkan, *enema prenatal*, kekurangan makanan, *dehidrasi*, wasir, dan lecet jalan lahir(Pitriani and Andriyani, 2015)

Dibawah ini merupakan cara agar ibu dapat buang air besar kembali secara teratur:

1. Menawarkan diet dan makanan kaya serat
2. Memberikan cairan yang cukup
3. Sosialisasi pola *eliminasi pasca* persalinan
4. Edukasi cara perawatan luka jalan lahir

Jika langkah-langkah tersebut di atas tidak berhasil, *huknah* atau perawatan lain dapat digunakan(Fitriani and Wahyuni, 2021)

10.2.2 Perubahan Pada Sistem Perkemihan

Diuresis mungkin mulai terjadi 2-3 hari setelah melahirkan. *Diuresis* disebabkan oleh saluran kemih yang melebar; setelah 4 minggu pasca melahirkan, kondisi ini akan kembali normal. Kandung kemih mengalami *edema*, tersumbat, dan *hipotonik* pada periode *postpartum* awal. Hal ini disebabkan oleh *ekskresi urine* yang tertahan dan *overdistensi* selama tahap kedua persalinan. Trauma saat melahirkan menyebabkan *obstruksi* pada *uretra*, namun trauma ini dapat berkurang setelah 24 jam berlalu setelah melahirkan(Bahiyatun, 2009)

10.2.3 Perubahan Pada Sistem *Muskuloskeletal*

Otot rahim berkontraksi dengan cepat setelah melahirkan. Setelah plasenta lahir, otot rahim ini akan menekan pembuluh darah di sekitarnya untuk menghentikan pendarahan. Karena ketegangan selama persalinan, *ligamen, fasia, dan diafragma* panggul semakin sembuh. Namun, *ligamen retundum* sering menjadi kendur, menyebabkan *uterus* tergelincir ke belakang dan *retrofleksi*. Sekitar 6 hingga 8 minggu setelah melahirkan, pemulihan penuh akan terjadi.

Setelah melahirkan, dinding perut juga mengalami perubahan karena selama kehamilan, rahim menjadi lebih besar sehingga menyebabkan dinding perut mengendur dan melunak untuk sementara. Beri ibu latihan khusus untuk dilakukan guna membangun kembali otot-otot dinding perut dan dasar panggul serta jaringan pendukung alat kelamin (Fitriani and Wahyuni, 2021)

10.2.4 Perubahan Tanda-Tanda Vital

1. Tekanan Darah

Tekanan darah adalah kekuatan yang diberikan oleh jantung saat memompa darah melalui *arteri* ke seluruh bagian tubuh manusia. Tekanan darah *sistolik* pada manusia normalnya 90–120 *mmHg*, sedangkan tekanan darah *diastolik* normalnya 60–80 *mmHg*. Dalam keadaan yang khas, tekanan darah biasanya tidak bervariasi setelah melahirkan. Kehilangan darah setelah melahirkan dapat mengakibatkan perubahan tekanan darah, sedangkan tekanan darah tinggi pada masa nifas merupakan indikasi *preeklampsia pasca* persalinan, namun kondisi ini cukup jarang terjadi.

2. Nadi

Orang dewasa biasanya memiliki denyut nadi 60 sampai 80 denyut per menit. Denyut nadi mungkin *bradikardi* atau *takikardi* setelah melahirkan. Jika denyut nadi Anda lebih

dari 100 denyut per menit, Anda harus mewaspadai tanda-tanda infeksi atau perdarahan pascapersalinan.

3. Suhu

Suhu tubuh wanita selama persalinan tidak boleh melebihi $37,2^{\circ}\text{C}$, dan setelah melahirkan, mereka mungkin naik sekitar $0,5^{\circ}\text{C}$ di atas rata-rata tetapi tidak di atas 38°C . Secara umum, suhu tubuh akan kembali normal setelah dua jam pertama melahirkan. Kemungkinan ibu mengalami infeksi jika demam lebih tinggi dari 38°C .

4. Pernapasan

Orang dewasa biasanya bernapas 16 hingga 24 kali setiap menit. Pernapasan pada wanita pascapersalinan seringkali lamban atau rata-rata. Hal ini dikarenakan sang ibu sedang dalam keadaan istirahat atau pemulihan. Kondisi suhu dan nadi selalu berkorelasi dengan keadaan *respirasi*. Jika suhu dan denyut nadi tidak normal, pernapasan akan mengikuti, kecuali jika sistem pernapasan terganggu secara khusus. Mungkin ada indikasi *syok* jika pernapasan menjadi lebih cepat selama periode pascapersalinan (Pitriani and Andriyani, 2015)

10.2.5 Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Mengakomodasi peningkatan aliran darah yang dibutuhkan oleh plasenta dan *arteri uterina* selama kehamilan, volume darah normal digunakan. Penarikan *estrogen* dapat menyebabkan *diuresis* cepat yang mengembalikan *volume plasma* ke tingkat normal. Dalam dua sampai empat jam pertama setelah kelahiran bayi, aliran ini terjadi. Ibu mengeluarkan banyak kencing pada periode ini. *Retensi* cairan yang terkait dengan peningkatan *vaskularisasi* jaringan ini dikurangi dengan penurunan *progesteron*. Kehilangan darah dengan persalinan pervaginam berkisar antara 200 hingga 500 ml, namun setelah persalinan SC, kehilangan darah hampir dua kali lipat dari persalinan pervaginam.

Volume darah ibu pada dasarnya akan meningkat setelah lahir, memberikan tekanan pada jantung dan menyebabkan *dekompensasi cordis* pada pasien dengan *cardio* kritis. Masalah ini dapat diatasi dengan proses kompensasi yaitu dengan meningkatkan *hemokonsentrasi* sehingga volume darah kembali normal yang biasanya terjadi 3-5 hari setelah melahirkan (Fitriani and Wahyuni, 2021)

10.2.6 Perubahan Pada Sistem Hematologi

Tingkat *plasma* dan faktor pembekuan darah meningkat selama beberapa minggu terakhir kehamilan. Pada hari pertama *postpartum*, kekentalan darah dan kadar *fibrinogen* keduanya akan sedikit meningkat sedangkan kadar *fibrinogen* dan *plasma* akan sedikit menurun. *Leukositosis*, peningkatan 15.000 kali lipat jumlah sel darah putih selama persalinan, akan bertahan selama beberapa hari pertama setelah melahirkan.

Kuantitas *hemoglobin*, *hematokrit*, dan *eritrosit* berfluktuasi secara signifikan selama periode *postpartum*. Ini adalah hasil dari *fluktuasi* tingkat plasenta, darah, dan volume darah. *Hidrasi* dan status nutrisi wanita berdampak pada level ini. Pasien dianggap kehilangan cukup banyak darah jika *hematokrit* pada hari pertama atau kedua lebih rendah dari 2% atau lebih besar dari sebelum memasuki awal persalinan; tanda 2% kira-kira setara dengan kehilangan darah 500 ml.

Pengurangan volume dan peningkatan sel darah selama kehamilan terkait dengan *hematokrit* dan *hemoglobin* yang lebih tinggi pada hari ketiga hingga ketujuh pasca persalinan, kembali normal dalam 4-5 minggu. Antara 200 dan 500 ml darah yang hilang selama kelahiran, antara 500 dan 800 ml selama minggu pertama *postpartum*, dan sekitar 500 ml untuk sisa nifas (Pitriani and Andriyani, 2015)

10.2.7 Perubahan Pada Sistem Endokrin

1. *Hormon Plasenta*

Setelah lahir, hormon plasenta menurun dengan cepat. *Human Chorionic Gonadotropin (HCG)* turun tajam dan bertahan hingga 10% dalam tiga jam pertama setelah melahirkan dan sebagai pengganti pemenuhan *mammae* pada hari ketiga *postpartum*

2. *Hormon Pituitary*

Kadar *prolaktin* dalam darah meningkat dengan cepat. Tingkat *prolaktin* turun pada wanita yang tidak menyusui dalam waktu dua minggu. Fase konsentrasi *folikel* (minggu ke-3) akan melihat peningkatan *FSH* dan *LH*, namun *LH* akan tetap rendah sampai *ovulasi*.

3. *Hormon Hypotalamik Pituitary Ovarium*

Faktor yang berhubungan dengan menyusui juga dapat mempengaruhi berapa lama seorang wanita mengalami *menstruasi*; Seringkali, periode pertama adalah *anovulasi* karena rendahnya kadar hormon *estrogen* dan *progesteron*

4. *Hormon Ekstrogen*

Setelah melahirkan, kadar *estrogen* turun secara signifikan, yang memungkinkan aktivitas *prolaktin* yang juga meningkat berdampak pada cara kelenjar *Mammae* memproduksi susu (Aritonang and Simanjuntak, 2021)

DAFTAR PUSTAKA

- Aritonang, J. and Simanjuntak, Y. T. O. 2021. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas Disertai Kisi-Kisi Soal Ujian Kompetensi*. Yogyakarta: CV Budi Utama.
- Bahiyatun. 2009. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas Normal*. 1st edn. Jakarta: EGC.
- Fitriani, L. and Wahyuni, S. 2021. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Masa Nifas*. Yogyakarta: CV Budi Utama.
- Pitriani, R. and Andriyani, R. 2015. *Panduan Lengkap Asuhan Kebidanan Ibu Nifas Normal*. Yogyakarta: Depublish.
- Walyani and Purwoastuti. 2017. *Asuhan Kebidanan Masa Nifas Dan Menyusui*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.

BAB 11

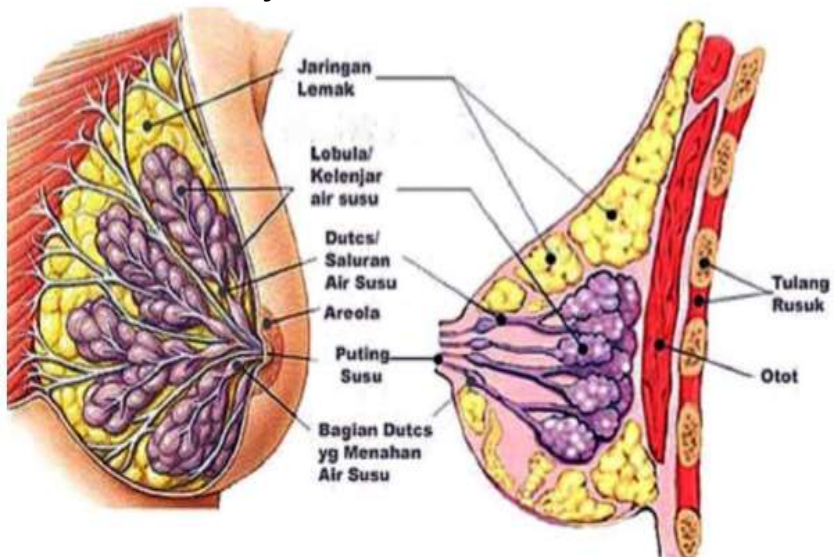
ANATOMI PAYUDARA

Oleh Dwi Ayu Rahmawati

11.1 Pendahuluan

Pada umumnya setiap manusia memiliki payudara, meskipun fungsi payudara pria dan wanita berbeda. Salah satu ciri seks sekunder wanita adalah memiliki payudara yang matang. Selain itu, karena Air Susu Ibu (ASI) merupakan jenis makanan bayi yang paling krusial, terutama pada bulan pertama kelahirannya, organ ini menjadi sumber utama kehidupan bagi kelangsungan hidup sang anak.

11.2 Anatomi Payudara



Gambar 11.1. Anatomi Payudara. (Sumber: Wahyuningsih, 2018)

Mammae, atau payudara, adalah kelenjar yang terletak di atas otot dada dan di bawah kulit. berfungsi untuk menghasilkan Air Susu Ibu (ASI) yang merupakan sumber nutrisi utama bagi bayi usia 0–6 bulan. Kelenjar susu pada manusia memiliki berat sekitar 200 gram setiap pasangannya. Payudara dapat membesar hingga 600 gram selama kehamilan, dan dapat meningkat hingga 800 gram selama menyusui (Mahnsyur and Dahlan, 2014).

Payudara dapat ditemukan antara tulang rusuk kedua dan keenam secara vertikal dan dari batas sternum ke garis aksila medial secara horizontal. Otot pectoralis mayor, sebagian kecil dari seperseratus anterior, dan obliques eksternal ditutupi oleh kelenjar susu di jaringan subkutan, yaitu antara jaringan subkutan superfisial dan dalam. Struktur payudara dipisahkan menjadi dua kategori yaitu bagian luar dan dalam (Soetjiningsih, 1997).

Menurut aktivitas fungsional payudara, seperti pada masa pra pubertas, pubertas, remaja, maturitas, hamil, menyusui, dan multipara, bentuk dan ukuran payudara mengalami perubahan (Soetjiningsih, 1997). Selain itu, jumlah jaringan lemak bukan jaringan kelenjar menentukan ukuran payudara (Wahyuningsih, 2018).

Payudara membesar saat menyusui dan selama kehamilan, dan berkontraksi setelah menopause. Pertumbuhan stroma, jaringan penyangga payudara, dan penumpukan jaringan lemak inilah yang menyebabkan pembesaran payudara (Soetjiningsih, 1997). Ukuran payudara tidak menunjukkan penyimpanan ASI yang tidak memadai. Setiap ibu memiliki jumlah ruang penyimpanan yang berbeda, namun setelah periode 24 jam, semua ibu menyusui menghasilkan volume ASI yang sama (rata-rata 798 g/24 jam) (Wahyuningsih, 2018).

11.2.1 Struktrur Makroskopis Payudara

Payudara terdiri dari tiga komponen dasar:

1. Corpus (Tubuh)

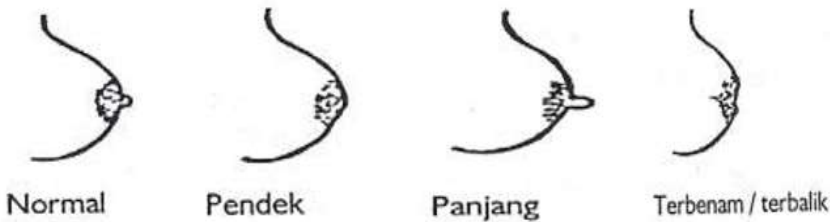
Jaringan payudara yang ditingkatkan dan melingkar. Sebagian besar payudara terdiri dari jaringan lemak yang ditutupi kulit

2. Areola

Bintik hitam yang terlihat di sekitar puting ini disebabkan oleh penipisan dan penumpukan pigmen di kulit. Rona kulit dan adanya kehamilan merupakan faktor dalam perubahan warna ini. Kelenjar keringat, kelenjar subaceous dari montgometri yang menghasilkan tuberkel dan membesar selama kehamilan, dapat dideteksi di areola. Selama menyusui, kelenjar lemak ini akan menghasilkan zat kimia yang akan menghidrasi daerah payudara. Ada saluran laktiferus, yang berfungsi sebagai reservoir susu, di bawah tulang dada. Biasanya, lebar tulang dada berkisar antara 1/3 hingga 1/2 dari payudara.

3. Pappila / Puting

Penempatannya akan bervariasi tergantung pada ukuran dan bentuk payudara, meski seringkali setinggi interkostal IV. Pembukaan duktus laktiferus, serta ujung serabut saraf, pembuluh darah, pembuluh limfe, dan serabut otot polos, terletak di puting susu dan tersusun dalam pola melingkar sehingga, jika terjadi kontraksi, duktus laktiferus akan mengembun dan menyebabkan puting ereksi. sedangkan puting susu akan ditarik ke belakang oleh serabut otot longitudinal. Puting datang dalam berbagai bentuk, termasuk tipikal atau umum, pendek atau rata, panjang atau terbalik (Mahnsyur and Dahlan, 2014).



Gambar 11.2. Macam-Macam Bentuk Putting
(Sumber: Mahnsyur and Dahlan, 2014)

11.2.2 Struktur Mikroskopis Payudara

1. Kulit menutupi payudara, yang terdiri dari berbagai jaringan lemak selain jaringan kelenjar.
2. Ada sekitar 18 lobus yang dipisahkan satu sama lain dengan benar oleh jaringan fibrosa, yang membentuk jaringan kelenjar.
3. Organisasi internalnya menyerupai jeruk atau anggur yang terbelah. Setiap lobus berfungsi sebagai unit fungsional dan terdiri dari struktur berikut:
 - a. Alveoli
 - 1) Terdiri dari sel-sel penghasil susu.
 - 2) Lapisan setiap alveolus mengandung sel penghasil susu yang dikenal sebagai asinus yang menarik komponen dari darah yang dibutuhkan untuk produksi susu.
 - 3) Sel mioepitel yang dikenal sebagai sel laba-laba atau sel keranjang mengelilingi alveoli.
 - 4) Jika oksitosin merangsang sel-sel ini, sel-sel ini akan mengerut untuk memungkinkan susu mengalir ke dalam saluran laktiferus.
 - b. Tubulus Laktiferus

Agar susu mengalir, tubulus laktiferus saluran kecil menghubungkan alveoli ke saluran laktiferus.

c. Duktus Laktiferus

Saluran laktiferus adalah tabung yang memiliki saluran pusat atau pengelompokan banyak tubulus laktiferus.

d. Sinus Laktiferus

Sinus laktiferus adalah komponen dari saluran laktiferus, yang berada di bawah areola dan berfungsi sebagai reservoir atau kantung laktiferus untuk susu. Saat sinus laktiferus dirangsang oleh isapan bayi, ASI akan keluar melalui puting susu.

e. Vaskularisasi

- 1) Arteri mamaria interna, arteri mammaria eksterna, dan arteri interkostal superior adalah tempat dimulainya vaskularisasi payudara.
- 2) Vena susu internal dan vena aksila, vena yang tepat, akan menerima drainase vena.

f. Drainase Limfatik

Sebagian besar ke kelenjar aksila, dengan beberapa di antaranya juga mengalir ke fisura portal kelenjar mediastinum dan hati. Setiap payudara memiliki jaringan pembuluh limfatik yang saling berhubungan satu sama lain.

g. Persarafan

- 1) Cabang saraf toraks mempersarafi kulit payudara. Banyak saraf simpatis juga hadir, terutama di area areola dan papila mammae.
- 2) Aktivitas hormon mengatur fungsi saraf (Ariyani, Alyensi and Fathunikhmah, 2021).

DAFTAR PUSTAKA

- Ariyani, Y., Alyensi, F. and Fathunikmah. 2021. *Proses Laktasi dan Teknik Pijat Oksitosin*. Pekanbaru: Malay Culture Studies.
- Mahnsyur, N. and Dahlan, A. K. 2014. *Buku Ajar: Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas, Journal of Chemical Information and Modeling*. Malang: Selaksa.
- Soetjiningsih. 1997. *ASI: Petunjuk Untuk Tenaga Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Wahyuningsih, H. P. 2018. *Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

BAB 12

FISIOLOGI LAKTASI PADA MASA NIFAS

Oleh Nasrayanti Nurdin

12.1 Pengertian Laktasi

Laktasi adalah istilah yang berbeda untuk menyusui. Proses reproduksi wanita termasuk laktasi. Laktasi memberikan makanan anak yang ideal dan normal dan merupakan premis alami dan mental yang dibutuhkan untuk perkembangan. Untuk perkembangan bayi baru lahir, Air Susu Ibu (ASI) merupakan makanan yang ideal. Istilah "laktasi" didefinisikan oleh kamus saku Oxford sebagai "sekresi susu" atau "mengisap", yang mengacu pada sintesis atau produksi dan pelepasan air susu ibu (ASI) dari payudara. Seluruh proses menyusui dimulai dengan produksi ASI dan dilanjutkan dengan bayi menghisap ASI dari payudara hingga ditelan oleh bayi. Jika calon ibu siap secara mental dan fisik, proses menyusui akan berjalan lancar. Bayi cukup sehat untuk menyusui jika laktasi lancar. WHO (World Health Organization) merekomendasikan pemberian ASI eksklusif sampai bayi berusia 6 bulan dan dilanjutkan pemberian ASI sampai anak berusia 2 tahun guna menurunkan angka kesakitan dan kematian bayi. Volume ASI yang dihasilkan disesuaikan dengan kebutuhan bayi (Rahawati Anita, 2018).

Bayi hanya mengonsumsi ASI dan tidak mengonsumsi makanan atau minuman lain, seperti air putih. Mereka menyusui kapan pun mereka mau atau sesering yang mereka mau, dan mereka tidak menggunakan dot atau botol. Program Pemerintah Indonesia Nomor Dinyatakan bahwa setiap ibu yang melahirkan

wajib memberikan ASI eksklusif kepada bayi yang dilahirkannya (Kemenkes RI, 2022).

IDAI menjelaskan bahwa proses menyusui membutuhkan manajemen diri ibu yang kuat dengan fokus pada dirinya dan anaknya. UU No 33 Tahun 2012 tentang ASI Eksklusif. Dia membutuhkan kekuatan untuk mencapai tujuannya, yaitu kesejahteraan dirinya sendiri, kesejahteraan anak-anaknya, dan kesejahteraan keluarganya. Seorang ibu membutuhkan manajemen menyusui untuk membantunya berhasil dengan bayi atau anaknya. Pemahaman ibu dan kemampuannya menggunakan teknik menyusui serta posisi menyusui yang tepat sehingga bayi atau anak dapat menyusu dengan mudah menentukan keberhasilan manajemen laktasi.

Proses produksi ASI dan proses pengeluaran ASI merupakan dua bagian penting dalam proses laktasi. Sejak embrio berusia 18 hingga 19 minggu dan dipengaruhi oleh hormon pertumbuhan, pembentukan payudara merupakan langkah awal dalam proses produksi ASI. Hormon prolaktin yang berperan dalam produksi ASI akan meningkat selama masa kehamilan. Meskipun kadar prolaktin meningkat selama kehamilan, hormon estrogen dan progesteron mencegah prolaktin merangsang sekresi ASI, sehingga ASI tidak dapat diproduksi.

Selama kehamilan, hormon estrogen menyebabkan payudara membesar dan kelenjar alveoli bertambah banyak, menandai dimulainya proses persiapan payudara untuk menyusui. Ini tidak dimulai sampai bayi disusui selama beberapa hari, di mana sebenarnya ASI diproduksi. Payudara mengeluarkan kolostrum yang sangat penting untuk kesehatan bayi di beberapa hari pertama.

Saat bayi mulai mengisap puting ibu, rangsangan fisik menyebabkan impuls dikirim ke ujung saraf. Impuls ini kemudian dikirim ke hipotalamus, yang pada gilirannya memberi tahu

kelenjar pituitari, yang juga ada di otak, untuk menghasilkan hormon oksitosin dan prolaktin.

Prolaktin membuat susu diproduksi dan oksitosin menyebabkan untaian otot yang mengelilingi alveoli berkontraksi seperti otot rahim. Aliran adalah proses keluarnya susu dari alveoli ketika serat otot yang mengelilinginya menyempit. Episode ini bisa membuat dada berdebar-debar dan semburan susu dari areola. Semakin banyak ASI yang dihasilkan bayi semakin sering ia menyusui. Refleks prolaktin dan refleks aliran adalah dua refleks yang terlibat selama menyusui. Refleks aliran dipicu saat isapan bayi merangsang puting susu (Pamuji Siti Erniyati Berkah, 2020) Proses laktasi dapat digolongkan menjadi 3 tahap yaitu:

1. Laktogenesis I

Merupakan fase dalam masa akhir kehamilan. Pada fase ini kadar prolaktin meningkat 10 hingga 20 kali melalui kadar normal sehingga seharusnya payudara bisa memproduksi kolostrum yang disokong oleh *human chorionic somatomammotropin* yang juga mempunyai sifat laktogenik ringan. Tetapi pengeluaran kolostrum pada fase ini tersupresi oleh kadar progesteron yang tinggi pada kehamilan., namun pada beberapa ibu tetap terjadi pengeluaran kolostrum pada saat kehamilan.

2. Laktogenesis II

Progesteron, estrogen, dan laktogen plasenta manusia (HPL) tiba-tiba menurun selama tahap ini, yang dimulai saat persalinan. Efek laktogenik dari prolaktin hipofisis pada produksi susu dimungkinkan oleh penurunan hormon ini. Kelenjar payudara mulai progresif mensekresikan air susu tetapi proses tersebut membutuhkan sekresi pendahuluan yang adekuat. Jika tidak ada rangsangan yang adekuat maka proses tersebut tidak dapat beralangsung dengan baik. Rangsangan yang adekuat bisa dihasilkan dari hisapan bayi.

3. Laktogenesis III

Ini adalah tahap mempertahankan produksi ASI, di mana payudara akan menghasilkan lebih banyak ASI meskipun banyak ASI yang dikeluarkan. Akan ada rangsangan peningkatan hormon prolaktin, yang akan meningkatkan produksi ASI saat payudara sering kosong karena ASI sering keluar. Oleh karena itu, jumlah susu yang dikonsumsi atau frekuensi menyusui sangat berpengaruh terhadap produksi ASI (Rahawati Anita, 2018)

12.2 Refleks Pada Proses Laktasi

Refleks priolaktin dan refleks oksitosin adalah dua mekanisme refleks pada ibu yang berperan dalam produksi ASI dan involusi uterus (terutama pada masa nifas) selama menyusui. Ada tiga jenis refleks pada bayi:

1. Mulut bayi akan lebih dekat ke arah di mana ada sentuhan di pipinya akibat refleks mencari puting susu (*rooting reflex*). Saat bibirnya disentuh, bayi akan membuka mulutnya dan berusaha menghisap benda tersebut.
2. Refleks isap (*sucking reflex*)
Refleks isap bayi dipicu oleh rangsangan pada puting susu di langit-langit mulutnya. Hisapan ini akan menekan areola, puting susu ibu, langit-langit mulut bayi, dan lidah, sehingga ASI keluar dari sinus laktiferus di bawah areola.
3. Refleks menelan (*swallowing reflex*)
Saat ASI terkumpul di mulut bayi, akan menekan otot-otot mulut dan faring, yang menyebabkan refleks menelan terpicu dan ASI terdorong ke dalam perut bayi.

12.3 Faktor Yang Mempengaruhi Laktasi

Posisi dan fiksasi bayi yang benar pada payudara, serta frekuensi dan lama menyusui merupakan faktor yang mempengaruhi proses laktasi itu sendiri yaitu produksi dan sekresi

ASI. Nutrisi, keadaan fisik dan mental ibu, serta keadaan payudaranya semuanya berdampak pada proses laktasi. Karena proses laktasi merupakan hasil interaksi yang kompleks antara status gizi ibu, kesehatan ibu, dan keadaan payudara ibu, yang kesemuanya itu nantinya akan mempengaruhi produksi dan pengeluaran ASI (Sri Handini Pertiwi & Sholehati, 2019).

Banyak hal yang dapat menyebabkan pemberian ASI tidak dilakukan dengan benar, terutama pemberian ASI eksklusif. Efek anastesi yang juga memperlambat keluarnya ASI, berat lahir, yaitu menurunnya kemampuan menghisap ASI, termasuk frekuensi dan lama menyusui, yang akan mempengaruhi stimulasi hormon prolaktin dan oksitosin dalam memproduksi ASI. , merupakan faktor tambahan yang dapat mempengaruhi permulaan laktasi. Kurangnya dukungan dan perhatian dari pasangan dan keluarga, ibu yang stress, bingung, marah, dan sedih, kurang percaya diri, kelelahan yang berlebihan, dan ibu yang tidak suka menyusui merupakan faktor psikologis yang turut menyebabkan ketidakmampuan memproduksi ASI.

Bayi menjalani prosedur IMD segera setelah dia lahir dan dianggap sehat. Pertama-tama, bayi dikeringkan sepenuhnya, kecuali tangannya. Prosesnya harus melibatkan kontak kulit ke kulit. Praktik pemberian ASI Eksklusif sangat dipengaruhi berbagai faktor, dalam usaha memberikan ASI Eksklusif banyak kendala yang timbul baik berasal dari ibu sendiri (perilaku ibu) maupun berasal dari lingkungan. Pada tahun 1980, Lawrence Green mengajukan teori bahwa faktor pemungkin seperti fasilitas kesehatan dan peraturan kesehatan, dan faktor penguat seperti perilaku, sikap petugas kesehatan, informasi kesehatan, media massa, dan kader kesehatan, dan faktor predisposisi seperti diri sendiri. -manajemen, mempengaruhi perilaku (Candra et al., 2021)

12.4 Faktor Yang Mempengaruhi Oksitosin Dan Prolaktin

Lonjakan prolaktin yang diperlukan untuk produksi ASI tidak akan terjadi jika ibu tidak menyusui atau adanya stimulus hipotalamus yang dapat menyebabkan terbentuknya faktor penghambat prolaktin yaitu dopamin dan katekolamin. Pada saat kehamilan estrogen, progesteron dan kortisol semakin meningkat dan saat terjadi persalinan mengalami penurunan drastis secara tiba-tiba. Trauma selama proses persalinan dan kondisi *hypocortisolisme* setelah proses persalinan menyebabkan kortisol meningkat pada periode post partum. Kortisol merupakan salah satu penyebab gangguan psikologis/kecemasan pada ibu postpartum sedangkan katekolamin dikeluarkan saat ibu dalam kondisi tidak tenang atau cemas. Kondisi psikologis merupakan sinyal yang dapat menstimulus hipotalamus melewati inti amigdala.

Pada wanita menyusui, rangsangan genitalia dan rangsangan emosi juga menyebabkan sekresi oksitosin. Sulistyawati (2009) menyebutkan yang dapat meningkatkan oksitosin adalah :

- a. Ibunya tenang;
- b. Dia mencium bayinya dan mendengarkan dia mengoceh atau menangis;
- c. Dia melihat bayinya dan memikirkannya dengan perasaan sayang;
- d. Sang ayah menggendong bayinya dan memberikannya kepada ibunya saat dia menyusui dan bersendawa;
- e. Sang ayah mengganti popok bayi dan memandikannya;
- f. Sang ayah bermain dengan bayinya, menggendongnya, menyanyikan lagu, dan membantu pekerjaan rumah tangga
- g. Sang ayah memijit bayinya

Keadaan bingung/tidak tenang, takut dan cemas dapat menyebabkan blokade *refleks let down*, karena stress memacu pelepasan katekolamin yang menghambat produksi oksitosin. Kondisi stress psikologis yang sering terjadi pada ibu post partum yang dapat menghambat oksitosin diantaranya :

- a. Ibu merasa takut jika menyusui akan merusak bentuk payudara
- b. Ibu bekerja
- c. Ibu merasa khawatir produksi asi-nya tidak cukup, merasa kesakita (saat menyusui)
- d. Ibu mengalami kondisi psikologis yang tidak tenang: sedih, cemas, kesal dan bingung
- e. Ibu merasa malu untuk menyusui
- f. Suami dan keluarga kurang mendukung dan mnegerti tentang ASI

Refleks let down tidak sempurna menyebabkan penumpukan air susu di dalam alveoli. Penumpukan air susu memberikan rasa nyeri ppayudara. Kegagalan menyusui dan rasa nyeri akan semakin meningkatkan stress ibu. Selain itu, refleks let down yang tidak sempurna menyebabkan bayi tidak puas dengan ASI. Akibatnya, bayi akan berusaha mendapatkan ASI yang cukup dengan menghisap lebih keras, yang dapat mengakibatkan luka pada puting dan membuat ibu stres. (Rahmawati Anita, 2018)

12.5 Manajemen Laktasi

Segala upaya untuk mendukung ibu menyusui disebut sebagai manajemen laktasi. Pekerjaan ini dilakukan dalam tiga tahap: selama masa kehamilan (antenatal), selama ibu bersalin sampai keluar dari rumah sakit (perinatal), dan selanjutnya selama masa menyusui sampai anak berusia dua tahun. Pemahaman tentang fisiologi laktasi, yang mengacu pada produksi dan pengeluaran ASI, sangat penting untuk keberhasilan manajemen

laktasi. Menyusui eksklusif, teknik menyusui, memeras ASI, memberikan ASI perah, menyimpan ASI perah, dan memberikan ASI perah semuanya termasuk dalam lingkup manajemen laktasi pascapersalinan. (Bangun, 2017)

Manajemen yang diperlukan untuk mendukung keberhasilan menyusui adalah manajemen laktasi. Jika manajemen laktasi tidak dilakukan dengan baik, maka akan berdampak pada kegagalan pemberian ASI eksklusif yang akan meningkatkan angka gizi buruk, yang dapat menyebabkan lebih banyak angka kesakitan dan kematian bayi (Sartika, 2023).

Masa depan anak lebih baik ketika mereka menyusui. Anak-anak yang diberi ASI berkembang lebih sosial dan kognitif daripada anak-anak yang diberi susu formula. Bila manajemen laktasi dilakukan dengan benar, ibu dapat memenuhi kebutuhan gizi anaknya, meningkatkan kekebalan tubuhnya, serta mempercepat tumbuh kembangnya.

Memahami dan melakukan manajemen laktasi dengan dukungan semua pihak, termasuk suami, keluarga, dan dinas kesehatan, merupakan upaya yang dapat dilakukan ibu menyusui. Suami dan keluarga memotivasi pelaksanaan manajemen laktasi dengan dukungan psikologis. Demi kelancaran produksi ASI, suami memberikan ibu makanan bergizi sebagai penunjang. Pelayanan kesehatan memberikan penyuluhan atau promosi kesehatan tentang cara mengelola laktasi sehingga ibu dapat mengetahui bagaimana persiapan menyusui, cara melakukannya, dan posisi yang tepat untuk digunakan. Manajemen laktasi dipengaruhi oleh upaya membuat menyusui lebih nyaman bagi orang tua (Wijayati *et al.*, 2020).

Manajemen laktasi didasarkan pada faktor-faktor berikut:

1. Masa Perinatal
 - 1) Edukasi – edukasi pasien dan keluarga tentang manfaat ASI dan pelaksanaan rawat inap
 - 2) Dukungan keluarga

- 3) Dukungan dan kemampuan petugas kesehatan
 - 4) Pemeriksaan payudara
 - 5) Persiapan payudara dan puting susu
 - 6) Nutrisi berkualitas
 - 7) Sehat cara hidup
2. Masa Nifas Dini
- 1) Ibu harus siap menyusui
 - 2) Menyusui segera setelah bayi lahir
 - 3) Teknik menyusui yang benar
 - 4) Menyusui harus sering, berdasarkan kebutuhan, sebenarnya jangan dijadwalkan
 - 5) Memberikan susu formula
 - 6) Menyusui pada kedua payudara secara bergantian
 - 7) Melakukan perawatan payudara
 - 8) Memelihara psikis dan fisik
 - 9) Makan dengan menu gizi seimbang
 - 10) Istirahat yang cukup (Pamuji Siti Erniyati Berkah, 2020)

12.6 Inisiasi Menyusui Dini Dan Asi Eksklusif

Bayi menyusu segera setelah lahir pada masa Inisiasi Menyusui Dini (IMD), dimana bayi dibiarkan mencari sendiri puting ibunya daripada ditawarkan puting susu. WHO dan UNICEF telah memperbarui protokol berbasis bukti baru tentang perawatan bayi baru lahir untuk satu jam pertama, yang menetapkan bahwa bayi harus melakukan kontak kulit dengan ibunya setidaknya satu jam segera setelah lahir. Menyusui dini adalah langkah pertama yang penting untuk memudahkan bayi menyusui, dan menyusui secara eksklusif dapat memperpanjang usia bayi dan menurunkan risiko penyakit. (Iffah Zahrotin Nisa, 2023)

ASI eksklusif adalah pemberian ASI murni tanpa tambahan makanan dan minuman sampai usia bayi enam bulan. Keberhasilan

ASI eksklusif ditentukan banyak faktor, salah satu faktornya adalah dukungan dukungan dari tenaga kesehatan dalam melakukan inisiasi menyusui dini (IMD). Beberapa penelitian menunjukkan bahwa keberhasilan 1 jam pertama IMD dapat membantu ibu memberikan ASI eksklusif 6 bulan dan menyusui hingga 2 tahun. Hasil tinjauan artikel menunjukkan, sebagian besar artikel mengindikasikan bahwa proporsi ASI eksklusif lebih tinggi pada ibu yang melakukan IMD (segera dalam waktu satu jam setelah kelahiran) dibandingkan ibu yang tidak melakukan IMD atau memulai menyusui dalam waktu lebih dari satu jam setelah kelahiran. Sebagian artikel menunjukkan bahwa IMD memiliki hubungan signifikan secara statistik dengan ASI eksklusif. Sebagian artikel lainnya menunjukkan tidak ada hubungan antara IMD dan pemberian ASI eksklusif. Hal tersebut menunjukkan bahwa IMD merupakan salah satu determinan pemberian ASI eksklusif, tetapi bukan satu-satunya faktor. Terdapat beberapa faktor lain yang juga memengaruhi ASI eksklusif (Octaviani & Musdalifah, 2022)

Sebagian artikel menunjukkan ibu yang melakukan IMD memiliki kemungkinan untuk memberikan ASI eksklusif lebih besar dibandingkan ibu yang tidak IMD. Ibu yang melakukan IMD memiliki kemungkinan untuk memberikan ASI eksklusif hampir tiga kali lebih besar dibandingkan ibu yang tidak IMD. Menurut Maryunani (2012) manfaat IMD antara lain mencegah hipotermi karena dada ibu menghangatkan bayi, mempererat bonding antara ibu dan anak, dapat merangsang pengeluaran hormon oksitosin dan dapat memperbesar peluang ibu untuk memantapkan niat melanjutkan menyusui bayinya termasuk menyusui secara eksklusif (Nidaa & Hadi, 2022)

Pemerintah sangat menganjurkan program Inisiasi Menyusui Dini. IMD memungkinkan bayi untuk secara aktif menemukan puting ibu, bukan ibu yang menyusui. Program ini dilakukan dengan cara langsung meletakkan bayi di dada ibu dan membiarkan anak merayap menelusuri areola ibu untuk menyusui.

Pada saat lahir, IMD harus dilakukan tanpa menunggu bayi diukur atau ditimbang. Kecuali tangan mereka, bayi tidak boleh dibersihkan atau dikeringkan dengan cara lain. Siklus ini harus terjadi secara skin to skin antara anak dan ibu. Metode perayapan payudara IMD sekarang sedang direkomendasikan. Dalam metode ini, bayi diletakkan di atas perut ibu segera setelah melahirkan dan dibiarkan merangkak ke puting ibu sendiri sebelum dihisap. karena prosedur ini menekankan pada "menyusui", bukan "menyusui". (Anggraeni et al., 2022)

12.7 Masalah Dalam Menyusui

1. Asi Keluar Sedikit

Seringkali, makanan yang dikonsumsi menjadi penyebab masalah sedikitnya produksi ASI atau bahkan ASI yang tidak keluar. Selama menyusui, terdapat korelasi yang kuat antara jumlah makanan yang dikonsumsi ibu dengan produksi ASI. Seorang ibu yang kekurangan gizi akan memproduksi ASI lebih sedikit dan akhirnya berhenti memproduksi ASI. Ada hotspot makanan bagi ibu menyusui untuk melancarkan produksi ASI, khususnya dengan memoles madu. Madu telah lama dianggap sebagai makanan bergizi dengan banyak manfaat kesehatan. Mengonsumsi madu dapat meningkatkan produksi ASI. Konsumsi madu secara signifikan meningkatkan jumlah ASI yang diproduksi oleh ibu menyusui dibandingkan dengan ibu menyusui yang tidak mengonsumsi madu. Mereka menegaskan bahwa madu mengandung prolaktin dan oksitosin, dua hormon yang membantu produksi ASI. Selain itu, Tompounh dan Zakaria (2022) melaporkan bahwa madu asli dibandingkan dengan madu olahan (habatussauda) memiliki pengaruh yang lebih baik terhadap produksi ASI (Iffah Zahrotin Nisa, 2023)

2. Payudara Bengkak

Isu pembengkakan payudara pada ibu menyusui merupakan salah satu hal yang umum terjadi di masyarakat. Ibu yang baru saja melahirkan percaya bahwa nyeri di area payudara adalah hal yang wajar dan tidak perlu dikhawatirkan. Saat menyusui dihentikan secara tiba-tiba, payudara membengkak sehingga menyebabkan sisa ASI menumpuk di saluran, yang bisa terjadi pada hari ketiga setelah melahirkan. Saluran laktiferus dapat tersumbat saat bra ketat dipakai dan puting kotor digunakan. Pemakaian BH yang terlalu ketat, tekanan dari jari ibu saat menyusui, serta penumpukan ASI yang tidak segera dikeluarkan semuanya dapat mengakibatkan tersumbatnya saluran laktiferus sehingga menyebabkan payudara membengkak. Kompres dingin dapat digunakan untuk mengatasi nyeri payudara, dan pijat payudara dari puting susu hingga korpus dapat mengurangi statis pada vena dan pembuluh getah bening (Nidaa & Hadi, 2022)

3. Puting Lecet

Puting lecet adalah masalah umum selama menyusui. Lepuh pada puting susu dilaporkan oleh sekitar 57% ibu menyusui. Sebagian besar puting lecet disebabkan oleh kesalahan yang dilakukan saat menyusui, seperti bayi tidak menyusu sampai ke payudara.

Pemberian ASI perah pada bayi dapat mengatasi masalah ini dan memenuhi kebutuhan nutrisi bayi. Menggunakan jari merupakan salah satu cara memerah ASI. Letakkan tangan Anda di salah satu payudara, khususnya di areola, dan tekan ibu jari dan telunjuk Anda secara bersamaan. Jika susunya keluar, masukkan ke dalam botol. Cara ini mudah dan murah. Seorang ibu bahkan harus diminta untuk mendapatkan bimbingan tentang cara

menyusui yang aman. Menempatkan bayi di payudara saat menyusui dapat berdampak pada keberhasilan menyusui. Bidan, dokter, dan tenaga kesehatan lainnya dapat mendemonstrasikan teknik menyusui atau membantu mengatur posisi menyusui yang ideal (Sulymbona et al., 2021)

12.8 Menyusui Pada Bayi Bermasalah

1. Bayi Serotinus

Bahkan pada usia kehamilan lebih dari 37 minggu, masih ada bayi yang menyusui dengan kurang efektif dan pelekatan yang buruk. Menurut pengamatan, kesalahan ini terjadi sebagai akibat dari masalah bayi saat lahir, antara lain air ketuban, gangguan sistem pernafasan, bayi kuning, dan persalinan dengan sectio caesarea dan ekstraksi vakum (Iffah Zahrotin Nisa, 2023)

2. Bayi Premature

ASI Eksklusif adalah proses pemberian Air Susu Ibu (ASI) kepada bayi sejak lahir sampai dengan usia enam bulan tanpa menambah atau menggantinya dengan makanan atau minuman lain. Bayi yang bermasalah tidak dirawat sebagai pasien rawat inap, sehingga mereka hanya dapat menyusui pada waktu-waktu tertentu. Namun, seringkali ibu berhenti menyusui atau tidak menyusui sama sekali karena antara lain melahirkan bayi prematur yang belum cukup umur sehingga membuat tubuhnya rentan. Bayi prematur juga memiliki daya isap dan menelan yang buruk, sehingga sulit untuk menyusui, yang dapat membuat ibu stres. Jumlah ASI yang dihasilkan ibu yang stres juga akan dipengaruhi oleh kondisi mentalnya. Ketika seorang ibu mengalami banyak stres, hormon oksitosin dapat berhenti bekerja, menyebabkan ASI tetap

tersimpan di payudara tetapi tidak mengalir. Hal ini membuat ibu kurang semangat untuk memberikan ASI pada bayinya sehingga mempertimbangkan untuk beralih ke susu formula untuk memenuhi kebutuhan bayinya. Akibatnya, ibu memerlukan pendampingan agar proses menyusui lebih berhasil (Iffah Zahrotin Nisa, 2023)

3. Cacat Lahir

Bayi yang mengalami cacat lahir juga dapat menghambat pemberian ASI Eksklusif pada bayi sehingga status gizi pada bayi tersebut tidak terpenuhi dengan baik. Status gizi seseorang adalah keadaan tubuhnya sebagai akibat dari keseimbangan antara zat gizi yang diserap dan digunakannya. Dari konsepsi hingga lahir dan seterusnya, status gizi seseorang berkorelasi langsung dengan kesehatan mereka secara keseluruhan. Menurut Nidaa & Hadi (2022), pemberian nutrisi yang cukup pada bayi baru lahir dilakukan dengan tujuan untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian bayi dan balita.

Menyusui bayi sejak usia muda memiliki efek positif bagi ibu dan anak. Karena banyaknya nutrisi dan antibodi, ASI memainkan peran penting dalam mendukung pertumbuhan, kesehatan, dan kelangsungan hidup bayi. Sel darah putih, protein, dan zat imun lain yang aman untuk bayi terdapat dalam ASI. Karena menyusui merangsang kontraksi rahim dan mengurangi perdarahan setelah melahirkan (postpartum), maka perilaku menyusui dapat menurunkan angka kesakitan dan kematian (postpartum) (Nidaa & Hadi, 2022)

DAFTAR PUSTAKA

- Anggraeni, S. D. F., Hardjito, K., & Setyarini, A. I. 2022. Dampak promosi kesehatan menggunakan media audio visual terhadap pengetahuan dan sikap ibu tentang inisiasi menyusui dini dan asi eksklusif: studi literatur. *Jurnal Ilmiah Permas: Jurnal Ilmiah STIKES Kendal*, 12(2), 137–148. <https://journal2.stikeskendal.ac.id/index.php/PSKM/article/view/122>
- Bangun, A. V. 2017. Jurnal Keperawatan Soedirman (The Soedirman Journal of Nursing), Volume 8, No.2. *Hubungan Tingkat Pengetahuan Perawat Dengan Ketrampilan Melaksanakan Prosedur Tetap Isap Lendir / Suction Di Ruang Icu Rsud Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto*, 8(2), 120–126. <http://www.jks.fikes.unsoed.ac.id/index.php/jks/article/view/97>
- Candra, D., Wati, A., & Nuzuliana, R. 2021. Manajemen Laktasi Ibu yang Menyusui ASI Eksklusif (Lactation Management Women who Exclusively Breastfeeding). *Journal of Midwifery and ...*, 5(1), 20–28. <https://journal.umbjm.ac.id/index.php/midwiferyandproduction/article/view/786>
- Iffah Zahrotin Nisa, T. 2023. Pengaruh Inisiasi Menyusui Dini Terhadap Pemberian ASI Eksklusif dan Kejadian Stunting: Meta-Analisis. *International Breastfeeding Journal*, 12(1), 418–426.
- Kemenkes RI. 2022. Profil Kesehatan Indonesia 2021. In *Pusdatin.Kemenkes.Go.Id.*
- Nidaa, I., & Hadi, E. N. 2022. Inisiasi menyusui dini (IMD) sebagai upaya awal pemberian ASI eksklusif: scoping review. *Jurnal Riset Kebidanan Indonesia*, 6(2), 58–67. <https://doi.org/10.32536/jrki.v6i2.221>

- Octaviani, D. A., & Musdalifah, U. 2022. Pemahaman Bidan Terkait Peraturan Daerah No. 5 Tahun 2014 tentang Inisiasi Menyusui Dini dan ASI Eksklusif. *Faletehan Health Journal*, 9(3), 247–253. <https://doi.org/10.33746/fhj.v10i03.351>
- Pamuji Siti Erniyati Berkah. 2020. *Hypnolactation Meningkatkan Keberhasilan Laktasi dan Pemberian ASI Eksklusif* (Nugroho Dicki Agus (ed.); pertama). Pustaka Rumah Cinta. https://www.google.co.id/books/edition/Hypnolactation_Meningkatkan_Keberhasilan/0Jb7DwAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=laktasi&pg=PA1&printsec=frontcover
- Rahawati Anita, B. P. 2018. *ASUHAN KEPERAWATAN MANAJEMEN LAKTASI DENGAN PENDEKATAN BERBASIS BUKTI* (satu). Media Nusa cREATIVE. https://www.google.co.id/books/edition/Asuhan_Keperawatan_Manajemen_Laktasi_den/hE9LEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=nugroho+laktasi&pg=PA4&printsec=frontcover
- Rahmawati Anita, B. P. 2018. *BUKU AJAR ASUHAN KEPERAWATAN MANAJEMEN LAKTASI DENGAN PENDEKATAN BERBASIS BUKTI* (pertama). https://www.google.co.id/books/edition/Asuhan_Keperawatan_Manajemen_Laktasi_den/hE9LEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=nugroho+laktasi&pg=PA4&printsec=frontcover
- Sartika, A. B. 2023. *KEPERAWATAN MATERNITAS*.
- Sri Handini Pertiwi, T., & Sholehati, R. W. 2019. Faktor-faktor yang mempengaruhi proses laktasi ibu dengan bayi usia 0-6 bulan di desa Cibeusi Kecamatan Jatinangor. *Student Journal*, 1(1), 1–15.
- Sulymbona, N., Russiska, R., Marlina, M. T., & Mutaharoh, E. S. 2021. Hubungan Cara Pemberian Asi Dengan Kejadian Masalah Pada Puting Lecet Di Uptd Puskesmas Nusaherang. *Jurnal Ilmu Kesehatan Bhakti Husada: Health Sciences Journal*, 12(1), 97–106. <https://doi.org/10.34305/jikbh.v12i1.260>

Wijayati, W., Muchsin, E. N., Karya, S., Kediri, H., Wijayati, W., Karya, S., Kediri, H., Soekarno, J., & No, H. 2020. *IBU MENYUSUI DI DESA PARAKAN TRENGGALEK Dengan Pelaksanaan Manajemen Laktasi pada Balam Kecamatan Medan Sanggal* "tahun. 11–20.

BIODATA PENULIS



Siti Nurhidayati, S.ST.,M.Keb.

Dosen Program Studi Sarjana dan Pendidikan Profesi Bidan
Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret

Penulis dilahirkan di Bantul, 28 Maret 1993. Penulis merupakan Dosen tetap di Kebidanan Fakultas Kedokteran UNS Surakarta. Menyelesaikan Sekoah DIII Kebidanan tahun 2014 di Stikes Aisyiyah Yogyakarta dan DIV Bidan Pendidik (2016) serta S2 Ilmu Kebidanan (2019) di Universitas Aisyiyah Yogyakarta. Sebelum menjadi Pendidik, penulis memiliki pengalaman klinik selama 4 tahun. Selain menjadi Dosen Kebidanan penulis merupakan salah satu fasilitator Deteksi Dini Kanker Serviks-Kanker Payudara di Wilayah Jawa Tengah (2021-Sekarang). Penulis tergabung dalam Riset Grup Midwifery Inovation di FK UNS. Salah satu mata kuliah yang di ampu adalah Asuhan Kebidanan persalinan, Asuhan Kebidanan Bayi Balita Anak Pra sekolah, Evidence Based Midwifery, Interprofesional Education dan metodologi penelitian. Penulis dapat dihubungi melalui email : sitinurhidayati@staff.uns.ac.id

BIODATA PENULIS



Kiftiyah, S.ST., M.Kes

Dosen Program Studi DIII Kebidanan
STIKES Dian Husada Mojokerto

Penulis lahir di Jombang tanggal 20 Maret 1983. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi DIII Kebidanan STIKES Dian Husada Mojokerto. Menyelesaikan pendidikan DIII Kebidanan tahun 2006 dan DIV Kebidanan di STIKES Husada Jombang serta menyelesaikan pendidikan S2 Magister Kedokteran Keluarga di UNS Solo tahun 2012. Saat ini sedang proses S3 Psikologi Pendidikan di Universitas Negeri Malang. Penulis aktif menulis berbagai jurnal ilmiah dan sudah menulis beberapa buku diantaranya buku Pengantar Asuhan Kebidanan dan pengantar komunitas.

BIODATA PENULIS



Mika Sugarni, S.Tr.Keb., M.Keb

Dosen Program Studi DIII Kebidanan
Fakultas Vokasi Universitas Karya Persada Muna

Penulis merupakan dosen pada Program Studi Diploma III Kebidanan di Universitas Karya Persada Muna Sejak 2021. Penulis lahir di Lipu, 31 Maret 1996, menyelesaikan pendidikan D4 Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Kendari tahun 2018 dan melanjutkan pendidikan magister di Universitas Hasanuddin Makassar tahun 2021. Penulis aktif sebagai pengajar, peneliti, melakukan pengabdian masyarakat, menerbitkan beberapa buku referensi dan hasil karya telah dipublikasikan secara luas di lingkup nasional. Saat ini menjabat sebagai Ketua Program Studi D-III Kebidanan.

BIODATA PENULIS



Sri Susilawati

Dosen Program Studi D3 Kebidanan
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Tasikmalaya

Penulis lahir di Tasikmalaya tanggal 25 Juni 1988. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi D3 Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Tasikmalaya. Menyelesaikan pendidikan Bidan Pendidik Diploma IV di STIKes Kharismas Karawang dan melanjutkan S2 pada Program Studi Kebidanan Universitas Padjadjaran Bandung. Penulis pernah mendapat penghargaan *Best Presenter* in the 1st Cirebon International Conference Cirebon, West Java pada Tanggal 9 September 2020, dan Penerima Hibah Direktorat Riset dan Pengabdian Masyarakat (DRPM) Skema PDP Kemenristek/BRIN Tahun 2020. Penulis menekuni bidang Menulis.

BIODATA PENULIS



Tanti Tri Lestary, S.ST.,Bdn.,M.Keb

Dosen Program Studi S1 Kebidanan

Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Borneo Tarakan

Penulis lahir di Kota Tarakan Provinsi Kalimantan Utara pada 1 Januari 1994. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Sarjana Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Borneo Tarakan. Menyelesaikan pendidikan DIII dan DIV pada Jurusan Kebidanan dan Bidan Pendidik di Universitas Respati Yogyakarta pada Tahun 2011-2016. Penulis mulai bergabung di Universitas Borneo Tarakan pada tahun 2017 dan melanjutkan S2 pada Jurusan Kebidanan di Universitas Brawijaya pada tahun 2019-2021 dan menyelesaikan program profesi Kebidanan di IIK Strada Kediri. Selain sebagai akademisi penulis juga aktif sebagai praktisi di Praktik Mandiri Bidan yang dimiliki.

BIODATA PENULIS



Andi Arlina, S.ST., M.Keb

Dosen Program Studi S1 Kebidanan Institut Ilmu Kesehatan
Pelamonia Makassar

Penulis lahir di Ujung Pandang tanggal 14 Desember 1990. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi S1 Kebidanan Institut Ilmu Kesehatan Pelamonia Makassar. Menyelesaikan pendidikan D4 pada Tenaga Pendidik Kebidanan dan melanjutkan S2 pada Ilmu Kebidanan Universitas Hasanuddin. Penulis menekuni bidang Menulis.

BIODATA PENULIS



Meti Patimah, SST, M.Keb

Dosen Program Studi Pendidikan Profesi Bidan
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Tasikmalaya

Penulis lahir di Ciamis tanggal 13 Januari 1987. Penulis adalah Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Tasikmalaya. Menyelesaikan pendidikan D4 Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya tahun 2010 dan menyelesaikan pendidikan Magister Kebidanan di Universitas Padjadjaran tahun 2017. Penulis merupakan *owner* aplikasi KOPIKu "Kontrasepsi Pilihanku" yang didanai oleh hibah penelitian Kemenristek DIKTI tahun 2019, dan pernah mendapat penghargaan *The Best Article* dari PD IBI Prov. Jawa Barat tahun 2021. Saat ini penulis aktif sebagai konselor Hallo Bid dan trainer *Midwifery Update* di PC IBI Kota Tasikmalaya, selain aktif dalam tridarma perguruan tinggi, penulis juga menggeluti dunia *Master of Ceremony* untuk berbagai event. Penulis dapat dihubungi melalui email: meti.patimah@umtas.ac.id

BIODATA PENULIS



Surya Musika Sari, S.ST.,M.Kes

Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan
Stikes Dian Husada Mojokerto

Penulis lahir di Lamongan tanggal 31 Oktober 1986. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Ilmu Keperawatan , Stikes Dian Husada Mojokerto. Menyelesaikan pendidikan DIII Kebidanan pada tahun 2008. Kemudian melanjutkan pendidikan dengan menempuh program DIV Pendidik di Stikes Husada Jombang pada tahun 2009. Melanjutkan S2 pada jurusan Kedokteran Keluarga di Universitas Sebelas Maret di Surakarta pada tahun 2012.

Saat ini penulis tergabung sebagai salah satu dosen di Stikes Dian Husada Mojokerto. Aktivitas penulis disamping sebagai dosen di beberapa mata kuliah seperti Asuhan Kebidanan Kehamilan, Kesehatan Reproduksi dan Asuhan Kebidanan Masa Nifas, penulis juga menjabat sebagai Sekretaris Badan Penjaminan Mutu pada tahun 2015 hingga tahun 2020. Pada tahun 2021 penulis menjabat sebagai Ketua Badan Penjaminan Mutu hingga sekarang di Stikes Dian Husada Mojokerto.

Buku ini merupakan karya kedua penulis yang dipublikasikan secara luas. Sebelumnya ada monograph yang dipublikasikan. Dan pembuatan modul di level internal Stikes

diantaranya adalah Praktik Kebidanan Masa Nifas, Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil dan Pembelajaran Kesehatan Reproduksi Pada Mahasiswa Kebidanan.

BIODATA PENULIS



Sri Wahyuni Sundari

Dosen tetap pada Program Studi D3 Kebidanan, Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Tasikmalaya

Penulis merupakan dosen tetap pada Program Studi D3 Kebidanan, Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Tasikmalaya, yang saat ini menjabat sebagai Ketua Program Studi D3 kebidanan periode 2019-2023. Penulis lahir di Tasikmalaya, 27 Mei 1986, dan tinggal di Perumahan Bumi Tamansari Permai Kota Tasikmalaya. Penulis merupakan alumni dari Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya jurusan D3 Kebidanan tahun 2007, DIV Bidan Pendidik tahun 2009, serta S2 Kebidanan Universitas Padjajaran Tahun 2016. Penulis aktif dalam kegiatan penelitian dan pengabdian masyarakat. Pada Tahun 2018 penulis mendapatkan hibah penelitian pendanaan RistekDikti dengan skema PDP sebagai ketua peneliti, tahun 2019 sebagai anggota peneliti. Penulis aktif dalam publikasi ilmiah baik pada jurnal nasional terakreditasi dan tidak terakreditasi, dengan ID penulis Sinta No 6125996, Google Scholar utva3JQAAAAJ, Scopus 57201195615

BIODATA PENULIS



Via Zakiah, S.ST., M.Keb.
Dosen Program Studi S1 Kebidanan
STIKes Pelita Ibu Kendari

Penulis lahir di Lebbae tanggal 23 Februari 1994. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi S1 Kebidanan STIKes Pelita Ibu Kendari. Penulis Menyelesaikan pendidikan DIII Kebidanan di AKBID Pelita Ibu Kendari Tahun 2015 Kemudian Menyelesaikan Pendidikan D4 BIdan Pendidik di STIKes Mega Rezky Makassar Tahun 2017 dan menyelesaikan pendidikan S2 Kebidanan di Universitas Hasanuddin Makassar tahun 2020.

BIODATA PENULIS



Dwi Ayu Rahmawati, S.Tr.Keb., M.Keb.

Dosen Program Studi S1 Kebidanan
STIKes Pelita Ibu Kendari

Penulis lahir di Kendari tanggal 07 Februari 1995. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi S1 Kebidanan STIKes Pelita Ibu Kendari. Penulis Menyelesaikan pendidikan DIII Kebidanan di AKBID Pelita Ibu Kendari Tahun 2016, kemudian menyelesaikan Pendidikan D4 Bidan Pendidik di STIKes Karya Husada Semarang Tahun 2018 dan menyelesaikan pendidikan S2 Ilmu Kebidanan di Universitas Hasanuddin Makassar tahun 2021.

BIODATA PENULIS



Nasrayanti Nurdin, S.ST., M.Keb

Dosen Program Studi Pendidikan Profesi Bidan
Fakultas Keperawatan dan Kebidanan ITKES Muhammadiyah
Sidrap

Penulis lahir di Kadai Kecamatan Mare Kabupaten Bone tanggal 15 Januari 1991. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Fakultas Keperawatan dan Kebidanan. Menyelesaikan pendidikan D3 Pada Jurusan Kebidanan di YAPMA Tahun 2012 dan melanjutkan D4 Bidan Pendidik tahun 2014 di Universitas Mega Rezky Makassar dan melanjutkan pendidikan S2 Kebidanan tahun 2017 di Universitas Hasanuddin Makassar. Penulis menekuni bidang Menulis. Beberapa hasil karya yang dimuat dalam bentuk jurnal baik jurnal penelitian maupun pengabdian telah penulis terbitkan. Selain aktif dalam hal menulis, penulis juga melakukan beberapa pelatihan yang dapat menunjang keterampilan sebagai praktisi akademik.