

PERSALINAN BERBASIS KOMPETENSI 2

**Siti Maryani
Wahida
Agnes Ratna Saputri
Juni Andriani Rangkuti
Sunaeni
Siti Nurhidayati
Gusti Ayu Tirtawati
Meinita Wulansari
Ni Made Dwi Mahayati
Riswanti**



GET PRESS INDONESIA

PERSALINAN BERBASIS KOMPETENSI 2

Penulis :

Siti Maryani
Wahida
Agnes Ratna Saputri
Juni Andriani Rangkuti
Sunaeni
Siti Nurhidayati
Gusti Ayu Tirtawati
Meinita Wulansari
Ni Made Dwi Mahayati
Riswanti

ISBN :

Editor : Dr. Neila Sulung, S.Pd., Ns., M.Kes.
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 :

Jln. Palarik Air Pacah No 26 Kel. Air Pacah
Kec. Koto Tangah Kota Padang Sumatera Barat
Website : www.getpress.co.id
Email : adm.getpress@gmail.com

Cetakan pertama, Mei 2024

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 Persalinan Berbasis Kompetensi 2 ini.

Buku Ini Membahas Konsep Dasar Persalinan, Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Persalinan, Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin, Manajemen Asuhan Pada Kala I, Partograf, Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Kala II, Komplikasi dan Penyulit Persalinan Kala II, Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Kala III, Deteksi Dini dan Komplikasi Persalinan Kala III, Asuhan Pada Bayi Segera Setelah Lahir.

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, Mei 2024

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR GAMBAR	vii
BAB 1 KONSEP DASAR PERSALINAN.....	1
1.1 Definisi	1
1.2 Tujuan Persalinan Normal	1
1.3 Jenis Persalinan.....	1
1.4 Persalinan Berdasarkan Umur Kehamilan	2
1.5 Sebab-Sebab Persalinan.....	2
1.6 Tanda Persalinan	4
1.6.1 Tanda persalinan sudah dekat	4
1.6.2 Tanda-Tanda Persalian	5
1.7 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan	7
DAFTAR PUSTAKA	9
BAB 2 FAKTOR - FAKTOR YANG MEMENGARUHI PERSALINAN	11
2.1 Pengertian Persalinan.....	11
2.2 Sebab-sebab Terjadinya Persalinan.....	11
2.3 Faktor-Faktor yang memengaruhi Persalinan	11
2.3.1 <i>Passage way</i> (Jalan Lahir)	12
2.3.2 <i>Passanger</i> (Hasil Konsepsi).....	15
2.3.3 <i>Power</i> (Kekuatan/Tenaga Ibu)	22
2.3.4 <i>Position</i> (Posisi Ibu)	23
2.3.5 <i>Psychology</i> (Kondisi Psikologis Ibu).....	23
2.3.6 <i>Psycian</i> (Penolong Persalinan).....	24
DAFTAR PUSTAKA	26
BAB 3 KEBUTUHAN DASAR IBU BERSALIN	27
3.1 Pendahuluan.....	27
3.2 Kebutuhan Fisiologis Ibu Bersalin	30
3.2.1 Kebutuhan Oksigen	31
3.2.2 Kebutuhan Cairan Dan Nutrisi.....	31
3.2.3 Kebutuhan Eliminasi	32
3.2.4 Kebutuhan Hygiene (Kebersihan Personal)	33
3.2.5 Kebutuhan Istirahat	35
3.2.6 Posisi Dan Ambulasi.....	35

3.2.7 Pengurangan Rasa Nyeri.....	40
3.2.8 Penjahitan Perineum (Jika Diperlukan)	42
3.2.9 Kebutuhan Akan Proses Persalinan Yang Terstandar	43
3.3 Ringkasan	43
DAFTAR PUSTAKA.....	45
BAB 4 MANAJEMEN ASUHAN PADA KALA I.....	47
4.1 Pendahuluan	47
4.2 Manajemen Asuhan Pada Kala I.....	48
DAFTAR PUSTAKA.....	57
BAB 5 PARTOGRAF	59
5.1 Pendahuluan	59
5.2 Fungsi.....	60
5.3 Tujuan.....	60
5.4 Penggunaan	61
5.5 Kondisi ibu dan janin yang perlu dicatat dalam partograf.....	61
5.6 Beberapa kasus yang tidak menggunakan partograf.....	61
5.7 Cara Pengisian.....	62
5.8 E-Partograf.....	68
5.9 Pendokumentasian	70
DAFTAR PUSTAKA.....	72
BAB 6 ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN KALA II	73
6.1 Fisiologi Persalinan Kala II.....	73
6.2 Amniotomi	76
6.2.1 Fisiologi	78
6.2.2 indikasi	78
6.2.3 Kontraindikasi.....	78
6.2.4 Alat yang dibutuhkan.....	79
6.2.5 Persiapan	79
6.2.6 Teknik Pelaksanaan	79
6.2.7 Komplikasi.....	80
6.3 Episiotomi.....	81
6.3.1 Anatomi Fisiologi.....	83
6.3.2 Indikasi	83
6.3.3 Kontraindikasi.....	83

6.3.4 Alat yang digunakan.....	84
6.3.5 Perisapan.....	84
6.3.6 Teknik Pelaksanaan	85
6.3.7 Komplikasi.....	86
6.4 Manajemen Asuhan Persalinan Kala II.....	88
DAFTAR PUSTAKA	90
BAB 7 KOMPLIKASI DAN PENYULIT PERSALINAN	
KALA II	93
7.1 Latar belakang.....	93
7.2 Defenisi	94
7.2.1 Kala 2 persalinan.....	94
7.2.2 Penyulit persalinan.....	94
7.3 Penyulit persalinan kala 2	94
7.3.1 Partus Lama	94
7.3.2 Persalinan Presipitatus	95
7.3.3 Persalinan Preterm.....	95
7.3.4 Ketuban Pecah Dini (KPD)	95
7.3.5 Ruptur Uterus	96
7.3.6 Distres Janin.....	96
7.3.7 Hidrosefalus.....	97
7.3.8 Kehamilan ganda	97
7.3.9 Malposisi dan malpresentasi	97
7.3.10 Kematian Janin Dalam Rahim.....	98
7.3.11 Kelainan Jalan Lahir	98
7.3.12 Emboli air ketuban.....	99
DAFTAR PUSTAKA	101
BAB 8 ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU	
BERSALIN KALA III.....	103
8.1 Pendahuluan.....	103
8.2 Fisiologi	103
8.3 Tanda - Tanda Pelepasan Plasenta.....	104
8.3.1 Perubahan Bentuk dan Tinggi Fundus Uteri	104
8.3.2 Tali Pusat Memanjang.....	104
8.3.3 Semburan Darah Tiba - Tiba	105
8.4 Mekanisme Pelepasan Plasenta	105
8.4.1 Mekanisme Schultze	105
8.4.2 Mekanisme Duncan	105

8.5 Pemeriksaan Pelepasan Plasenta.....	106
8.5.1 Perasat Kustner.....	106
8.5.2 Perasat Strassman.....	106
8.5.3 Perasat Klein.....	107
8.6 Manajemen Aktif Kala III.....	107
8.6.1 Pemberian Oksitosin/ Uterotonika Segera Mungkin.....	107
8.6.2 Penegangan Tali Pusat Terkendali.....	108
8.6.3 Massase Fundus Uteri.....	108
8.7 Melakukan Pemeriksaan Plasenta	108
8.7.1 Selaput Plasenta.....	108
8.7.2 Bagian Plasenta	108
8.7.3 Pengawasan Perdarahan.....	109
8.8 Kebutuhan Ibu Bersalin Kala III.....	109
8.8.1 Menjaga Kebersihan	109
8.8.2 Pemenuhan Kebutuhan Cairan dan Nutrisi	109
8.8.1 Kebutuhan Istirahat.....	110
8.9 Manajemen Asuhan Ibu Bersalin Kala III	110
8.9.1 Pengkajian Data.....	110
8.9.2 Interpretasi Data.....	110
8.9.3 Identifikasi Diagnosa dan Masalah Potensial.....	111
8.9.4 Identifikasi Kebutuhan Segera, Kolaborasi dan Rujukan.....	111
8.9.5 Intervensi.....	111
8.9.6 Implementasi.....	112
8.9.7 Evaluasi	112
DAFTAR PUSTAKA.....	113
BAB 9 DETEKSI DINI DAN KOMPLIKASI	
PERSALINAN KALA III.....	115
9.1 Pendahuluan	115
9.2 Retensio Plasenta.....	115
9.2.1 Diagnosis	116
9.2.2 Patifisiologi.....	116
9.2.3 Etiologi.....	117
9.2.4 Faktor Risiko.....	118
9.2.5 Penatalaksanaan.....	118
9.3 Inversio Uteri	119

9.3.1 Klasifikasi	120
9.3.2 Patofisiologi.....	121
9.3.3 Faktor Risiko	122
9.3.4 Penatalaksanaan	122
DAFTAR PUSTAKA	124
BAB 10 ASUHAN SEGERA BAYI BARU LAHIR NORMAL .	127
10.1 Defenisi	127
10.2 Ciri-Ciri Bayi Lahir Normal.....	127
10.3 Perawatan segera BBL.....	128
DAFTAR PUSTAKA	139
BIODATA PENULIS	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1.	Panggul Wanita	13
Gambar 2.2.	Tengkorak Janin.....	18
Gambar 2.3.	Letak Janin: memanjang (kepala), memanjang (bokong), Miring, Melintang.....	19
Gambar 2.4.	Sikap Janin.....	20
Gambar 5.1.	Partograf bagian depan	66
Gambar 5.2.	Partograf bagian belakang.....	67
Gambar 6.1.	Persalinan Kala II	73
Gambar 6.2.	Amniotomi	77
Gambar 6.3.	Episiotomi	82
Gambar 8.1.	Mekanisme Pelepasan Plasenta.....	106
Gambar 9.1.	Teknik Manual Plasenta	119
Gambar 9.2.	Klasifikasi inversi uterus.....	121
Gambar 9.3.	Reposisi Inversi Uterus Secara Manual	123

BAB 1

KONSEP DASAR PERSALINAN

Oleh Siti Maryani

1.1 Definisi

Persalinan merupakan serangkaian perubahan fisiologis dan momen penting bagi ibu untuk melahirkan bayinya. Persalinan normal terjadi pada kehamilan cukup bulan (37 – 42 minggu). (Fitriahadi, 2019)

Persalinan merupakan proses yang menengangkan banyak perubahan-perubahan fisiologis dan psikologis ibu dalam proses persalinan. Terutama rasa takut, tangan dan cemas yang dirasakan ibu dikarenakan dalam proses persalinan janin dan ketuban keluar dari jalan lahir. (Kurniarum, 2016)

Persalinan didefinisikan sebagai serangkaian peristiwa keluarnya bayi yang ditandai dengan kontraksi rahim ibu akan terjadi pembukaan jalan lahir dan bayi akan keluar melulalui jalan lahir dengan atau tanpa bantuan (tenaga dorong ibu). (Kemenkes RI 2018, 2016)

1.2 Tujuan Persalinan Normal

Mempertahankan kesehatan serta kelancaran ibu untuk melahirkan bayinya serta menjamin pendekatan yang komprehensif dan optimal, dengan intervensi, Oleh karena itu, prinsip keselamatan dan kualitas layanan tetap menjadi prioritas utama kami bahkan setelah melahirkan. Melalui metode ini, intervensi yang digunakan dalam pelayanan kebidanan (APN) telah terbukti secara ilmiah sangat efektif dalam meningkatkan perkembangan dan keberhasilan proses persalinan. (Yulizawati *et al.*, 2021)

1.3 Jenis Persalinan

1. Persalinan spontan

Persalinan melalui jalan lahir menggunakan dorongan kekuatan ibu tanpa bantuan apapun

2. Persalinan buatan
Persalinan dengan bantuan dorongan untuk mengeluarkan janinya seperti tindakan SC
3. Persalinan Anjuran
Persalinan berlangsung didasari oleh indikasi tertentu seperti pecah ketuban dini. (Maulani and Zainal, 2020)

1.4 Persalinan Berdasarkan Umur Kehamilan

1. Abortus
Jika berat janin kurang dari 500 gram atau tidak hidup (tidak berkembang), embrio harus dikeluarkan sebelum usia kehamilan 22 minggu.
2. Partus immaturus
Pengeluaran janin pada usia 22-28 minggu atau BB janin belum mencapai 1000 gr
3. Partus prematurus
Pengeluaran janin pada usia 28-37 minggu atau BB janin belum mencapai 2500 gr
4. Partus maturus
Malahirkan pada usia 37-42 minggu atau BB janin lebih dari 2500 gr
5. Partus postmaturus
Melahirkan pada usia lebih dari 42 minggu
(Maulani and Zainal, 2020)

1.5 Sebab-Sebab Persalinan

1. Teori penurunan progesteron
Kontraksi otot rahim disebabkan oleh progesteron, sedangkan estrogen menyebabkan peningkatan kelemahan otot. Pada masa kehamilan, kadar progesteron dan estrogen dalam darah seimbang, namun menjelang persalinan kadar progesteron menurun sehingga terjadi HIS.
Pada usia kehamilan 28 minggu, plasenta mulai menua karena penumpukan jaringan ikat dan penyempitan serta penyumbatan pembuluh darah. Oksitosin menjadi lebih efektif pada otot rahim ketika terjadi penurunan produksi

- progesteron. otot-otot rahim mulai berkontraksi, yang dapat menyebabkan nyeri. (Kurniarum, 2016)
2. Teori estrogen
Estrogen meningkatkan respons otot rahim dan memfasilitasi penyerapan rangsangan eksternal, termasuk oksitosin, prostaglandin, dan rangsangan mekanis. (Amelia and Cholifah, 2019)
 3. Teori oksitosin
Ketika otot rahim tumbuh, reseptor oksitosin meningkat dan diaktifkan sementara oleh suntikan oksitosin, yang menyebabkan kontraksi saat mendekati persalinan dan Produksi prostaglandin dapat ditingkatkan dengan oksitosin, yang dapat memperlancar persalinan.
Kelenjar pituitari posterior bertanggung jawab untuk melepaskan oksitosin. Sehingga Peningkatan frekuensi dan sensitivitas kontraksi Braxton-Hicks dapat disebabkan oleh perubahan kadar hormon estrogen dan progesteron pada kedua otot rahim. Kadar progesteron menurun pada akhir kehamilan, mengakibatkan peningkatan oksitosin dan peningkatan aktivitas otot rahim. Hal itu menyebabkan kontraksi rahim dan gejala persalinan.
(Maulani and Zainal, 2020)
 4. Keregangan otot
Seiring bertambahnya usia kehamilan, otot-otot rahim menjadi lebih meregang dan menjadi lebih rentan. Otot-otot rahim memiliki batas ekspansi dan kontraksi tertentu. Bila melebihi batas tertentu, terjadilah kontraksi sebagai tanda persalinan. Selain itu, seiring dengan pertumbuhan dan peregangan rahim, iskemia otot rahim dapat terjadi, yang dapat menyebabkan stagnasi aliran darah uteroplasenta. Selain itu, rahim juga dapat mengalami iskemia akibat ekspansi dan kontraksi otot, yang dapat mengakibatkan berkurangnya sirkulasi darah ke seluruh rahim. (Wilda, 2021)
 5. Teori Janin
Kelenjar pituitari dan kelenjar adrenal saling terhubung, mengirimkan sinyal kepada ibu bahwa janin siap untuk

dilahirkan. Namun, cara kerja sebenarnya dari sistem ini masih belum sepenuhnya dipahami..(Wilda, 2021)

6. Teori Prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin dalam desidua meningkat setelah usia kehamilan 15 minggu. Produksi prostaglandin oleh desidua dianggap sebagai penyebab persalinan. Bukti eksperimental menunjukkan bahwa prostaglandin F2 atau E2 yang diberikan secara intravena dan ekstrauterin menginduksi kontraksi miometrium pada semua tingkat usia kehamilan. Pelepasan hasil konsepsi dipicu oleh kontraksi berulang otot rahim ketika prostaglandin diberikan selama kehamilan. Prostaglandin menyebabkan kontraksi karena terdapat prostaglandin dalam cairan ketuban dan di sekitar wanita selama kehamilan. (Nardina *et al.*, 2023)

1.6 Tanda Persalinan

1.6.1 Tanda pesalinan sudah dekat

1. Lightening

Sebelum melahirkan, ibu hamil merasa lebih ringan dan tidak terlalu tegang, namun ibu seringkali merasa kesulitan untuk berjalan atau mengalami nyeri pada kaki bagian bawah. (Wilda, 2021)

2. Pollikasuria

Pada trimester ketiga, pemeriksaan menunjukkan bahwa perut mulai turun, fundus uteri lebih rendah dari yang biasanya, dan kepala bayi mulai terus menekan ke dalam panggul. Keadaan ini menyebabkan tekanan pada kandung kemih dan menyebabkan ibu lebih sering buang air kecil. (Wilda, 2021)

3. False labor

Tiga sampai empat minggu sebelum melahirkan, sang ibu mengalami isak tangis Braxton, sebuah firasat yang membuatnya menangis. Awalnya, perut bagian bawah mengalami nyeri yang tidak teratur dan singkat yang tidak berkembang seiring berjalannya waktu dan tidak berdampak pada perataan atau pembukaan serviks. (Nardina *et al.*, 2023)

4. Perubahan serviks

Hasil pemeriksaan serviks pada akhir bulan ke 9 menunjukkan bahwa serviks yang semula tertutup dan sudah lama tidak lunak, namun menjadi lunak dan beberapa bagian telah terbuka dan hilang. Semua ibu mengalami berbagai perubahan. (Maulani and Zainal, 2020)

5. Energy sport

Sekitar 24 hingga 28 jam sebelum memasuki masa persalinan, ibu mungkin merasakan gelombang energi yang berlangsung lama. Karena usia kehamilannya semakin bertambah, ibu akan merasakan kelelahan fisik beberapa hari sebelumnya, namun penuh energi sehari sebelum melahirkan. Hal ini terlihat dari energi ibu yang meningkat ketika seorang wanita sedang membersihkan, mengepel, mencuci perabotan, atau pekerjaan rumah tangga lainnya, dan ia kehabisan energi sebelum bayinya lahir. (Wilda, 2021)

6. Gastrointestinal upsets

Berkurangnya kadar hormon dalam sistem pencernaan beberapa ibu menimbulkan gejala seperti diare, sembelit, mual, dan muntah. (Yulizawati *et al.*, 2021)

1.6.2 Tanda-Tanda Persalian

1. Kontraksi (His)

His merupakan serangkaian kontraksi otot polos dinding rahim yang berirama . Kontraksi ini bermula pada fundus rahim tempat saluran kuno masuk ke dinding rahim. Pemicu awal kontraksi ini adalah “pacemaker” yang terletak di dinding rahim di area ini. (Maulani and Zainal, 2020)

Ada 2 macam kontraksi yaitu :

a. Kontraksi palsu

Pada hal ini ibu akan merasakan kontraksi atau mengeluh merasakan nyeri rasa sakit pada pinggang dan terasa mengganggu. Hal itu disebabkan oleh perubahan kadar estrogen dan progesteron menurun dan terjadi kontraksi palsu, yaitu kontraksi yang dipicu oleh peningkatan hormon oksitosin. Ciri-ciri his palsu yaitu :

- 1) Rasa nyeri seperti nyeri pinggang
- 2) Rasa nyeri hanya sebentar
- 3) Tidak teratur dengan selang waktu yang berbeda tidak terjadi secara sering
- 4) Tidak ada pembukaan pada jalan lahir
- 5) Tidak ada peningkatan kekuatan kontraksi dan jika dipakai untuk istirahat kontraksi akan hilang, namun hanya sebagian ibu hamil merasakan his palsu.
(Rochmawati and Novitasari, 2021)

b. Kontraksi persalinan

Ciri-ciri terjadinya his persalinan

- 1) Rasa sakit dan nyeri yang dirasakan ibu dari perut menjalar sampai ke pinggang
- 2) Terjadi rasa nyeri yang teratur frekuensi minimal 2x dalam 10 menit
- 3) Rasa nyeri yang adekuat
- 4) Adanya pembukaan pada jalan lahir
- 5) Rasa nyeri yang dirasakan ibu tidak hilang ketika dibuat istirahat, semakin beraktivitas ibu nyeri yang dirasakan semakin meningkat.

(Yulizawati *et al.*, 2021)

2. Pembukaan serviks

Pada umumnya ibu yang hamil pertama , mengalami pembukaan dengan rasa sakit di perut. Namun pada kehamilan selanjutnya, tidak ada rasa sakit pada pembukaannya. Tekanan pada panggul menyebabkan nyeri ketika kepala janin masuk ke pintu atas panggul akibat pelunakan rahim. Petugas akan melakukan pemeriksaan pembukaan pada serviks saat sudah ada tanda persalinan (kontak vagina).(Nardina *et al.*, 2023)

3. *Bloody show*

Kombinasi darah dan lendir dalam cairan inilah yang menyebabkannya disebut sebagai *bloody show* dalam terminologi medis. Hal ini terjadi karena serviks melunak, melebar, dan menipis sesaat sebelum melahirkan. Bercak darah berupa lendir kental bercampur darah. Saat akan kelahiran, terlihat lendir darah keluar dari jalan lahir dan ketuban mulai terpisah dari dinding rahim. (Nardina *et al.*, 2023)

4. Ketuban pecah

Tanda pecah ketuban berikutnya adalah adanya cairan ketuban sebagai bantalan janin pada area selaput ketuban (selaput korioamniotik) yang menutupi janin, melindunginya, memungkinkannya ada pergerakan secara luas, dan melindunginya dari ancaman luar. Ibu mungkin tidak menyadari bahwa cairan ketuban telah keluar dan mungkin mengira itu adalah urin.

Cairan ketuban biasanya bening dan tidak berbau. Ibu mungkin mengalami rasa sakit dan peningkatan kontraksi saat cairan ketuban biasanya keluar dari jalan lahir. Pecahnya ketuban menandakan adanya kontak dengan lingkungan luar yang dapat memudahkan masuknya kuman dan bakteri. Sehingga, pengobatan diberikan bayi harus dilahirkan dalam waktu 24 jam. Jika bayi tidak lahir dalam waktu 24 jam, maka diperlukan penanganan lebih lanjut seperti operasi caesar. (Rochmawati and Novitasari, 2021)

1.7 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

Menurut (Yulizawati *et al.*, 2021) sebagai berikut :

1. *Passenger*

Kelahiran normal dapat dicegah dengan kesalahan atau malformasi janin. Ukuran, bentuk, posisi, postur, dan janin kepala janin merupakan beberapa faktor yang mempengaruhi faktor passenger.

2. *Passege away*

Bagian dari jalan lahir meliputi panggul, tulang dan dasar panggul serta introitus vagina dan bukaan luar kantung ini. Panggul ibu adalah sumber utama penopang proses kelahiran, meskipun jaringan lunak juga berperan dalam proses tersebut. Janin memerlukan penyesuaian yang memadai terhadap kekakuan jalan lahir.

3. *Power*

Power ibu menyebabkan janin tertarik ke bawah dan ibu akan membuka dinding kantung. Kepala akan turun dan masuk panggul pada presentasi kepala jika terdengar suara mendesis

yang kuat. Pada saat yang sama, ibu melakukan kontraksi yang disengaja dan disengaja.

4. *Position*

Postur ibu membentuk adaptasi fisiologis dan anatomi selama melahirkan. Ada banyak manfaat dari posisi tegak. Perubahan posisi mengurangi rasa lelah, meningkatkan kenyamanan dan meningkatkan sirkulasi darah. Posisi tegak meliputi berdiri, berjalan, duduk, dan jongkok.

5. *Psychologic Respons*

Masa melahirkan merupakan masa yang membuat takut dan cemas untuk melewatinya. Rasa ketakutan, kegugupan maupun kegelisahan dapat memperlambat fase persalinan. Bagi beberapa ibu, persalinan dimulai dengan terjadinya his yang teratur untuk melebarkan dan melahirkan. Pada pelyanan asuhan persalinan dan bayi baru lahir ketika ibu dan keluarga melakukan proses pendekatan dengan bayinya. Tujuan dari layanan ini adalah untuk mendukung ibu selama proses persalinan, memastikan hasil yang memuaskan bagi semua orang yang berkaitan. Meskipun perempuan saat melahirkan biasanya merasakan kekhawatirannya secara langsung.

DAFTAR PUSTAKA

- Amelia, P. and Cholifah (2019) *KONSEP DASAR PERSALINAN*.
- Fitriahadi (2019) 'Buku Ajar Asuhan Persalinan & Managemen Nyeri Persalinan', *Universitas Aisyiyah Yogyakarta*, p. 284 hlm.
- Kemenkes RI 2018 (2016) *Asuhan Persalinan dan BBL*, *Kemenkes RI*.
- Kurniarum, A. (2016) *ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN DAN BAYI BARU LAHIR*.
- Maulani, N. and Zainal, E. (2020) 'Modul Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan Dan BBl'.
- Nardina, E.A. *et al.* (2023) 'Asuhan Kebidanan Persalinan', pp. 7823–7830.
- Rochmawati, L. and Novitasari, R. (2021) *Modul Praktikum Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*.
- Wilda, D. (2021) 'Modul Teori Asuhan Kebidanan Persalinan Dan Bbl', pp. 10–15.
- Yulizawati *et al.* (2021) 'Asuhan Kebidanan Pada Persalinan', *Asuhan Kebidanan Pada Persalinan*, p. 1.

BAB 2

FAKTOR - FAKTOR YANG MEMENGARUHI PERSALINAN

Oleh Wahida

2.1 Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses alami di mana hasil konsepsi yaitu janin dan plasenta, yang sudah mencapai tahap cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan(viabel), dikeluarkan dari tubuh ibu melalui jalan lahir atau metode lainnya, baik dengan bantuan atau tanpa bantuan eksternal (menggunakan kekuatan tubuh sendiri). Proses ini dimulai ketika kontraksi uterus terjadi, menyebabkan pembukaan progresif dari serviks, dilanjutkan dengan kelahiran bayi dan plasenta. Keseluruhan proses ini merupakan bagian dari mekanisme alamiah yang terjadi dalam tubuh (Diana, Mail & Rufaida 2019; Heny Rosiana Ruspita 2021).

2.2 Sebab-sebab Terjadinya Persalinan

Penyebab terjadinya persalinan masih menjadi subjek teori-teori yang kompleks hingga saat ini. Faktor-faktor seperti hormon, prostaglandin, struktur uterus, sistem saraf, dan asupan nutrisi telah diidentifikasi sebagai pemicu awal dari proses persalinan. Berbagai perubahan dalam biokimia dan biofisika telah membantu kita memahami awal dari proses persalinan, termasuk penurunan kadar hormon estrogen dan progesteron. Sebagaimana diketahui, progesteron memiliki peran dalam menenangkan otot-otot uterus (Varney 2006; Fatimah et al. 2020).

2.3 Faktor-Faktor yang memengaruhi Persalinan

Kekuatan fisiologis utama yang terlibat selama persalinan adalah kontraksi uterus. Terdapat beberapa faktor yang diduga mempengaruhi kontraksi pada ibu yang sedang bersalin, seperti jalan lahir (*passage way*), hasil konsepsi (*passenger*),

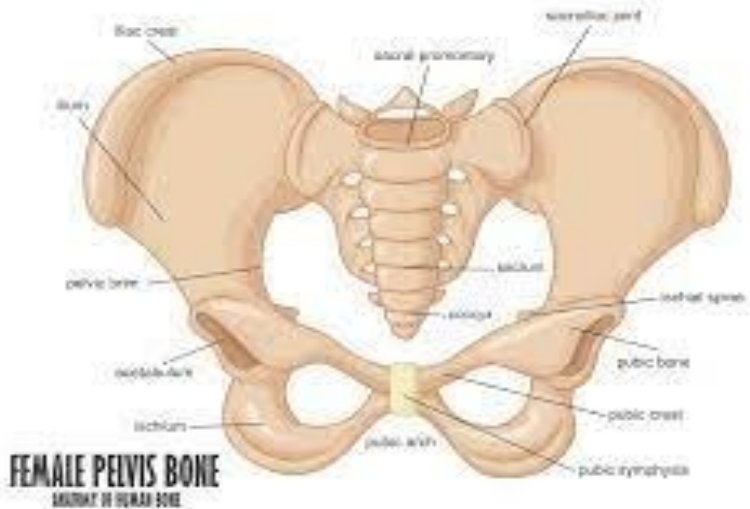
Kekuatan/Tenaga Ibu (*power*), kondisi Psikologis ibu (*Psychology*), Posisi Ibu saat melahirkan (*Potition*) dan peran penolong medis (*Psycian*). Ketika terdapat kelainan pada salah satu faktor ini, dapat menyebabkan komplikasi yang dapat terjadi pada ibu maupun janin (Oktarina 2016; Varney, Kriebs & Gegor 2017; Suparyanto dan Rosad (2015 2020).

2.3.1 Passage way (Jalan Lahir)

Passage way merujuk pada jalan lahir yang terdiri dari segmen atas dan segmen bawah rahim yang berperan penting dalam proses persalinan. Segmen atas rahim aktif berkontraksi dan mengalami peningkatan ketebalan saat persalinan berlangsung dan bertanggung jawab atas kontraksi pendorong untuk kelahiran janin, sedangkan segmen bawah rahim yang terletak di antara lipatan uterovesikal peritoneum dan leher Rahim menjadi lebih tipis karena meregang saat persalinan sedang berlangsung. Komponen jalan lahir mencakup pelvis, jaringan lunak serviks, dasar panggul, vagina, dan introitus (bagian luar vagina).

Selain jaringan lunak, otot dasar panggul ikut andil dalam kelahiran bayi, peran pelvis ibu jauh lebih signifikan pada proses persalinan. Dasar panggul terdiri dari kelompok otot levator ani, termasuk *pubococcygeus* dan *iliococcygeus* timbul dari tulang panggul untuk membentuk diafragma otot bersama dengan otot obturator internal dan otot piriformis. Pelvis terdiri dari dua bagian, yaitu bagian keras yang terdiri dari tulang panggul, dan bagian lunak yang terdiri dari otot dan ligamen. Ligamen-ligamen penyangga uterus mencakup ligamentum kardinale sinistrum dan dekstrum, ligamentum sacro uterina sinistrum dan dekstrum, ligamentum rotundum sinistrum dan dekstrum, ligamentum latum sinistrum dan dekstrum, serta ligamentum infundibulo pelvikum. Saat bagian presentasi janin terdorong keluar dari rahim, ia masuk ke dalam vagina, yang mengalami hipertrofi selama kehamilan. Ia mencapai dasar panggul, yang bertindak seperti selokan untuk mengarahkannya ke depan dan memungkinkan rotasi. Perineum terletak di distal dan meregang saat kepala lewat di bawah lengkung kemaluan dan melahirkan (National Institute of Health and Care

Excellence 2008; McKenzie-Mcharg & Rowe 2014; Suparyanto dan Rosad (2015 2020).



Gambar 2.1. Panggul Wanita

(Sumber : <https://www.vecteezy.com/vector-art/24393147-female-pelvis-bone-anatomy-vector-illustration>)

1. Panggul Wanita

Panggul normal terdiri atas empat tulang panggul : Dua tulang inominata, Satu sakrum, Satu koksiks

a. Tulang inominata:

Setiap tulang inominata terdiri atas 3 bagian yaitu ilium, ishium dan tulang pubis

1) Ilium

Di depan krista iliaka terdapat tonjolan tulang yang disebut sebagai spina iliaka anterior superior, dibawahnya adalah spina iliaka anterior inferior.

Dua titik serupa di ujung lain krista iliaka disebut dengan spina iliaka posterior superior dan spina iliaka posterior inferior. Permukaan cekung anterior ilium adalah fosa iliaka.

2) Iskium

Iskium adalah bagian bawah yang berukuran tebal. Tuber iskiadikum adalah tonjolan tempat tubuh bertumpu saat duduk. Di bagian belakang tuberositi, agak ke atas, terdapat tonjolan kedalam yang disebut spina iskiadika. Pada persalinan, station kepala janin diperkirakan berhubungan dengan spina iliaka.

3) Tulang pubis

Tulang pubis memiliki satu korpus dan dua tonjolan menyerupai dayung, ramus superior dan ramus inferior. Dua tulang pubis bertemu di simfisis pubis dan dua ramus inferior membentuk arkus pubis yang kemudian bergabung menjadi ramus yang serupa di iskium. Ruang yang tertutup oleh korpus tulang pubis, ramus dan iskium disebut foramen obturatum. Tulang inominata terdiri atas cekungan dalam, asetabulum, yang menampung kaput paha. Pada batas bawah tulang inominata ditemukan dua cekungan: Satu cekungan meluas dari spina iliaka posterior inferior sampai spina iskiadika dan disebut dengan insisura iskiadika mayor. Cekungan ini lebar dan membulat. Cekungan lain ada diantara spina iskiadika dan tuber iskiadikum dan disebut insisura iskiadika minor (Fraser & Cooper 2012).

b. Sakrum

Ini adalah tulang berbentuk baji yang terdiri atas lima vertebra yang menyatu. Vertebra sakrum pertama menonjol ke depan dan disebut dengan promontorium sakrum (Fraser & Cooper 2012).

c. Koksiks

Koksiks terdiri atas 4 vertebra yang menyatu, yang membentuk tulang triangular kecil (Fraser & Cooper 2012).

2. Sendi panggul

Terdapat 4 sendi panggul:

- a. Simfisis pubis terbentuk dari pertemuan dua tulang pubis, yang dipersatukan oleh bantalan kartilago

- b. Dua sendi sakroiliaka menyatukan sakrum dengan ilium dan dengan demikian menghubungkan spina ke pelvis
- c. Sendi sakrokoksigeal terbentuk ketika dasar koksiks berartikulasi dengan ujung sakrum.

Pada keadaan tidak hamil, terdapat sedikit sekali gerakan pada sendi-sendi ini, tetapi selama hamil aktivitas endokrin menyebabkan ligamen-ligamen melunak, yang memungkinkan sendi-sendi bergerak.

3. **Ligamen Panggul**

Masing-masing sendi panggul diikat oleh ligamen:

- a. Diskus interpubikus pada simfisis pubis
- b. Ligamentum sakroiliakum
- c. Ligamentum sakrokoksigeum

Dua ligamen lain tergolong penting dalam kebidanan:

- a. Ligamentum sakrotuberale
- b. Ligamentum sakrospinale

Ligamentum sakrotuberale membentang dari sakrum hingga tuber iskiadikum, sedangkan ligamentum sakrospinale membentang dari sakrum hingga spina iskiadika. Dua ligamen ini melintasi insisura iskiadika dan membentuk dinding posterior pintu bawah panggul.

4. **Pelvis Mayor**

Pelvis mayor adalah kanal tulang tempat lalunya janin selama persalinan. Bagian ini terdiri atas pintu atas panggul, rongga panggul dan pintu bawah panggul (Varney 2010; Fraser & Cooper 2012)

2.3.2 *Passanger* (Hasil Konsepsi)

Passenger merupakan faktor yang sangat mempengaruhi proses persalinan, yang terdiri dari tiga komponen utama: janin, air ketuban, dan plasenta. Faktor janin meliputi sikap, letak, dan bagian terendah dari janin. Sikap janin menggambarkan posisi relatif bagian-bagian tubuh janin terhadap sumbu tubuhnya, seperti fleksi kepala, kaki, dan lengan. Hal ini mengindikasikan apakah janin berada dalam posisi longitudinal (preskep dan presbo), posisi lintang, atau posisi oblik. Bagian terendah merujuk pada bagian dari

janin yang berada paling bawah dalam rahim ibu (Varney et al. 2017).

1. Janin

Janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa factor.

a. Anatomi Kepala Janin

Tengkorak janin terdiri dari wajah dan tengkorak. Tengkorak terdiri dari dua tulang parietal, dua tulang frontal dan tulang oksipital, disatukan oleh membran yang memungkinkan pergerakan. Hingga masa kanak-kanak, tulang-tulang ini belum menyatu sehingga dapat saling tumpang tindih sehingga kepala dapat melewati panggul selama persalinan; tumpang tindih tulang ini dikenal sebagai molase (penyusupan).

Tulang-tulang kepala janin dapat dibagi menjadi beberapa bagian utama:

- 1) Bagian tengkorak: Meliputi tulang dahi (Os Frontal), tulang ubun-ubun (Os Parietal), tulang belakang kepala (Os Occipital), dan tulang pelipis (Os Temporal).
- 2) Bagian muka: Terdiri dari tulang hidung (Os Nasalis), tulang rahang bawah (Os Maxilaris), tulang rahang bawah (Os Mandibularis), dan tulang pipi (Os Zygomatic).
- 3) Sutura (sela antara dua tulang): Sutura frontal, antara dua tulang frontal; sutura sagitalis, antara dua tulang parietal di sisi kiri dan kanan; sutura koronalis, antara tulang parietal dan frontal; serta sutura lambdoidea, antara tulang parietal dan tulang belakang kepala (os occipital).

Fontanel atau ubun-ubun merupakan titik pertemuan beberapa sutura pada tengkorak bayi:

- 1) Fontanel mayor atau fontanel anterior, yang juga disebut ubun-ubun besar, merupakan titik pertemuan antara sutura sagitalis, sutura frontalis, dan sutura koronalis. Bentuknya berupa segiempat panjang.

Fontanel ini biasanya menutup pada usia bayi sekitar 18 bulan.

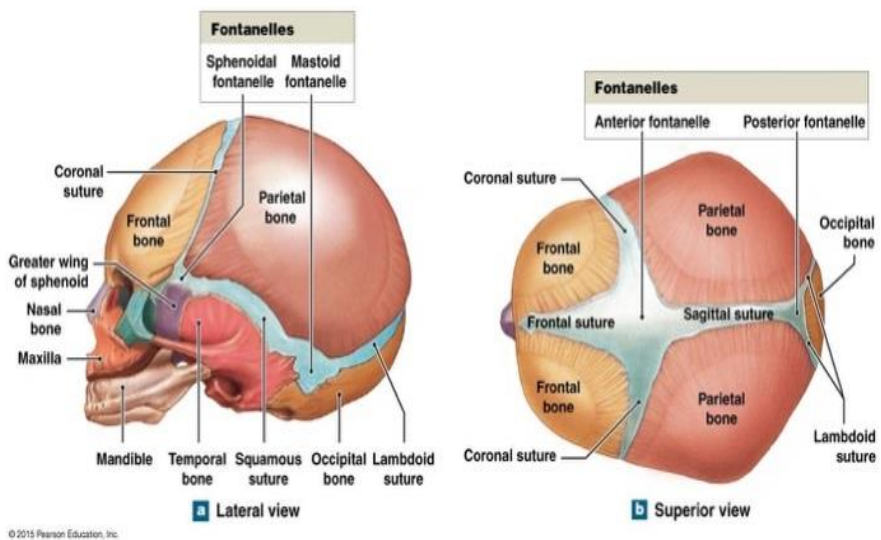
- 2) Fontanel minor atau fontanel posterior, yang juga dikenal sebagai ubun-ubun kecil, memiliki bentuk segitiga dengan puncak yang mengarah ke muka janin dan dasar yang mengarah ke punggung janin. Titik ini merupakan pertemuan antara sutura sagitalis dan sutura lambdoidea. Fontanel ini umumnya menutup pada usia bayi sekitar 6-8 minggu.

Ukuran-ukuran kepala janin

Ukuran dan posisi tengkorak janin menentukan kemudahan janin melewati jalan lahir. Diameter yang muncul saat persalinan bergantung pada derajat fleksi kepala. Jadi diameter terkecil untuk persalinan adalah diameter suboksipitobregmatik yang mewakili presentasi puncak yang tertekuk, dan diameter submentobregmatik, yang mewakili presentasi wajah. Diameter terluas adalah mentovertical, presentasi alis, yang biasanya menghalangi persalinan pervaginam.

- a) Diameter suboccipitobregmatika, yaitu diameter antara bagian belakang kepala (oksiput) dan bagian depan (bregma), memiliki ukuran sekitar 9,5 cm. Jarak antara tulang oksiput dan frontal adalah sekitar 12 cm. Diameter vertikomento/supraoksipitomental/mentooccipitalis, yaitu diameter terbesar yang terjadi pada presentasi dahi, memiliki ukuran sekitar 13,5 cm. Sedangkan diameter submentobregmatika, yang merupakan diameter anteroposterior pada presentasi muka, memiliki ukuran sekitar 9,5 cm.
- b) Diameter melintang pada tengkorak janin adalah sebagai berikut: Diameter biparietalis, yaitu diameter antara dua titik terjauh pada bagian tengah kepala, memiliki ukuran sekitar 9,5 cm. Diameter bitemporalis, yaitu diameter antara dua sisi kepala di bagian pelipis, memiliki ukuran sekitar 8 cm.
- c) Ukuran circumferensia (keliling) kepala janin adalah sebagai berikut: Circumferensia frontooccipitalis,

yaitu keliling antara bagian depan (frontal) dan bagian belakang (oksipital) kepala, memiliki ukuran sekitar 34 cm. Circumferensia mentooccipitalis, yaitu keliling antara bagian dagu (mentum) dan bagian belakang (oksipital) kepala, memiliki ukuran sekitar 35 cm. Circumferensia suboccipitobregmatika, yaitu keliling antara bagian belakang (oksiput) dan bagian depan (bregma) kepala, memiliki ukuran sekitar 32 cm.



Gambar 2.2. Tengkorak Janin

(Sumber: <https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/fontanel>)

b. Presentasi Janin

Presentasi janin merujuk pada bagian tubuh janin yang pertama kali masuk ke pintu atas panggul ibu dan melalui jalan lahir selama persalinan. Bagian presentasi merupakan bagian tubuh janin yang pertama kali diraba oleh jari pemeriksa saat melakukan pemeriksaan dalam. Presentasi janin bisa berupa presentasi kepala(sefalik), bokong, bahu, muka, dan lain sebagainya (Varney et al. 2017).

c. Letak Janin

Letak janin mengacu pada posisi relatif sumbu panjang (punggung) janin terhadap sumbu panjang (punggung) ibu. Letak janin bervariasi yaitu letak memanjang, melintang, dan miring/oblig. Letak janin memanjang sendiri dapat terbagi menjadi presentasi kepala dan presentasi bokong, yang ditentukan oleh bagian tubuh janin yang pertama kali masuk ke pintu atas panggul ibu saat persalinan berlangsung. (Kriebs,dkk, 2010)



Gambar 2.3. Letak Janin: memanjang (kepala),
memanjang (bokong), Miring, Melintang
(Sumber: <https://www.alodokter.com/malpresentasi-janin>)

d. Sikap Janin

Sikap janin merujuk pada hubungan antara bagian-bagian tubuh janin yang satu dengan yang lain, yang sebagian besar dipengaruhi oleh pola pertumbuhan janin dan adaptasinya terhadap rongga rahim. Sikap janin secara umum yaitu fleksi, di mana punggung janin terlipat, kepala cenderung ke arah sendi lutut, tangan bersilang di depan dada, dan tali pusat terletak di antara lengan dan kaki (Oktarina 2016; Varney et al. 2017; Diana et al. 2019).



Gambar 2.4. Sikap Janin
(Sumber: Kriebs, dkk, 2010)

e. Posisi Janin

Posisi janin mengacu pada hubungan antara bagian presentasi (seperti occiput, sacrum, mentum, dan puncak kepala) dengan empat kuadran panggul ibu, menentukan arah bagian bawah janin, apakah itu di sebelah kanan, kiri, depan, atau belakang. Sebagai contoh, pada letak belakang kepala (LBK), ubun-ubun kecil (UUK) bisa berada di kiri depan atau kanan belakang. Engangement menunjukkan bahwa diameter terbesar dari bagian presentasi telah masuk ke panggul sejati. Pada presentasi kepala yang terfleksi dengan benar, diameter biparietal adalah diameter terbesar (Heny Rosiana Ruspita 2021).

2. Plasenta (Uri)

Plasenta merupakan organ yang terbentuk di dalam rahim selama kehamilan yang menyertai kelahiran janin, berbentuk bulat atau oval dengan diameter sekitar 15-20 cm, tebal 2-3 cm, dan berat sekitar 500-600 gram. Normalnya, plasenta terletak di bagian depan atau belakang korpus uteri, agak mendekati fundus uteri. Komponen struktural plasenta terdiri dari permukaan maternal, permukaan fetal, selaput ketuban, dan tali pusat. Anatomi plasenta dapat bervariasi, antara lain plasenta sirkumvalata/insersi lateralis, insersi battledore tali pusat/insersi marginalis, insersi velamentosa, plasenta

suksenturiata, plasenta bipartite, dan plasenta tripartite (Enkin et al. 2013; Varney et al. 2017).

Peran plasenta sangat vital dalam kehamilan, termasuk dalam transportasi zat dari ibu ke janin, oksigen dan nutrisi-nutrisi, produksi hormon yang mendukung kehamilan, dan sebagai barrier. Oleh karena itu, gangguan pada plasenta dapat menyebabkan masalah pada janin atau mengganggu proses persalinan.

3. Air ketuban

Ketuban memiliki berbagai fungsi penting selama kehamilan, seperti melindungi pertumbuhan janin, bertindak sebagai bantalan untuk melindungi janin dari trauma eksternal, menstabilkan suhu tubuh, memfasilitasi pertukaran cairan, memberikan ruang bagi gerakan bebas janin, serta mengatur tekanan dalam rahim. Selain itu, ketuban juga berperan dalam melindungi janin dari infeksi dan membantu proses persalinan dengan mendorong pembukaan serviks, meratakan tekanan intra-uterin, dan membersihkan jalan lahir saat ketuban pecah.

Volume ketuban dalam rahim meningkat seiring pertumbuhan kehamilan, mencapai sekitar 239 ml pada usia kehamilan 25-26 minggu, kemudian meningkat menjadi sekitar 984 ml pada usia kehamilan 33-34 minggu, dan kemudian menurun menjadi sekitar 836 ml saat janin siap untuk dilahirkan. Pada tahap kehamilan penuh, volume ketuban biasanya berkisar antara 1000-1500 cc.

Ciri-ciri ketuban meliputi warna putih keruh, bau yang khas, serta rasa yang sedikit manis dan reaksinya cenderung alkalis dan netral, dengan berat jenis sekitar 1,008. Komposisi ketuban terutama terdiri dari air (98%) bersama dengan asam urat, kreatinin, sel-sel epitel, albumin, urea, rambut lanugo, verniks caseosa, dan garam organik. Kadar protein dalam ketuban biasanya sekitar 2,6% gram per liter, terutama albumin. Selama persalinan, ketuban berperan penting dalam melindungi plasenta dan tali pusat dari tekanan kontraksi uterus selama selaput ketuban tetap

utuh. Cairan ketuban juga membantu dalam proses penipisan dan dilatasi serviks (Fraser & Cooper 2012; Varney et al. 2017).

2.3.3 Power (Kekuatan/Tenaga Ibu)

Power merupakan kekuatan yang diperlukan untuk mendorong keluar janin selama proses persalinan. Kekuatan ini melibatkan beberapa mekanisme, termasuk his (kontraksi uterus), kontraksi otot perut, dan kontraksi diafragma. Dua kekuatan utama yang bekerja dalam persalinan adalah his dan tenaga mengejan ibu (Varney et al. 2017; Diana et al. 2019; Fatimah et al. 2020).

HIS merupakan kontraksi uterus yang terjadi karena kerja optimal dari otot polos. Selama kontraksi ini, otot rahim menyusut dan menebal secara efisien. Akibatnya, ruang dalam rahim menjadi lebih kecil, mendorong janin dan kantung amnion ke arah bawah rahim dan serviks.

Sementara itu, tenaga mengejan ibu merujuk pada kekuatan selain his yang membantu proses pengeluaran.

Komponen miometrium rahim berperan sebagai kekuatan untuk melahirkan janin. Terdiri dari tiga lapisan:

1. Lapisan memanjang luar yang tipis.
2. Lapisan melingkar bagian dalam yang tipis.
3. Lapisan spiral tengah yang tebal.

Sejak awal kehamilan, rahim berkontraksi tanpa rasa sakit dan terputus-putus (kontraksi Braxton Hicks). Kontraksi ini meningkat setelah minggu ke-36 hingga permulaan persalinan. Pada persalinan, kontraksi dimulai dari pertemuan tuba falopi dan rahim pada masing-masing sisi, menyebar ke bawah dan melintasi rahim dengan intensitas terbesar di segmen atas rahim.

Selama persalinan, kontraksi dipantau untuk Intensitas, Frekuensi dan Durasi. Kontraksi Rahim dalam keadaan istirahat sekitar 6–12 mmHg; agar efektif dalam persalinan, intensitas ini meningkat hingga 40–60mmHg. Biasanya ada tiga atau empat kontraksi terkoordinasi setiap 10 menit, masing-masing berlangsung sekitar 60 detik, untuk kemajuan persalinan.

Pada persalinan tahap kedua, tenaga tambahan datang dari kontraksi volunter diafragma dan otot perut saat ibu mengejan untuk membantu persalinan.

2.3.4 *Position* (Posisi Ibu)

Posisi yang nyaman selama persalinan memainkan peran penting bagi kenyamanan dan kelancaran proses persalinan. Selain membantu mengurangi ketegangan dan rasa nyeri, posisi yang tepat juga dapat memfasilitasi penurunan kepala janin, sehingga proses persalinan dapat berlangsung lebih cepat, selama tidak ada kontraindikasi dari kondisi pasien. (Sulytiawati, 2012)

Faktor posisi memegang peranan yang signifikan dalam mengatasi faktor-faktor yang dapat memperlambat proses persalinan. Posisi ibu dapat memengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi selama persalinan. Posisi tegak, seperti berdiri, berjalan, duduk, atau jongkok, menawarkan berbagai keuntungan. Mengubah posisi dapat mengurangi rasa lelah, meningkatkan kenyamanan, dan meningkatkan sirkulasi darah.

Saat persalinan, gaya gravitasi membantu penurunan bagian terendah janin yang bisa dilakukan dengan memposisikan ibu secara tegak. Selain itu, kontraksi uterus cenderung lebih kuat dan lebih efisien dalam membantu penipisan dan dilatasi serviks, yang pada gilirannya dapat mempercepat proses persalinan. Posisi tegak juga dapat mengurangi kemungkinan terjadinya penekanan pada tali pusat.

2.3.5 *Psychology* (Kondisi Psikologis Ibu)

Psikologi memainkan peran penting dalam pengalaman persalinan, di mana tingkat kecemasan seorang perempuan bisa meningkat jika dia tidak memahami proses yang terjadi pada dirinya. Biasanya, ibu yang sedang melahirkan akan menyatakan kekhawatiran mereka jika diminta. Perilaku dan penampilan perempuan serta pasangannya dapat menjadi petunjuk penting tentang jenis dukungan yang diperlukan.

Membantu perempuan untuk berpartisipasi sebanyak yang diinginkan dalam proses persalinan adalah kunci untuk memenuhi harapan mereka terhadap hasil akhir persalinan. Dukungan

psikologis dari orang-orang terdekat juga dapat membantu mengurangi stres dan melancarkan proses persalinan.

Meskipun banyak ibu mengalami kecemasan dan tekanan emosional selama persalinan, penting bagi para penyedia layanan kesehatan untuk memperhatikan kondisi psikologis ibu yang melahirkan. Meskipun belum ada bukti yang menunjukkan hubungan langsung antara kecemasan ibu, lingkungan, hormon stres, dan komplikasi persalinan, pemahaman dan perhatian terhadap aspek psikologis dapat membantu meningkatkan pengalaman persalinan dan kelahiran (Armini 2016).

2.3.6 Psycian (Penolong Persalinan)

Para penolong persalinan perlu mempersiapkan diri dan menerapkan pendekatan asuhan sayang ibu, yang menghargai kebudayaan, kepercayaan, dan keinginan ibu yang melahirkan. Salah satu prinsip dasar dari asuhan sayang ibu adalah melibatkan suami dan keluarga dalam proses persalinan dan kelahiran bayi. Penelitian telah menunjukkan bahwa perhatian dan dukungan yang diberikan kepada ibu selama persalinan dan kelahiran, serta pemahaman yang baik tentang proses persalinan dan asuhan yang akan diberikan, dapat meningkatkan rasa aman dan hasil yang lebih baik dan pendekatan tersebut dapat mengurangi kemungkinan persalinan dengan menggunakan alat bantu seperti vakum, cunam, dan seksio sesar, serta mempercepat proses persalinan (Varney 2010; Suparyanto dan Rosad (2015 2020).

Prinsip umum dari asuhan sayang ibu yang harus diikuti oleh bidan meliputi:

1. Memberikan perawatan kepada ibu dengan sikap hormat yang sepenuhnya.
2. Memberikan perhatian penuh dengan mendengarkan apa yang diungkapkan ibu, menghargai pengetahuan dan pemahaman ibu tentang tubuhnya, serta menganggap penting mendengarkan sebelum memberikan nasihat.
3. Menghormati hak-hak ibu dan memberikan asuhan yang berkualitas dan sopan.
4. Menyediakan asuhan dengan menjaga privasi ibu.

5. Selalu menjelaskan tindakan yang akan dilakukan sebelum melaksanakannya dan meminta izin terlebih dahulu.
6. Membahas temuan kepada ibu dan siapa pun yang ingin ibu bagikan informasi tersebut.
7. Berdiskusi dengan ibu tentang rencana, intervensi, dan pilihan yang tersedia.
8. Memberikan kebebasan kepada ibu untuk memilih siapa yang akan menemani selama persalinan, kelahiran, dan masa pasca persalinan.
9. Mengizinkan ibu menggunakan posisi persalinan dan kelahiran yang diinginkan.
10. Menghindari tindakan medis yang tidak diperlukan, seperti episiotomi, pencukuran, dan enema.
11. Membantu memfasilitasi hubungan awal antara ibu dan bayi baru lahir, termasuk *bonding* dan *attachment*.

DAFTAR PUSTAKA

- Armini, N.K.A., 2016, 'Buku Ajar Keperawatan Maternitas 2', *Midwifery*, 2(1).
- Diana, S., Mail, E. & Rufaida, Z., 2019, *Buku Ajar Asuhan Kebidanan & Persalinan Bayi Baru Lahir*.
- Enkin, M., Keirse, M., Neilson, J., Crowther, C., Duley, L., Hodnett, E. & Hofmeyr, J., 2013, *Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth*.
- Fatimah, Deila, R.A., Nurdianah & Damayanti, T., 2020, 'Asuhan Kebidanan pada Ibu Hamil, bersalin, nifas, bbl dan kb', *Cv. Eureka Media Aksara*, 5(3).
- Fraser, D.M. & Cooper, M.A., 2012, 'Buku Saku Praktik Klinik Kebidanan', *Jakarta: EGC*.
- Heny Rosiana Ruspita, D., 2021, *Asuhan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*.
- McKenzie-Mcharg, K. & Rowe, R., 2014, 'Antenatal care', *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine, Second Edition*, pp. 554–556.
- National Institute of Health and Care Excellence, 2008, 'Antenatal care. NICE clinical guideline 62', *National Institute for Health and Care Excellence*, (March 2008), 227.
- Oktarina, M., 2016, *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir - Google Books, CV Budi Utama*.
- Suparyanto dan Rosad (2015, 2020, 'Asuhan Kebidanan Antenatal Care', *Suparyanto dan Rosad (2015, 5(3)*.
- Varney, H., 2006, 'Buku Ajar Asuhan Kebidanan Edisi I', *Jakarta. EGC*.
- Varney, H., 2010, *Buku Saku Asuhan Kebidanan Varney Edisi 2*.
- Varney, H., Kriebs, J.M. & Gegor, C.L., 2017, *Buku Saku Asuhan Kebidanan Varney*.

BAB 3

KEBUTUHAN DASAR IBU BERSALIN

Oleh Agnes Ratna Saputri

3.1 Pendahuluan

Dalam pemahaman sehari-hari persalinan sering diartikan kejadian pengeluaran bayi yang sudah cukup bulan, dilanjutkan dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, berlangsung dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan ibu sendiri).

Ada beberapa pengertian persalinan, yaitu sebagai berikut :

1. Persalinan adalah suatu proses fisiologis yang memungkinkan serangkaian perubahan yang besar pada ibu untuk dapat melahirkan janinnya melalui jalan lahir (Moore, 2001).
2. Persalinan adalah suatu proses dimana seorang wanita melahirkan bayi yang diawali dengan kontraksi uterus yang teratur dan memuncak pada saat pengeluaran bayi sampai dengan pengeluaran plasenta dan selaputnya dimana proses persalinan ini akan berlangsung selama 12 sampai 14 jam (Mayles, 1996).
3. Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus ke dunia luar (Prawirohardjo, 2002).
4. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37–42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Prawirohardjo, 2002).

Saat persalinan merupakan saat yang unik bagi perempuan. Adanya ketakutan dan suasana yang tidak bersahabat akan meningkatkan ketegangan dan rasa nyeri. Ketakutan ini dapat dikurangi dengan memberi edukasi tentang

persalinan, teknik relaksasi, pengetahuan tentang berbagai prosedur obstetrik, fasilitas rumah sakit dan kamar bersalin yang familiar, serta disiapkan untuk membantu menjalankan persalinan dengan baik, nyaman dan berhasil guna.

Kebutuhan dasar selama persalinan merupakan hal yang penting untuk diperhatikan oleh bidan sebagai pemberi layanan. Asuhan yang sifatnya mendukung selama persalinan merupakan suatu standar pelayanan kebidanan. Bidan sebagai pemberi asuhan pada ibu bersalin harus menguasai berbagai kebutuhan dasar ibu bersalin, karena persalinan yang aman dan nyaman hanya akan tercipta jika seluruh kebutuhan dasar ibu bersalin terpenuhi. Kebutuhan dasar pada ibu bersalin yang harus dipenuhi antara lain, nutrisi, eliminasi, istirahat dan tidur, personal hygiene, mobilisasi dan pengaturan posisi (Varney, 2004).

Peran bidan yang ada sangat berpengaruh dalam meningkatkan rasa percaya diri ibu yang akan melahirkan. Pengetahuan bidan tentang perubahan fisiologis dan psikologis kehamilan normal sangat penting sehingga bidan bisa mengidentifikasi perubahan yang terjadi akibat kehamilan dan mendeteksi abnormalitas, sehingga seorang bidan dalam memberikan asuhan kebidanan yang sesuai.

Proses persalinan pada dasarnya merupakan suatu hal fisiologis yang dialami oleh setiap ibu bersalin, sekaligus merupakan suatu hal yang menakjubkan bagi ibu dan keluarga. Namun, rasa khawatir, takut maupun cemas akan muncul pada saat memasuki proses persalinan. Perasaan takut dapat meningkatkan respon fisiologis dan psikologis, seperti: nyeri, otot-otot menjadi tegang dan ibu menjadi cepat lelah, yang pada akhirnya akan menghambat proses persalinan.

Bidan sebagai pemberi asuhan dan pendamping persalinan diharapkan dapat memberikan pertolongan, bimbingan dan dukungan selama proses persalinan berlangsung. Asuhan yang mendukung selama persalinan merupakan standar pelayanan kebidanan. Yang dimaksud dengan asuhan mendukung adalah bersifat aktif dan ikut serta selama proses asuhan berlangsung.

Kebutuhan dasar ibu selama persalinan menurut Lesser dan Kenne meliputi:

1. Asuhan fisik dan psikologis
2. Kehadiran seorang pendamping secara terus-menerus
3. Pengurangan rasa sakit
4. Penerimaan atas sikap dan perilakunya
5. Informasi dan kepastian tentang hasil persalinan aman

Berdasarkan lima kebutuhan dasar ibu bersalin menurut Lesser dan Kenne, maka kebutuhan dasar ibu bersalin dapat dibedakan menjadi dua topik materi, yaitu kebutuhan dasar fisiologis dan kebutuhan dasar psikologis.

Materi tersebut perlu dikuasai bidan sebagai pemberi asuhan dan pendamping persalinan, sehingga dapat mendukung proses persalinan yang aman dan fisiologis, untuk mengurangi angka morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi.

1. Kebutuhan fisiologis, meliputi: kebutuhan oksigen, cairan dan nutrisi, kebutuhan eliminasi, posisi dan ambulasi, pengurangan rasa nyeri, hygiene, istirahat, penjahitan perineum (bila perlu), dan pertolongan persalinan terstandar.
2. Kebutuhan psikologis, meliputi: sugesti, mengalihkan perhatian dan kepercayaan.

Adapun kegunaan bagi mahasiswa dengan mempelajari Bab ini diharapkan bidan sebagai pemberi asuhan dan pendamping persalinan diharapkan dapat memberikan pertolongan, bimbingan dan dukungan selama proses persalinan berlangsung, dengan memperhatikan semua kebutuhan yang diperlukan seorang ibu yang akan bersalin.

Bab ini terdiri dari 2 topik materi, yaitu :

1. Topik 1: Kebutuhan Fisiologis Ibu Bersalin
2. Topik 2: Kebutuhan Psikologis Ibu Bersalin

Pemahaman tentang materi tentang kebutuhan dasar ibu bersalin ini, dapat tercapai dengan baik apabila mahasiswa mengikuti langkah-langkah belajar sebagai berikut:

1. Memahami terlebih dahulu tentang konsep dasar persalinan dan asuhan persalinan.
2. Telah menguasai materi tentang perubahan fisiologis dan psikologis selamapersalinan.
3. Dapat menjelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan.
4. Penguasaan kompetensi tergantung pada keaktifan peserta didik dalam belajar dan mengerjakan latihan-latihan. Untuk itu, rajinlah berlatih baik secara mandiri maupun berkelompok.

3.2 Kebutuhan Fisiologis Ibu Bersalin

Kebutuhan fisiologis ibu bersalin merupakan suatu kebutuhan dasar pada ibu bersalin yang harus dipenuhi agar proses persalinan dapat berjalan dengan lancar. Kebutuhan dasar ibu bersalin yang harus diperhatikan bidan untuk dipenuhi yaitu kebutuhan oksigen, cairan dan nutrisi, eliminasi, hygiene (kebersihan personal), istirahat, posisi dan ambulasi, pengurangan rasa nyeri, penjahitan perineum (jika diperlukan), serta kebutuhan akan pertolongan persalinan yang terstandar.

Persalinan adalah saat yang menegangkan dan dapat menggugah emosi ibu dan keluarganya atau bahkan dapat menjadi saat yang menyakitkan dan menakutkan bagi ibu. Upaya untuk mengatasi gangguan emosional dan pengalaman yang menegangkan tersebut sebaiknya dilakukan melalui asuhan sayang ibu selama persalinan dan proses kelahiran bayi. Berikut kebutuhan Asuhan sayang ibu yang dapat dilakukan :

1. Memberikan asuhan sayang ibu

Persalinan adalah saat yang menegangkan dan dapat menggugah emosi ibu dan keluarganya atau bahkan dapat menjadi saat yang menyakitkan dan menakutkan bagi ibu. Upaya untuk mengatasi gangguan emosional dan pengalaman yang menegangkan tersebut sebaiknya dilakukan melalui asuhan sayang ibu selama persalinan dan proses kelahiran bayi. Menyapa ibu dengan ramah dan sopan, bersikap dan bertindak dengan tenang dan berikan dukungan penuh selama persalinan dan kelahiran bayi, menjawab setiap pertanyaan yg diajukan oleh ibu atau

- anggota keluarganya, anjurkan suami dan anggota keluarga ibu untuk hadir dan memberikan dukungannya, (Sulfianti dkk, 2020).
2. Faktor-faktor yang mempengaruhi rasa nyeri dalam persalinan Rasa takut atau kecemasan akan meninggikan respon individual pada rasa sakit. Kepribadian ibu berperan penting terhadap rasa sakit, ibu yang secara alamiah tegas dan cemas akan lebih lemah dalam menghadapi stress dibanding wanita yang rileks dan percaya diri. Kelelahan, ibu yang sudah lelah selama beberapa jam persalinan mungkin sebelumnya sudah terganggu tidurnya oleh ketidaknyamanan dari akhir masa kehamilannya akan kurang mampu mentolerie rasa sakit.

Kebutuhan Dasar ibu bersalin adalah sebagai berikut :

3.2.1 Kebutuhan Oksigen

Pemenuhan kebutuhan oksigen selama proses persalinan perlu diperhatikan oleh bidan, terutama pada kala I dan kala II, dimana oksigen yang ibu hirup sangat penting artinya untuk oksigenasi janin melalui plasenta. Suplai oksigen yang tidak adekuat, dapat menghambat kemajuan persalinan dan dapat mengganggu kesejahteraan janin. Oksigen yang adekuat dapat diupayakan dengan pengaturan sirkulasi udara yang baik selama persalinan. Ventilasi udara perlu diperhatikan, apabila ruangan tertutup karena menggunakan AC, maka pastikan bahwa dalam ruangan tersebut tidak terdapat banyak orang. Hindari menggunakan pakaian yang ketat, sebaiknya penopang payudara/BH dapat dilepas/dikurangi kekencangannya. Indikasi pemenuhan kebutuhan oksigen adekuat adalah Denyut Jantung Janin (DJJ) baik dan stabil.

3.2.2 Kebutuhan Cairan Dan Nutrisi

Kebutuhan cairan dan nutrisi (makan dan minum) merupakan kebutuhan yang harus dipenuhi dengan baik oleh ibu selama proses persalinan. Pastikan bahwa pada setiap tahapan persalinan (kala I, II, III, maupun IV), ibu mendapatkan asupan makan dan minum yang cukup. Asupan makanan yang cukup (makanan utama maupun makanan ringan), merupakan sumber

dari glukosa darah, yang merupakan sumber utama energi untuk sel-sel tubuh. Kadar gula darah yang rendah akan mengakibatkan hipoglikemia. Sedangkan asupan cairan yang kurang, akan mengakibatkan dehidrasi pada ibu bersalin.

Pada ibu bersalin, hipoglikemia dapat mengakibatkan komplikasi persalinan baik ibu maupun janin. Pada ibu, akan mempengaruhi kontraksi/his, sehingga akan menghambat kemajuan persalinan dan meningkatkan insiden persalinan dengan tindakan, serta dapat meningkatkan risiko perdarahan postpartum. Pada janin, akan mempengaruhi kesejahteraan janin, sehingga dapat mengakibatkan komplikasi persalinan seperti asfiksia.

Dehidrasi pada ibu bersalin dapat mengakibatkan melambatnya kontraksi/his, dan mengakibatkan kontraksi menjadi tidak teratur. Ibu yang mengalami dehidrasi dapat diamati dari bibir yang kering, peningkatan suhu tubuh, dan eliminasi yang sedikit.

Dalam memberikan asuhan, bidan dapat dibantu oleh anggota keluarga yang mendampingi ibu. Selama kala I, anjurkan ibu untuk cukup makan dan minum, untuk mendukung kemajuan persalinan. Pada kala II, ibu bersalin mudah sekali mengalami dehidrasi, karena terjadi peningkatan suhu tubuh dan terjadinya kelelahan karena proses mengejan. Untuk itu disela-sela kontraksi, pastikan ibu mencukupi kebutuhannya (minum). Pada kala III dan IV, setelah ibu berjuang melahirkan bayi, maka bidan juga harus memastikan bahwa ibu mencukupi kebutuhan nutrisi dan cairannya, untuk mencegah hilangnya energi setelah mengeluarkan banyak tenaga selama kelahiran bayi (pada kala II).

3.2.3 Kebutuhan Eliminasi

Pemenuhan kebutuhan eliminasi selama persalinan perlu difasilitasi oleh bidan, untuk membantu kemajuan persalinan dan meningkatkan kenyamanan pasien. Anjurkan ibu untuk berkemih secara spontan sesering mungkin atau minimal setiap 2 jam sekali selama persalinan.

Kandung kemih yang penuh, dapat mengakibatkan:

1. Menghambat proses penurunan bagian terendah janin ke dalam rongga panggul, terutama apabila berada di atas spina isciadika
2. Menurunkan efisiensi kontraksi uterus/his

3. Meningkatkan rasa tidak nyaman yang tidak dikenali ibu karena bersama dengan munculnya kontraksi uterus
4. Meneteskan urin selama kontraksi yang kuat pada kala II
5. Memperlambat kelahiran plasenta
6. Mencetuskan perdarahan pasca persalinan, karena kandung kemih yang penuh menghambat kontraksi uterus.

Apabila masih memungkinkan, anjurkan ibu untuk berkemih di kamar mandi, namun apabila sudah tidak memungkinkan, bidan dapat membantu ibu untuk berkemih dengan wadah penampung urin. Bidan tidak dianjurkan untuk melakukan kateterisasi kandung kemih secara rutin sebelum ataupun setelah kelahiran bayi dan placenta. Kateterisasi kandung kemih hanya dilakukan apabila terjadi retensi urin, dan ibu tidak mampu untuk berkemih secara mandiri. Kateterisasi akan meningkatkan resiko infeksi dan trauma atau perlukaan pada saluran kemih ibu.

Sebelum memasuki proses persalinan, sebaiknya pastikan bahwa ibu sudah BAB. Rektum yang penuh dapat mengganggu dalam proses kelahiran janin. Namun apabila pada kala I fase aktif ibu mengatakan ingin BAB, bidan harus memastikan kemungkinan adanya tanda dan gejala kala II. Apabila diperlukan sesuai indikasi, dapat dilakukan lavement pada saat ibu masih berada pada kala I fase latent.

3.2.4 Kebutuhan Hygiene (Kebersihan Personal)

Kebutuhan hygiene (kebersihan) ibu bersalin perlu diperhatikan bidan dalam memberikan asuhan pada ibu bersalin, karena personal hygiene yang baik dapat membuat ibu merasa aman dan relax, mengurangi kelelahan, mencegah infeksi, mencegah gangguan sirkulasi darah, mempertahankan integritas pada jaringan dan memelihara kesejahteraan fisik dan psikis.

Tindakan personal hygiene pada ibu bersalin yang dapat dilakukan bidan diantaranya: membersihkan daerah genetalia (vulva-vagina, anus), dan memfasilitasi ibu untuk menjaga kebersihan badan dengan mandi. Mandi pada saat persalinan tidak dilarang. Pada sebagian budaya, mandi sebelum proses kelahiran bayi merupakan suatu hal yang harus dilakukan untuk mensucikan

badan, karena proses kelahiran bayi merupakan suatu proses yang suci dan mengandung makna spiritual yang dalam. Secara ilmiah, selain dapat membersihkan seluruh bagian tubuh, mandi juga dapat meningkatkan sirkulasi darah, sehingga meningkatkan kenyamanan pada ibu, dan dapat mengurangi rasa sakit. Selama proses persalinan apabila memungkinkan ibu dapat diijinkan mandi di kamar mandi dengan pengawasan dari bidan.

Pada kala I fase aktif, dimana terjadi peningkatan *bloodyshow* dan ibu sudah tidak mampu untuk mobilisasi, maka bidan harus membantu ibu untuk menjaga kebersihan genetalia untuk menghindari terjadinya infeksi intrapartum dan untuk meningkatkan kenyamanan ibu bersalin. Membersihkan daerah genetalia dapat dilakukan dengan melakukan vulva hygiene menggunakan kapas bersih yang telah dibasahi dengan air Disinfeksi Tingkat Tinggi (DTT), hindari penggunaan air yang bercampur antiseptik maupun lisol. Bersihkan dari atas (*vestibulum*), ke bawah (arah anus). Tindakan ini dilakukan apabila diperlukan, misalnya setelah ibu BAK, setelah ibu BAB, maupun setelah ketuban pecah spontan.

Pada kala II dan kala III, untuk membantu menjaga kebersihan diri ibu bersalin, maka ibu dapat diberikan alas bersalin (*under pad*) yang dapat menyerap cairan tubuh (lendir darah, darah, air ketuban) dengan baik. Apabila saat mengejan diikuti dengan faeses, maka bidan harus segera membersihkannya, dan meletakkannya di wadah yang seharusnya. Sebaiknya hindari menutupi bagian tinja dengan tisyu atau kapas ataupun melipat *undarpad*. Pada kala IV setelah janin dan placenta dilahirkan, selama 2 jam observasi, maka pastikan keadaan ibu sudah bersih. Ibu dapat dimandikan atau dibersihkan di atas tempat tidur. Pastikan bahwa ibu sudah mengenakan pakaian bersih dan penampung darah (pembalut bersalin, *underpad*) dengan baik. Hindari menggunakan pot kala, karena hal ini mengakibatkan ketidaknyamanan pada ibu bersalin. Untuk memudahkan bidan dalam melakukan observasi, maka celana dalam sebaiknya tidak digunakan terlebih dahulu, pembalut ataupun *underpad* dapat dilipat disela-sela paha.

3.2.5 Kebutuhan Istirahat

Selama proses persalinan berlangsung, kebutuhan istirahat pada ibu bersalin tetap harus dipenuhi. Istirahat selama proses persalinan (kala I, II, III maupun IV) yang dimaksud adalah bidan memberikan kesempatan pada ibu untuk mencoba relaks tanpa adanya tekanan emosional dan fisik. Hal ini dilakukan selama tidak ada his (disela-sela his). Ibu bisa berhenti sejenak untuk melepas rasa sakit akibat his, makan atau minum, atau melakukan hal menyenangkan yang lain untuk melepas lelah, atau apabila memungkinkan ibu dapat tidur. Namun pada kala II, sebaiknya ibu diusahakan untuk tidak mengantuk.

Setelah proses persalinan selesai (pada kala IV), sambil melakukan observasi, bidan dapat mengizinkan ibu untuk tidur apabila sangat kelelahan. Namun sebagai bidan, memotivasi ibu untuk memberikan ASI dini harus tetap dilakukan. Istirahat yang cukup setelah proses persalinan dapat membantu ibu untuk memulihkan fungsi alat-alat reproduksi dan meminimalisasi trauma pada saat persalinan.

3.2.6 Posisi Dan Ambulasi

Posisi persalinan yang akan dibahas adalah posisi persalinan pada kala I dan posisi meneran pada kala II. Ambulasi yang dimaksud adalah mobilisasi ibu yang dilakukan pada kala I.

Persalinan merupakan suatu peristiwa fisiologis tanpa disadari dan terus berlangsung/progresif. Bidan dapat membantu ibu agar tetap tenang dan rileks, maka bidan sebaiknya tidak mengatur posisi persalinan dan posisi meneran ibu. Bidan harus memfasilitasi ibu dalam memilih sendiri posisi persalinan dan posisi meneran, serta menjelaskan alternatif- alternatif posisi persalinan dan posisi meneran bila posisi yang dipilih ibu tidak efektif.

Bidan harus memahami posisi-posisi melahirkan, bertujuan untuk menjaga agar proses kelahiran bayi dapat berjalan senormal mungkin. Dengan memahami posisi persalinan yang tepat, maka diharapkan dapat menghindari intervensi yang tidak perlu, sehingga meningkatkan persalinan normal. Semakin normal proses kelahiran, semakin aman kelahiran bayi itu sendiri.

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam menentukan posisi melahirkan:

1. Klien/ibu bebas memilih, hal ini dapat meningkatkan kepuasan, menimbulkan perasaan sejahtera secara emosional, dan ibu dapat mengendalikan persalinannya secara alamiah.
2. Peran bidan adalah membantu/memfasilitasi ibu agar merasa nyaman.
3. Secara umum, pilihan posisi melahirkan secara alami/naluri bukanlah posisi berbaring. Menurut sejarah, posisi berbaring diciptakan agar penolong lebih nyaman dalam bekerja. Sedangkan posisi tegak, merupakan cara yang umum digunakan dari sejarah penciptaan manusia sampai abad ke-18.

Pada awal persalinan, sambil menunggu pembukaan lengkap, ibu masih diperbolehkan untuk melakukan mobilisasi/aktivitas. Hal ini tentunya disesuaikan dengan kesanggupan ibu. Mobilisasi yang tepat dapat membantu dalam meningkatkan kemajuan persalinan, dapat juga mengurangi rasa jenuh dan kecemasan yang dihadapi ibu menjelang kelahiran janin.

Pada kala I, posisi persalinan dimaksudkan untuk membantu mengurangi rasa sakit akibat his dan membantu dalam meningkatkan kemajuan persalinan (penipisan cerviks, pembukaan cerviks dan penurunan bagian terendah). Ibu dapat mencoba berbagai posisi yang nyaman dan aman. Peran suami/anggota keluarga sangat bermakna, karena perubahan posisi yang aman dan nyaman selama persalinan dan kelahiran tidak bisa dilakukan sendiri oleh bidan. Pada kala I ini, ibu diperbolehkan untuk berjalan, berdiri, posisi berdansa, duduk, berbaring miring ataupun merangkak. Hindari posisi jongkok, ataupun dorsal recumbent maupun lithotomi, hal ini akan merangsang kekuatan meneran. Posisi terlentang selama persalinan (kala I dan II) juga sebaiknya dihindari, sebab saat ibu berbaring telentang maka berat uterus, janin, cairan ketuban, dan placenta akan menekan vena cava inferior. Penekanan ini akan menyebabkan turunnya suplai oksigen utero-placenta. Hal ini akan menyebabkan hipoksia. Posisi telentang juga dapat menghambat kemajuan persalinan.

Macam-macam posisi meneran diantaranya:

1. Duduk atau setengah duduk, posisi ini memudahkan bidan dalam membantu kelahiran kepala janin dan memperhatikan keadaan perineum.
2. Merangkak, posisi merangkak sangat cocok untuk persalinan dengan rasa sakit pada punggung, mempermudah janin dalam melakukan rotasi serta peregangan pada perineum berkurang.
3. Jongkok atau berdiri, posisi jongkok atau berdiri memudahkan penurunan kepala janin, memperluas panggul sebesar 28% lebih besar pada pintu bawah panggul, dan memperkuat dorongan meneran. Namun posisi ini beresiko memperbesar terjadinya laserasi (perlukaan) jalan lahir.
4. Berbaring miring, posisi berbaring miring dapat mengurangi penekanan pada vena cava inferior, sehingga dapat mengurangi kemungkinan terjadinya hipoksia janin karena suplai oksigen tidak terganggu, dapat memberi suasana rileks bagi ibu yang mengalami kecapekan, dan dapat mencegah terjadinya robekan jalan lahir.
5. Hindari posisi telentang (dorsal recumbent), posisi ini dapat mengakibatkan: hipotensi (beresiko terjadinya syok dan berkurangnya suplai oksigen dalam sirkulasi uteroplacenter, sehingga mengakibatkan hipoksia bagi janin), rasa nyeri yang bertambah, kemajuan persalinan bertambah lama, ibu mengalami gangguan untuk bernafas, buang air kecil terganggu, mobilisasi ibu kurang bebas, ibu kurang semangat, dan dapat mengakibatkan kerusakan pada syaraf kaki dan punggung.

Berdasarkan posisi meneran di atas, maka secara umum posisi melahirkan dibagi menjadi 2, yaitu posisi tegak lurus dan posisi berbaring. Secara anatomi, posisi tegak lurus (berdiri, jongkok, duduk) merupakan posisi yang paling sesuai untuk melahirkan, karena sumbu panggul dan posisi janin berada pada arah gravitasi. Adapun keuntungan dari posisi tegak lurus adalah:

1. Kekuatan daya tarik, meningkatkan efektivitas kontraksi dan tekanan pada leher rahim dan mengurangi lamanya proses persalinan.

Pada Kala 1

- a. Kontraksi, dengan berdiri uterus terangkat berdiri pada sumbu aksis pintu masuk panggul dan kepala mendorong cerviks, sehingga intensitas kontraksi meningkat.
- b. Pada posisi tegak tidak ada hambatan dari gerakan uterus.
- c. Sedangkan pada posisi berbaring, otot uterus lebih banyak bekerja dan proses persalinan berlangsung lebih lama.

Pada Kala 2

- a. Posisi tegak lurus mengakibatkan kepala menekan dengan kekuatan yang lebih besar, sehingga keinginan untuk mendorong lebih kuat dan mempersingkat kala 2.
 - b. Posisi tegak lurus dengan berjongkok, mengakibatkan lebih banyak ruang di sekitar otot dasar panggul untuk menarik syaraf penerima dasar panggul yang ditekan, sehingga kadar oksitosin meningkat.
 - c. Posisi tegak lurus pada kala 2 dapat mendorong janin sesuai dengan anatomi dasar panggul, sehingga mengurangi hambatan dalam meneran.
 - d. Sedangkan pada posisi berbaring, leher rahim menekuk ke atas, sehingga meningkatkan hambatan dalam meneran.
2. Meningkatkan dimensi panggul
 - a. Perubahan hormone kehamilan, menjadikan struktur panggul dinamis/fleksibel.
 - b. Pergantian posisi, meningkatkan derajat mobilitas panggul.
 - c. Posisi jongkok, sudut arkus pubis melebar mengakibatkan pintu atas panggul sedikit melebar, sehingga memudahkan rotasi kepala janin.
 - d. Sendi sakroiliaka, meningkatkan fleksibilitas sacrum (bergerak ke belakang).
 - e. Pintu bawah panggul menjadi lentur maksimum.
 - f. Pada posisi tegak, sacrum bergerak ke dapan mengakibatkan tulang ekor tertarik ke belakang.

- g. Sedangkan pada posisi berbaring, tulang ekor tidak bergerak ke belakang tetapi ke depan (tekanan yang berlawanan).
- 3. Gambaran jantung janin abnormal lebih sedikit dengan kecilnya tekanan pada pembuluh vena cava inferior
 - a. Pada posisi berbaring, berat uterus/cairan amnion/janin mengakibatkan adanya tekanan pada vena cava inferior, dan dapat menurunkan tekanan darah ibu. Serta perbaikan aliran darah berkurang setelah adanya kontraksi.
 - b. Pada posisi tegak, aliran darah tidak terganggu, sehingga aliran oksigen ke janin lebih baik.
- 4. Kesejahteraan secara psikologis
 - a. Pada posisi berbaring, ibu/klien menjadi lebih pasif dan menjadi kurang kooperatif, ibu lebih banyak mengeluarkan tenaga pada posisi ini.
 - b. Pada posisi tegak, ibu/klien secara fisik menjadi lebih aktif, meneran lebih alami, menjadi lebih fleksibel untuk segera dilakukan 'bounding' (setelah bayi lahir dapat langsung dilihat, dipegang ibu, dan disusui).
- 5. Ada beberapa keuntungan pada persalinan dengan posisi tegak lurus. Namun ada beberapa kerugian yang mungkin ditimbulkan dari persalinan dengan posisi tegak, diantaranya adalah:
 - a. Meningkatkan kehilangan darah
 - 1) Gaya gravitasi mengakibatkan keluarnya darah sekaligus dari jalan lahir setelah kelahiran janin, dan kontraksi meningkat sehingga placenta segera lahir.
 - 2) Meningkatkan terjadinya odema vulva, dapat dicegah dengan mengganti-ganti posisi.
 - b. Meningkatkan terjadinya perlukaan/laserasi pada jalan lahir
 - 1) Odema vulva, dapat dicegah dengan mengganti posisi (darah mengalir ke bagian tubuh yang lebih rendah).
 - 2) Luka kecil pada labia meningkat, tetapi luka akan cepat sembuh.

- 3) Berat janin mendorong ke arah simfisis, mengakibatkan tekanan pada perineum meningkat, sehingga resiko ruptur perineum meningkat.
- c. Untuk memudahkan proses kelahiran bayi pada kala II, maka ibu dianjurkan untuk meneran dengan benar, yaitu:
 - 1) Mengajarkan ibu untuk meneran sesuai dorongan alamiah selama kontraksi berlangsung.
 - 2) Hindari menahan nafas pada saat meneran. Menahan nafas saat meneran mengakibatkan suplai oksigen berkurang.
 - 3) Mengajarkan ibu untuk berhenti meneran dan istirahat saat tidak ada kontraksi/his
4. Apabila ibu memilih meneran dengan posisi berbaring miring atau setengah duduk, maka menarik lutut ke arah dada dan menempelkan dagu ke dada akan memudahkan proses meneran
5. Mengajarkan ibu untuk tidak menggerakkan anggota badannya (terutama pantat) saat meneran. Hal ini bertujuan agar ibu fokus pada proses ekspulsianin.
6. Bidan sangat tidak dianjurkan untuk melakukan dorongan pada fundus untuk membantu kelahiran janin, karena dorongan pada fundus dapat meningkatkan distosia bahu dan ruptur uteri.

3.2.7 Pengurangan Rasa Nyeri

Nyeri persalinan merupakan pengalaman subjektif tentang sensasi fisik yang terkait dengan kontraksi uterus, dilatasi dan penipisan serviks, serta penurunan janin selama persalinan. Respons fisiologis terhadap nyeri meliputi: peningkatan tekanan darah, denyut nadi, pernafasan, keringat, diameter pupil, dan ketegangan otot. Rasa nyeri ini apabila tidak diatasi dengan tepat, dapat meningkatkan rasa khawatir, tegang, takut dan stres, yang pada akhirnya dapat menyebabkan terjadinya persalinan lama.

Rasa nyeri selama persalinan akan berbeda antara satu dengan lainnya. Banyak faktor yang mempengaruhi persepsi rasa nyeri, diantaranya: jumlah kelahiran sebelumnya (pengalaman persalinan), budaya melahirkan, emosi, dukungan keluarga, persiapan persalinan, posisi saat melahirkan, presentasi janin,

tingkat beta-endorphin, kontraksi rahim yang intens selama persalinan dan ambang nyeri alami. Beberapa ibu melaporkan sensasi nyeri sebagai sesuatu yang menyakitkan. Meskipun tingkat nyeri bervariasi bagi setiap ibu bersalin, diperlukan teknik yang dapat membuat ibu merasa nyaman saat melahirkan.

Tubuh memiliki metode mengontrol rasa nyeri persalinan dalam bentuk beta-endorphin. Sebagai opiat alami, beta-endorphin memiliki sifat mirip petidin, morfin dan heroin serta telah terbukti bekerja pada reseptor yang sama di otak. Seperti oksitosin, beta-endorphin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis dan kadarnya tinggi saat berhubungan seks, kehamilan dan kelahiran serta menyusui. Hormon ini dapat menimbulkan perasaan senang dan euphoria pada saat melahirkan. Berbagai cara menghilangkan nyeri diantaranya: teknik *self-help*, hidroterapi, pemberian entonox (gas dan udara) melalui masker, stimulasi menggunakan TENS (*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*), pemberian analgesik sistemik atau regional.

Menurut Peny Simpkin, beberapa cara untuk mengurangi nyeri persalinan adalah: mengurangi rasa sakit dari sumbernya, memberikan rangsangan alternatif yang kuat, serta mengurangi reaksi mental/emosional yang negatif dan reaksi fisik ibu terhadap rasa sakit. Adapun pendekatan-pendekatan yang dilakukan bidan untuk mengurangi rasa sakit pada persalinan menurut Hellen Varney adalah: pendamping persalinan, pengaturan posisi, relaksasi dan latihan pernafasan, istirahat dan privasi, penjelasan tentang kemajuan persalinan, asuhan diri, dan sentuhan.

Bidan dapat membantu ibu bersalin dalam mengurangi nyeri persalinan dengan teknik *self-help*. Teknik ini merupakan teknik pengurangan nyeri persalinan yang dapat dilakukan sendiri oleh ibu bersalin, melalui pernafasan dan relaksasi maupun stimulasi yang dilakukan oleh bidan. Teknik *self-help* dapat dimulai sebelum ibu memasuki tahapan persalinan, yaitu dimulai dengan mempelajari tentang proses persalinan, dilanjutkan dengan mempelajari cara bersantai dan tetap tenang, dan mempelajari cara menarik nafas dalam.

Stimulasi yang dapat dilakukan oleh bidan dalam mengurangi nyeri persalinan dapat berupa kontak fisik maupun

pijatan. Pijatan dapat berupa pijatan/*massage* di daerah lombo-sacral, pijatan ganda pada pinggul, penekanan pada lutut, dan *counterpressure*. Cara lain yang dapat dilakukan bidan diantaranya adalah: memberikan kompres hangat dan dingin, mempersilahkan ibu untuk mandi atau berada di air (berendam).

Pada saat ibu memasuki tahapan persalinan, bidan dapat membimbing ibu untuk melakukan teknik *self-help*, terutama saat terjadi his/kontraksi. Untuk mendukung teknik ini, dapat juga dilakukan perubahan posisi: berjalan, berlutut, goyang ke depan/belakang dengan bersandar pada suami atau balon besar. Dalam memberikan asuhan kebidanan, bidan dapat dibantu dan didukung oleh suami, anggota keluarga ataupun sahabat ibu. Usaha yang dilakukan bidan agar ibu tetap tenang dan santai selama proses persalinan berlangsung adalah dengan membiarkan ibu untuk mendengarkan musik, membimbing ibu untuk mengeluarkan suara saat merasakan kontraksi, serta visualisasi dan pemusatan perhatian.

Kontak fisik yang dilakukan pemberi asuhan/bidan dan pendamping persalinan memberi pengaruh besar bagi ibu. Kontak fisik berupa sentuhan, belaian maupun pijatan dapat memberikan rasa nyaman, yang pada akhirnya dapat mengurangi rasa nyeri saat persalinan. Bidan mengajak pendamping persalinan untuk terus memegang tangan ibu, terutama saat kontraksi, menggosok punggung dan pinggang, menyeka wajahnya, mengelus rambutnya atau mungkin dengan mendekapnya.

3.2.8 Penjahitan Perineum (Jika Diperlukan)

Proses kelahiran bayi dan placenta dapat menyebabkan berubahnya bentuk jalan lahir, terutama adalah perineum. Pada ibu yang memiliki perineum yang tidak elastis, maka robekan perineum seringkali terjadi. Robekan perineum yang tidak diperbaiki, akan mempengaruhi fungsi dan estetika. Oleh karena itu, penjahitan perineum merupakan salah satu kebutuhan fisiologis ibu bersalin. Dalam melakukan penjahitan perineum, bidan perlu memperhatikan prinsip sterilitas dan asuhan sayang ibu. Berikanlah selalu anastesi sebelum dilakukan penjahitan. Perhatikan juga posisi bidan saat melakukan penjahitan perineum. Posisikan badan ibu

dengan posisi litotomi/dorsal recumbent, tepat berada di depan bidan. Hindari posisi bidan yang berada di sisi ibu saat menjahit, karena hal ini dapat mengganggu kelancaran dan kenyamanan tindakan.

3.2.9 Kebutuhan Akan Proses Persalinan Yang Terstandar

Mendapatkan pelayanan asuhan kebidanan persalinan yang terstandar merupakan hak setiap ibu. Hal ini merupakan salah satu kebutuhan fisiologis ibu bersalin, karena dengan pertolongan persalinan yang terstandar dapat meningkatkan proses persalinan yang alami/normal.

Hal yang perlu disiapkan bidan dalam memberikan pertolongan persalinan terstandar dimulai dari penerapan upaya pencegahan infeksi. Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan dengan menggunakan sabun dan air mengalir dapat mengurangi risiko penularan infeksi pada ibu maupun bayi. Dilanjutkan dengan penggunaan APD (alat perlindungan diri) yang telah disepakati. Tempat persalinan perlu disiapkan dengan baik dan sesuai standar, dilengkapi dengan alat dan bahan yang telah direkomendasikan Kemenkes dan IBI. Ruang persalinan harus memiliki sistem pencahayaan yang cukup dan sirkulasi udara yang baik.

Dalam melakukan pertolongan persalinan, bidan sebaiknya tetap menerapkan APN (asuhan persalinan normal) pada setiap kasus yang dihadapi ibu. Lakukan penapisan awal sebelum melakukan APN agar asuhan yang diberikan sesuai. Segera lakukan rujukan apabila ditemukan ketidaknormalan.

3.3 Ringkasan

Kebutuhan fisiologis ibu bersalin merupakan suatu kebutuhan dasar pada ibu bersalin yang harus dipenuhi agar proses persalinan dapat berjalan dengan lancar dan fisiologis. Kebutuhan dasar ibu bersalin yang harus diperhatikan bidan untuk dipenuhi yaitu: kebutuhan oksigen, cairan dan nutrisi, eliminasi, hygiene (kebersihan personal), istirahat, posisi dan ambulasi, pengurangan rasa nyeri, penjahitan perineum (jika diperlukan), serta kebutuhan akan pertolongan persalinan yang terstandar. Pemenuhan

kebutuhan dasar ini berbeda-beda, tergantung pada tahapan persalinan, kala I, II, III atau IV.

Pada kala I, kebutuhan dasar fisiologis yang harus diperhatikan bidan adalah kebutuhan oksigen, cairan dan nutrisi, eliminasi, personal hygiene terutama vulva hygiene, istirahat, posisi dan ambulasi, dan pengurangan rasa nyeri. Pemenuhan kebutuhan ini bertujuan untuk mendukung proses persalinan kala I yang aman dan lancar, serta mendukung proses persalinan kala II.

Selama kala II persalinan, bidan harus tetap membantu dan memfasilitasi pemenuhan kebutuhan fisiologis pada ibu bersalin meliputi kebutuhan oksigen, cairan, eliminasi (apabila tidak memungkinkan dapat dilakukan kateterisasi), istirahat, posisi, dan pertolongan persalinan yang terstandar.

Kebutuhan fisiologis pada kala III yang harus dipenuhi diantaranya: kebutuhan oksigen, cairan dan nutrisi, eliminasi, dan kebutuhan akan pertolongan persalinan yang terstandar. Sedangkan pada kala IV, berupa kebutuhan oksigen, cairan dan nutrisi, eliminasi, hygiene (kebersihan personal), istirahat, dan penjahitan perineum (jika diperlukan).

DAFTAR PUSTAKA

- Amir, A. N., Herayono, F., Arman, E., Anggarini, M. L., Sari, S. P., Syedza, S., & Padang, S. (2021). EVALUASI PELAKSANAAN ASUHAN SAYANG IBU PADA IBU BERSALIN DI BIDAN PRAKTEK MANDIRI DI KOTA PADANG. Prosiding Seminar Nasional STIKES Syedza Saintika, 1(1), 1–13.
- Damayanti, Ika Putri, dkk. 2014. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ibu Bersalin Dan Bayi Baru Lahir. Yogyakarta : Deepublish. www.deepublish.co.id.
https://spada.uns.ac.id/pluginfile.php/675611/mod_resource/content/1/10.%20Kebutuhan%20Dasar%20Ibu%20Bersalin.pdf
- Iravani, M., Zarean, E., Janghorbani, M., & Bahrami, M. (2015). Women's needs and expectations during normal labor and delivery. Journal of Education and Health Promotion |, 4. <https://doi.org/10.4103/2277-9531.151885>
- King, R., Glover, P., Byrt, K., & Porter-Nocella, L. (2011). Oral nutrition in labour: "Whose choice is it anyway?" A review of the literature. Midwifery, 27(5), 674– 686. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.05.006>
- Kuswanti, Ina & Fitria Melina. 2014. Asuhan Kebidanan II Persalinan. Yogyakarta : Pustaka Pelajar. pustakapelajar@Yahoo.com.
- Mahrani. (2022). Asuhan Kebidanan Persalinan dan bayi Baru Lahir. Lakeisha.
- Novitasari, T., Budiningsih, T. E., & Mabururi, Moh. I. (2013). KEEFEKTIVAN KONSELING KELOMPOK PRA-PERSALINAN UNTUK MENURUNKAN TINGKAT KECEMASAN PRIMIGRAVIDA MENGHADAPI PERSALINAN. Developmental and Clinical Psychology , 62–70. <http://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/dcp>
- Rohmawati, W., Wahyuni, S., & Wahyuningsih, A. (2022). Modul Pembelajaran Asuhan Kebidanan Persalinan BBL. Mitra Cendikia Media.

- Sulfianti, dkk. 2020. Asuhan Kebidanan Pada Persalinan. Medan :
Yayasan Kita Menulis. press@kitamenulis.id.
- Varney, H. (2004). Ilmu Kebidanan (Varney's Midwife '3rd ed).
Sekeloa Publisher.
- Walyani, & Purwoastuti. (2015). Asuhan Kebidanan Kehamilan.
Pustaka Baru Press.

BAB 4

MANAJEMEN ASUHAN PADA KALA I

Oleh Juni Andriani Rangkuti

4.1 Pendahuluan

Setelah proses kehamilan berakhir seorang wanita akan mengalami proses persalinan. Seorang ibu bersalin akan mengalami perubahan fisiologi maupun psikologis yang disebabkan berbagai faktor saat persalinan. Proses keluarnya janin, plasenta dalam rahim melalui jalan lahir secara spontan dengan usia kehamilan cukup bulan (37 minggu) tanpa penyulit disebut dengan persalinan normal. Berawal dari pembukaan dan penipisan dan pemanjangan mulut rahim dan dibarengi dengan kontraksi yang adekuat merupakan proses dari persalinan normal. (Sulfianti, Indryani, 2020) (Shafira Yuniarty, Nurhayati and Saputri, 2022).

Perasaan bahagia, takut, serta gelisah akan bercampur aduk. Perasaan ini akan dirasakan ibu hamil diakhiri kehamilannya yang menjadi momen yang ditunggu – tunggu bagi ibu hamil. Ciri - ciri persalinan harus kita ketahui, sehingga kita bisa kita putuskan kapan waktunya akan pergi ke klinik bersalin atau rumah sakit. Dan proses melahirkan ini dapat menjadi hal yang menyakitkan dan juga membutuhkan banyak waktu (Yanti, 2018) (Kristina Natalia Sidabalok *et al.*, 2022).

Fase Persalinan

Secara klinis apabila sudah timbul his yang teratur dan ibu hamil tersebut telah mengeluarkan lendir bercampur darah, ini artinya ibu hamil akan memulai fase persalinan. Bloodyshow tersebut berasal dari pembuluh darah kapiler yang berada di daerah serviks yang mengalami dilatasi. (Wiknjosastro dkk, 2005) (Liana and Oktavia, 2023).

Fase persalinan normal terdiri dari yaitu, kala I (pembukaan serviks), kala II (pengeluaran), kala III (pengeluaran uri), dan kala

IV (observasi) (Sulfianti, Indryani, 2020)(Putri, Thamrin and M, 2022).

Ciri - ciri persalinan pada fase pembukaan merupakan proses sabar dan menunggu, proses dimulai ketika adanya his yang teratur dan adekuat yang cukup untuk menghasilkan penipisan dan pemanjangan mulut rahim. Dan proses ini selesai sampai pada fase serviks membuka secara lengkap yaitu 10 cm sehingga kepala janin bisa melewatinya (Purwandari, Manueke and Anggraini, 2019) (Sulfianti, Indryani, 2020)

Tahapan pembukaan yang terjadi pada mulut lahir yaitu ada dua fase:

1. Fase laten: berlangsung selama 8 jam. Pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai ukuran diameter 3 cm. Akan timbulnya kontraksi yang teratur yang menyebabkan serviks mengalami perubahan .
2. Fase aktif: dibagi dalam 3 fase lagi yakni:
 - a. Fase akselerasi. Terjadi selama 2 jam (3 cm – 4 cm).
 - b. Fase dilatasi maksimal. Pembukaan berlangsung sangat cepat dalam waktu 2 jam (4 cm - 9 cm).
 - c. Fase deselerasi. Waktunya selama 2 jam dan pembukaan kembali menjadi lambat (9cm – 10 cm)
 - d. (Friska, 2024) (Sulfianti, Indryani, 2020) (Marmi, 2021).

4.2 Manajemen Asuhan Pada Kala I

Apabila ibu bersalin datang bersama keluarganya kepada bidan, maka kita sebagai seorang bidan harus bisa menerima pasien tersebut dan keluarganya. Dalam memberikan asuhan kepada ibu yang akan bersalin bidan sebagai petugas kesehatan harus dengan hati – hati dan sesuai dengan protap tindakan yang akan kita berikan kepada ibu bersalin tersebut, sehingga tidak akan terjadi kelalaian dalam memberikan tindakan kesehatan.

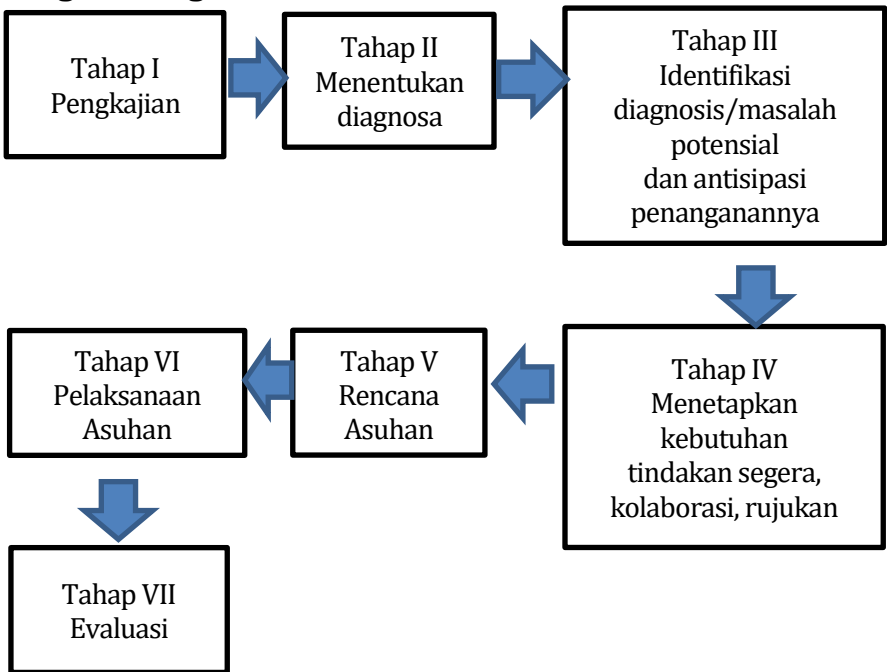
Setelah bidan menerima pasien tersebut dengan berbesar hati, kemudian bidan melakukan pengkajian terhadap riwayat kesehatan dan melakukan pemeriksaan fisik untuk menentukan:

1. Apakah ibu:
 - a. Dalam keadaan bersalin?
 - b. Dan bayinya dalam keadaan baik?

c. Ada hambatan?

Setelah semua pengkajian dilakukan dan seorang bidan layaknya mendirikan diagnosa, berikutnya menentukan ibu membutuhkan tindakan darurat segera serta akan bidan menyusun rencana asuhan. Langkah berikutnya bidan mengaplikasikan kepada pasien dan tahap akhirnya bidan dapat menilai atau mengevaluasi keberhasilan atas asuhan yang diberikan.

Langkah-Langkah



Langkah I: Pengkajian

Bidan akan mengumpulkan data objektif dan subjektif tentang keadaan klien. Data itu diperoleh dengan cara:

1. Anamnese
2. Pemeriksaan Fisik
3. Pemeriksaan Khusus
4. Pemeriksaan Penunjang

Anamnesa terdiri dari sebagai berikut:

1. Data Subjektif

I. Biodata

Bidan dapat menanyakan identitas klien seperti berikut:

Istri

Nama :.....

Umur :.....

Agama :.....

Pendidikan :.....

Pekerjaan :.....

Suku/Ras:.....

Alamat :.....

Suami

Nama :.....

Umur :.....

Agama:.....

Pendidikan:.....

Pekerjaan:.....

Suku/Ras:.....

Alamat :.....

II. Riwayat Klien

a. Keluhan

Alasan kunjungan pasien ke Puskesmas dapat kita peroleh dari keluhan utama yang disampaikan pasien tersebut. Misalnya seorang ibu yang pernah melahirkan ingin melakukan pemeriksaan kesehatannya setelah melahirkan dua minggu yang lalu. Contoh lainnya adalah ibu nifas dengan masalah yang mengeluh demam, ASI tidak keluar nyeri disekitar payudara, dan lain-lain.

b. Riwayat Kebidanan

Tenaga kesehatan sangat membutuhkan informasi tentang riwayat kebidanan pasien tersebut untuk mengetahui apakah seorang pasien mengalami masalah setelah melahirkan.

• **Menstruasi**

Informasi ini tidak berhubungan langsung dengan masa nifas, tetapi berdasarkan informasi yang diterima bidan maka bidan dapat mengetahui keadaan dasar alat kelamin.

Beberapa informasi yang perlu diperoleh bidan dari kejadian menstruasi:

✓ **Menarche**

Menstruasi pertama kali yang dirasakan

perempuan. Wanita Indonesia biasanya berusia $\pm 12-16$ tahun.

✓ Periode

Jarak antara periode yang dijalani dengan periode berikutnya dalam beberapa hari disebut siklus haid.

✓ Banyaknya

Tenaga kesehatan akan memperoleh informasi mengenai berapa banyak darah haid keluar. Tetapi terkadang tenaga kesehatan mengalami kesulitan untuk memperoleh informasi yang akurat. Dan biasanya banyak, sedang dan sedikit merupakan kriteria yang digunakan bidan. Untuk mendapatkan mengatasi tanggapan pasien biasanya subjektif, namun bidan dapat mengatasi dengan memberikan pertanyaan pendukung seperti berapa kali dalam sehari mengganti pembalut.

✓ Keluhan

Beberapa wanita melaporkan keluhan yang mereka rasakan saat haid, seperti disminore, pusing hingga hilang kesadaran atau pendarahan hebat. Pasien datang dengan sejumlah keluhan yang mungkin mengindikasikan diagnosis spesifik.

• Masalah kesehatan reproduksi

Masalah ini sangat penting diketahui oleh Bidan sehingga bidan dapat memberikan bimbingan tentang kesehatan reproduksi kepada pasien. Seperti yang kita ketahui ada beberapa penyakit kelamin yang berhubungan dengan kebersihan diri penderita atau kebiasaan lain yang dapat mempengaruhi kesehatan reproduksi. Apabila Anda pasien mengalami masalah kesehatan reproduksi, sebaiknya bidan mewaspadainy karena akan ada kemungkinan terjadinya gangguan kesehatan reproduksi pada masa nifas. Misalnya masalah

seperti pendarahan pada vagina, peradangan, gatal-gatal akibat jamur atau tumor.

- Riwayat kehamilan, persalinan, nifas, dan KB yang lalu

Anak ke	Kehamilan		Persalinan				Nifas		KB	
	Lama	Penyulit	Penolong	Tempat	BB Bayi	Penyulit	Vit A	Tab Fe	Alkon	Lama

- Riwayat Persalinan sekarang

Penolong	Tempat	Lama Kala I	Lama Kala II	Lama Kala III	Perdarahan Kala IV	BB Bayi	Jenis Kelamin	Apgar Score	Ket

c. Riwayat Kesehatan

Informasi yang terdapat dalam riwayat kesehatan ini dapat digunakan untuk kemungkinan komplikasi pada masa postpartum. Terjadinya perubahan fisiologis dan fisik pada masa nifas dapat mempengaruhi berkembangnya kelainan/komplikasi.

d. Status Pernikahan

Bidan membutuhkan gambaran informasi tentang keadaan rumah tangga atau pasangan pasien, sehingga informasi status pernikahan dipertanyakan pada pasien.

Berikut ini beberapa pertanyaan yang sering ajukan bidan:

- ✚ Usia saat menikah
- ✚ Status perkawinan (sah/tidak)
- ✚ Durasi perkawinan

e. Riwayat Kebidanan

Riwayat antenatal, intranala dan postnatal

f. Riwayat Keluarga Berencana

Hal ini perlu ditanyakan bidan sehingga bidan mengetahui memakai alkon atau tidak serta jenis yang digunakan pasien.

g. Kehidupan social budaya

Bidan berhak mengetahui apakah klien dan keluarganya melakukan kebiasaan/tradisi kebudayaan tertentu yang dapat merugikan kesehatan klien.

h. Data Psikologi dan Sosial

- ✓ Penerimaan keluarga terhadap ibu dan anak
- ✓ Penerimaan terhadap diri sendiri
- ✓ Penerimaan ibu terhadap anak

i. Data Informasi

Ibu harus mengetahui tentang perawatan nifas, sehingga bidan perlu menyakannya, dan apabila ibu tidak mengetahuinya bidan berkewajiban untuk memberitahu dan mengajarkan ibu.

j. Pemenuhan kebutuhan nutrisi dan cairan, kebersihan diri, eliminasi, istirahat, aktivitas seksual (Sukma, 2017).

2. Data Objektif

Keadaan ibu perlu dievaluasi dengan melakukan pengkajian dan pengumpulan data yang dibutuhkan.

a. Melakukan Pemeriksaan fisik ibu dan bayi

- 1) Keadaan fisik dan psikologi ibu
- 2) Pengukuran: TB, BB, LILA
- 3) TTV: TD, RR, Pols, dan T
- 4) Pemeriksaan bagian kepala, wajah, dan leher
- 5) Pemeriksaan dada dan abdomen: luka bekas operasi, TFU, gerakan janin, his, leopold, penurunan bagian terbawah janin
- 6) Pemeriksaan Kesejahteraan Janin
- 7) Pemeriksaan alat genitalia
- 8) Pemeriksaan ekstremitas atas dan bawah

Langkah II: Menentukan Diagnosa/Masalah kebidanan

Melakukan identifikasi atau diagnosis masalah dengan benar, interpretasi yang benar atas informasi yang diperoleh. Hasil pengkajian ibu akan menunjukkan dan mengarahkan bidan untuk mendirikan diagnosis dan menyelesaikan permasalahan serta kebutuhan ibu bersalin kala I. Identifikasi masalah potensial dilakukan harus berdasarkan hasil pengkajian meliputi data subjektif dan data objektif (Sulfianti, Indryani, 2020)(Sumarni, 2019).

Contohnya:

G₁P₀A₀, Usia Ke - H 38 minggu 3 hari, , tunggal, hidup, intrauterine, PUKA, UUK, KU ibu dan janin baik (Putri, Thamrin and M, 2022).

Langkah III (Identifikasi Diagnosis/Masalah Potensial dan Antisipasi Penanganannya)

Bidan harus mencari cara untuk penanganan segera apabila ditemukan identifikasi diagnose dan masalah potensial pada tahap ketiga ini. Sehingga bidan harus waspada dan siap mencegah masalah potensial ini. Kemudian untuk mampu mengantisipasi masalah potensial, bidan tidak hanya merumuskan masalah potensial yang akan terjadi tetapi juga merumuskan tindakan antisipasi agar diagnosa atau masalah potensial tidak akan terjadi (Elisabeth,2022).

Contohnya:

Masalah potensial tidak ada data pendukung

Langkah IV (Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan Yang Memerlukan Penanganan Segera)

Bidan menyadari dibutuhkan kolaborasi untuk segera berkonsultasi atau bekerjasama antara tenaga kesehatan lainnya, tergantung keadaan klien. Tahap ini mencerminkan kesinambungan proses manajemen kebidanan. Sehingga, penatalaksanaan bukan hanya selama asuhan primer periodik atau kunjungan prenatal saja tetapi juga selama

wanita tersebut bersama bidan terus- menerus. Tindakan segera yang mampu dilakukan secara mandiri, kolaborasi atau yang bersifat rujukan pada langkah ini.

Contohnya:

Karena pada langkah sebelumnya tidak ditemukan masalah potensial sehingga tidak membutuhkan untuk dilakukannya tindakan segera atau kolaborasi.

Langkah V (Merencanakan asuhan yang menyeluruh)

Rencanakan perawatan kompleks yang dapat diterima berdasarkan hasil tahap sebelumnya. Pada tahap kelima direncanakan perawatan kompleks yang ditentukan informasi pada tahap sebelumnya. Fase ini merupakan kelanjutan dari penatalaksanaan masalah atau diagnosis yang diamati atau dicurigai. Pada titik ini, informasi yang hilang dapat dilengkapi.

Contohnya:

Silakan perkenal diri dan jalin ikatan yang baik antara bidan dan pasien, kemudian:

1. Jelaskan pemeriksaan yang akan dilakukan kepada ibu dan keluarga.
2. Beritahu ibu dan keluarga tentang kondisi serta hasil pemeriksaan. Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir sebelum melakukan pemeriksaan fisik.
3. Lakukan pemeriksaan TTV seperti mengukur tekanan darah, suhu, nadi, dan pernapasan.
4. Lakukan pemeriksaan letak janin dan DJJ
5. Lakukan vulva hygiene sebelum melakukan VT
6. Pantau kemajuan persalinan.
7. Lakukan asuhan sayang ibu.
8. Lakukan dokumentasi (Purwandari, Manueke and Anggraini, 2019)(Putri, Thamrin and M, 2022)

Tahap VI (Melaksanakan perencanaan)

Tahap ini dilakukan oleh bidan atau tenaga kesehatan lainnya. Dalam hal ini bidan bertanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya walaupun bidan tidak dapat melakukannya sendiri.

Contoh:

Semua perencanaan yang disusun bidan akan diaplikasikan kepada pasien di tahap IV ini (Putri, Thamrin and M, 2022)(Purwandari, Manueke and Anggraini, 2019).

Langkah VII (Evaluasi)

Pada tahap ini, keefektivan pengobatan yang diberikan dievaluasi. Hal ini termasuk menilai pemenuhan kebutuhan: apakah kebutuhan tersebut benar-benar terpenuhi seperti yang diidentifikasi dalam diagnosis atau masalah. Suatu rencana dapat dikatakan benar bila efektif dalam pelaksanaannya. Mengevaluasi efektivitas pemeliharaan yang diberikan, mengulangi dengan benar proses pengelolaan untuk aspek-aspek yang telah dilaksanakan tetapi tidak efektif, atau menata ulang pemeliharaan yang tidak dilaksanakan.

Contohnya:

Hari/tanggal : Minggu, 21 April 2023 Pukul : 08.00 WIT, Kala I pada primipara tidak melebihi 12 jam, kala I fase laten memanjang tidak terjadi. His teratur 3 kali dalam 10 menit dengan durasi 25-30 detik, TTV dalam batas normal, yaitu : TD: 120/80 mmHg, Pols: 87×/menit, RR: 20×/menit, T: 36,7°C, DJJ dalam batas normal yaitu 135×/menit (Putri, Thamrin and M, 2022).

DAFTAR PUSTAKA

- Elisabeth, dkk (2022). Asuhan Kebidanan Persalinan & Bayi Baru Lahir. Yogyakarta: PT. Pustaka Baru.
- Friska, H. dkk (2024) *Farmakologi Kebidanan, Egc*. Edited by Dr. Oktavianis. GET PRESS INDONESIA.
- Kristina Natalia Sidabalok *et al.* (2022) 'c', *Jurnal Rumpun Ilmu Kesehatan*, 2(2), pp. 147–160. doi: 10.55606/jrik.v2i2.1433.
- Liana, D. and Oktavia, A. S. (2023) 'Studi Kasus Asuhan Kebidanan Komprehensif', *Jurnal Ilmiah Obsgin*, 1(3), pp. 330–337.
- Marmi, S. S. (2021) 'Asuhan Kebidanan Pada Ketuban Pecah Dini', *Asuhan Kebidanan Pada Persalinan*, p. 1.
- Purwandari, A., Manueke, I. and Anggraini, R. (2019) 'Studi Kasus Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Ny . D . N Dengan', *Jurnal Ilmiah Bidan*, 2, pp. 46–60.
- Putri, P. D. A., Thamrin, H. and M, A. (2022) 'Asuhan Kebidanan Intranatal pada Ny. K dengan Kala I Fase Laten', *Window of Midwifery Journal*, 03(02), pp. 125–135. doi: 10.33096/wom.vi.444.
- Shafira Yuniarty, Nurhayati, N. and Saputri, L. H. (2022) 'Asuhan Kebidanan Intranatal pada Ny. R dengan Persalinan Normal Kala I Fase Aktif', *Window of Midwifery Journal*, 03(01), pp. 21–31. doi: 10.33096/wom.vi.457.
- Sukma, F. (2017) *Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas*.
- Sulfianti, Indryani, P. (2020) *Buku Pegangan Mahasiswa Kebidanan Asuhan kebidanan pada persalinan, Buku*.
- Sumarni (2019) *Askeb Nifas dan Menyusui*. Edited by M. K. FADJRIAH OHORELLA, S.ST., M.Kes. CV. CAHAYA BINTANG CEMERLANG.

BAB 5

PARTOGRAF

Oleh Sunaeni

5.1 Pendahuluan

Komplikasi selama persalinan menyebabkan lebih dari sepertiga kematian ibu, setengah dari kelahiran mati seperempat kematian bayi (WHO, 2020), (Ari Kurniarum, 2016). Kematian ini sebagian besar dapat dicegah (Sharma, 2022) dengan intervensi cepat karena kebanyakan terjadi di lingkungan dengan sumber daya rendah. Untuk menghindari hasil kelahiran disertai komplikasi, ibu hamil harus dipantau selama persalinan, diidentifikasi segera, dan diobati jika komplikasi muncul. Meningkatkan kualitas asuhan kebidanan di sekitar waktu kelahiran telah diidentifikasi sebagai metode yang paling efektif untuk mengurangi angka kelahiran mati, kematian ibu dan bayi baru lahir (Anokye, 2019) dibandingkan dengan pendekatan perawatan antenatal atau postnatal.

Seorang ibu dalam masa persalinan perlu dilakukan observasi secara seksama. Observasi dapat dilakukan dengan melihat langsung kondisi ibu dan janin, melakukan pengukuran, palpasi maupun pemeriksaan lain. Hasil observasi perlu didokumentasikan dengan baik agar kita dapat memprediksi kemungkinan proses persalinan dapat ditolong secara mandiri oleh bidan atau perlu tindakan kolaborasi maupun rujukan. Partograf merupakan alat bantu dalam persalinan yang dapat digunakan untuk merekam hasil observasi. Partograf berbentuk sebagai lembaran kertas yang berisi grafik dan narasi guna pencatatan hasil observasi selama persalinan. Ketrampilan dalam pengisian partograf sangat penting, agar informasi yang tertera benar-benar valid dan dapat diakses oleh tenaga kesehatan yang berkontribusi dalam persalinan seorang ibu. Saat ini telah tersedia berbagai bentuk partograf, dari yang berbentuk kertas diisi secara manual ataupun bentuk digital (JNPK, 2008), (Wijayanti, 2020).

Partograf, juga dikenal sebagai partogram, yang digunakan oleh para profesional kesehatan, terutama bidan dan dokter kandungan, untuk memantau dan mendokumentasikan aspek-aspek kunci dari persalinan wanita. Komponen kunci dari Partograf dapat mencakup: 1). Waktu: Sumbu horizontal grafik mewakili waktu yang berlalu selama persalinan. 2). Pelebaran serviks: Kurva atau garis pada grafik menggambarkan perkembangan pelebaran serviks, menunjukkan seberapa terbuka serviks dalam sentimeter. 3). Penurunan janin: Ini mencatat turunnya kepala bayi melalui jalan lahir. 4). Denyut jantung janin: Detak jantung bayi dipantau dan dicatat secara berkala. 5). Kontraksi: Frekuensi dan durasi kontraksi uterus sering dicatat pada Partograf. 6). Status membran: Informasi tentang pecahnya membran (apakah kantung ketuban telah rusak) dicatat. 7). Tanda-tanda vital ibu: Tekanan darah, denyut nadi, dan suhu ibu dapat didokumentasikan (WHO, 2020)

5.2 Fungsi

Partograf berfungsi sebagai alat bantu visual bagi penyedia layanan kesehatan untuk dengan cepat menilai kemajuan tenaga kerja, mengidentifikasi masalah potensial, dan membuat keputusan berdasarkan informasi tentang perlunya intervensi. Ini dapat membantu dalam deteksi dini komplikasi dan membimbing profesional kesehatan dalam memberikan perawatan yang tepat waktu dan tepat selama persalinan. Penggunaan Partograf berkontribusi pada peningkatan hasil maternal dan neonatal dengan mempromosikan manajemen persalinan berbasis bukti dan proaktif (WHO, 2020).

5.3 Tujuan

Maksud utama penggunaan partograf:

1. Merekam hasil observasi dan evaluasi kemajuan persalinan
2. Menganalisa sedini mungkin guna memastikan apakah persalinan dapat berlangsung secara normal atau terdapat penyimpangan, dengan demikian dapat melakukanantisipasi setiap kejadian saat persalinan (Yulizawati, 2019)

5.4 Penggunaan

Paragraf harus digunakan:

1. Bagi semua ibu yang berada pada kala I fase aktif (fase laten tidak dicatat di partograf tetapi di bagian terpisah seperti di KMS ibu hamil atau lembar catatan medik)
2. Selama persalinan dan kelahiran di semua fasilitas kesehatan /tempat persalinan (spesialis obstetrik gynecologi, bidan, dokter umum, residen swasta, rumah sakit, dll)
3. Semua penolong persalinan yang memberikan asuhan kepada ibu selama persalinan dan kelahiran (Yulizawati, 2019)

5.5 Kondisi ibu dan janin yang perlu dicatat dalam partograf

Kondisi ibu dan bayi yang dicatat dalam partograph antara lain:

1. Denyut Jantung Janin (DJJ) setiap 30 menit
2. Banyak dan lamanya his setiap 30 menit
3. Denyut nadi ibu setiap 30 menit
4. Pembukaan serviks setiap 4 jam
5. Penurunan bagian terbawah janin setiap 4 jam
6. Tekanan darah dan suhu tubuh setiap 4 jam
7. Volume Urin, kadar aseton dan protein dalam urin setiap 2-4 jam.

5.6 Beberapa kasus yang tidak menggunakan partograf antara lain:

1. Wanita dengan tinggi badan kurang dari 145 cm
2. Ibu dengan perdarahan antepartum
3. Preeklamsi – eklamsi
4. Persalinan kurang bulan (prematur)
5. Ibu dengan Riwayat persalinan dengan sectio sesarea
6. ibu dengan Gemelli
7. Terjadi kelainan letak janin
8. Kegawatdaruratan fetus (*fetal Distress*)

9. Hasil pemeriksaan positif dugaan distosia oleh karena panggul sempit
10. Hidramniom
11. Partus Ruptur Membran
12. Persalinan dengan induksi (Yulizawati, 2019)

5.7 Cara Pengisian

Dokumentasi kondisi ibu dan janin meliputi:

1. Informasi tentang ibu;
 - a. Identitas ibu : Nama, Usia, gravida, para, abortus, nomor rekam medis
 - b. Tanggal dan waktu mulai dirawat
 - c. Jam kedatangan ibu.
 - d. Jam pecahnya selaput ketuban.
2. Kondisi bayi
 - a. Kolom pertama digunakan untuk mengamati kondisi janin.
 - b. Yang diamati dari kondisi janin adalah
 - 1) Denyut jantung janin
Nilailah dan catat denyut jantung janin (DJJ) setiap 30 menit atau lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin. Setiap kotak waktu 30 menit dan skala angka disebelah kolom kiri menunjukkan DJJ. Beri tanda titik pada garis yang sesuai dengan angka yang menunjukkan DJJ, lalu hubungkan titik-titik tersebut dengan garis tidak terputus. Kisaran normal DJJ 110-160 x/menit.
 - c. Penilaian warna dan kondisi air ketuban.
Proses penilaian air ketuban dilakukan secara bersamaan dengan pemeriksaan dalam. Warna air ketuban hanya bisa dinilai jika selaput ketuban sudah pecah. Lambang-lambang untuk menggambarkan kondisi ketuban atau airnya adalah sebagai berikut:
 - 1) U : jika selaput ketuban utuh (belum pecah)
 - 2) J : jika selaput ketuban telah pecah dan air ketuban berwarna jernih

- 3) M : jika selaput ketuban telah pecah dan air ketuban bercampur mekonium
 - 4) D : jika selaput ketuban telah pecah dan air ketuban bercampur darah
 - 5) K : jika selaput ketuban telah pecah dan air ketuban kering (tidak mengalir lagi).
- Penting untuk dicatat bahwa keberadaan mekonium dalam air ketuban tidak selalu menunjukkan gawat janin. Namun, situasi menjadi lebih serius jika terdapat ketidaknormalan pada denyut jantung janin diluar rentang nilai normal.

d. Penyusupan (molase) tulang kepala

Penyusupan tulang kepala adalah indicator signifikan sejauh mana tulang kepala janin dapat beradaptasi dengan panggul ibu. Semakin besar tingkat penyusupan maka semakin besar pula tingkat ketidaksesuaian antara kepala janin dengan panggul ibu. Lambang yang digunakan untuk Tingkat penyusupan adalah sebagai berikut:

- 1) 0: tulang -tulang kepala janin terpisah, sutura mudah dipalpasi
- 2) 1: tulang-tulang kepala janin sudah saling bersentuhan
- 3) 2: tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih tapi masih bisa dipisahkan
- 4) 3: tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan.

Informasi ini memberikan gambaran tentang sejauh mana kepala janin dapat beradaptasi dengan panggul ibu selama proses persalinan.

3. Kemajuan persalinan

Pada lajur table berikutnya adalah untuk pemantauan kemajuan persalinan, antara lain:

- a. Pembukaan serviks,
- b. Penurunan bagian terbawah janin,
- c. Garis waspada, garis bertindak dan waktu.

Garis waspada dimaksudkan sebagai titik awal penempatan tanda pembukaan serviks (Lavender, 2018)

- d. Pembukaan serviks angka pada kolom kiri 0-10 menggambarkan pembukaan serviks.
- e. Menggunakan tanda x pada titik silang antara angka yang sesuai dengan temuan pertama pembukaan serviks pada fase aktif dengan garis waspada.
- f. Hubungan tanda x dengan garis lurus tidak terputus. • penurunan bagian terbawah janin tulisan “turunnya kepala” dan garis tidak terputus dari 0-5 pada sisi yang sama dengan angka pembukaan serviks.
- g. Berikan tanda “.” pada waktu yang sesuai dan hubungkan dengan garis lurus. •
- h. Jam dan waktu
Waktu berada dibagian bawah kolom terdiri atas waktu mulainya fase aktif persalinan dan waktu aktual saat pemeriksaan. Waktu mulainya fase aktif persalinan diberi angka 1-16, setiap kotak: 1 jam yang digunakan untuk menentukan lamanya proses persalinan telah berlangsung.
Waktu aktual saat pemeriksaan merupakan kotak kosong di bawahnya yang harus diisi dengan waktu yang sebenarnya saat kita melakukan pemeriksaan.

4. His

Terdapat lima kotak mendatar untuk mencatat his. Pemeriksallah setiap 30 menit, raba dan catat jumlah dan durasi his dalam 10 menit. Misalnya jika dalam 10 menit ada 3 his yang lamanya 20 detik maka arsirlah angka tiga kebawah dengan warna arsiran yang sesuai untuk menggambarkan kontraksi 20 detik (arsiran paling muda warnanya).

5. Obat-obatan dan cairan yang diberikan

Catat obat dan cairan yang diberikan di kolom yang sesuai. Untuk oksitosin dicantumkan jumlah tetesan dan unit yang diberikan.

6. Kondisi Ibu : Catat nadi ibu setiap 30 menit dan beri tanda titik pada kolom yang sesuai. Ukur tekanan darah ibu tiap 10 menit dan beri tanda ↓ pada kolom yang sesuai. Temperatur dinilai setiap dua jam dan catat di tempat yang sesuai.
7. Volume urine, protein dan aseton Lakukan tiap 2 jam jika memungkinkan.
8. Data lain yang harus dilengkapi dari partograf adalah: –
Data atau informasi umum
 - a. Kala I
 - b. Kala II
 - c. Kala III
 - d. Kala IV
 - e. bayi baru lahir Diisi dengan tanda centang (v) dan diisi titik yang disediakan

CATATAN PERSALINAN

1 Tanggal.....
 2 Nama Bidan.....
 3 Tempat Persalinan.....
 Rumah Ibu..... Puskesmas
 Polindes..... Rumah sakit
 Klinik swasta..... Lainnya.....
 4 Alamat tempat Persalinan.....
 5 Catatan.....
 6 Alasan Merujuk.....
 7 Tempat merujuk.....
 8 Pendamping pada saat merujuk.....
 Bidan..... teman
 Suami..... Dukun
 Keluarga..... Tidak ada
 KALA I
 9 Partograf melewati garis waspada :Y/T.....
 10 Masalah lain,sebutkan.....
 11 Penatalaksanaan masalah tersebut.....
 12 Hasilnya.....
 KALA II
 13 Episiotomi.....
 Ya,indikasi.....
 Tidak.....
 14 Pendamping pada saat Bersalin.....
 Suami..... Dukun
 Keluarga..... Tidak ada
 teman.....
 15 Gawat Janin.....
 Ya,tindakan yang dilakukan.....
 a.....
 b.....
 c.....
 Tidak.....
 16 Distosia Bahu.....
 Ya,tindakan yang dilakukan.....
 a.....
 b.....
 c.....
 Tidak.....
 17 Masalah lain,sebutkan.....
 18 Penatalaksanaan masalah tersebut.....
 19 Hasilnya.....
 KALA III..... menit
 20 Lama kala III..... menit
 21 Pemberian Oksitosin 10 U IM.....
 Ya, waktu..... menit sesudah persalinan
 Tidak,alasan.....
 22 Pemberian ulang oksitosin (2x)?.....
 Ya,alasan.....
 Tidak.....
 23 Penegangan Tali Pusat Terkendali ?.....
 Ya.....
 Tidak,alasan.....
 24 Rangsangan Taktil(pe mijatan)fundus uteri?.....
 Ya.....
 Tidak,alasan.....

25 Plasenta Tidak Lahir >30 menit:Ya/Tidak.....
 Ya,tindakan.....
 a.....
 b.....
 c.....
 26 Laserasi.....
 Ya,dimana.....
 Tidak.....
 27 Jika Laserasi perinium,derajat:1/2/3/4.....
 Tindakan.....
 Penjahitan,dengan/tanpa anastesi.....
 Tidak dijahit,alasan.....
 28 Atonia uteri.....
 Ya,tindakan.....
 a.....
 b.....
 c.....
 29 Jumlah Perdarahan..... ml
 30 Masalah lain,sebutkan.....
 31 Penatalaksanaan masalah tersebut.....
 32 Hasilnya.....
BAYI BARU LAHIR
 33 Berat Badan..... gram
 34 Panjang..... CM
 35 Jenis Kelamin:L/P.....
 36 Penilaian Bayi Baru Lahir :baik/ada penyulit.....
 37 Bayi Lahir :.....
 Normal,tindakan.....
 Meringkaskan.....
 Menghangatkan.....
 Rangsangan taktil.....
 Bungkus Bayi dan ditempatkan disisi ibu.....
 Tindakan pencegahan infeksi mata.....
 Asfiksia Ringan/pucat/biru/lemas,tindakan.....
 Meringkaskan.....
 Rangsangan taktil.....
 Bersihkan Jalan Napas.....
 Bungkus Bayi dan ditempatkan disisi ibu.....
 Lain-lain,sebutkan.....
 Cacat bawaan,sebutkan.....
 Hipotermi,tindakan.....
 a.....
 b.....
 c.....
 38 Pemberian ASI..... jam setelah bayi lahir
 Ya,waktu.....
 Tidak,alasan.....
 39 Masalah lain,sebutkan.....
 Hasilnya.....

PEMANTAUAN IBU: Tiap 15' menit pada jam pertama,tiap 30' jam ke dua

Jam ke	Waktu	Tekanan Darah	Nadi	Suhu	TFU	Kontraksi uterus	Pemeriksaan lochia	Pendarahan
1								
2								

PEMANTAUAN BAYI: Tiap 15' menit pada jam pertama,tiap 30' jam ke dua

Jam ke	Pernapasan	Suhu	warna kulit	pergerakan	isapan ASI	Tali Pusat	panjang	BAB	BAK
1									
2									

Tanda Bahaya: Ibu..... Bayi.....
 Tindakan(jelaskan dikatan kasus)
☐ Dirujuk ☐ Tidak dirujuk
 Kepala Keluarga..... Penolong.....

Gambar 5.2. Partograf bagian belakang

Sumber:

https://www.google.com/search?q=gambar+partograf+bgaian+be%3Bakang&tbm=isch&ved=2ahUKEwjJ8sn53t6DAXVt2wGHQBtDkgQ2-cCegQIABAA#imgsrc=f_8Xk0eoOTAX9M

5.8 E-Partograf

Pencatatan dan Pelaporan Persalinan dengan e - Partograf

1. Definisi e-Partograf

e-Partograf adalah pencatatan partograf menggunakan sistem online yang bersumber dari partograf WHO. Pencatatan dilakukan melalui sistem komputerisasi berbasis web. Web/website adalah kumpulan komputer yang berfungsi sebagai server dan dapat menyimpan berbagai format dokumen, termasuk teks, grafik, dan audio, serta menghubungkan dokumen satu sama lain di internet. Sebuah website harus memiliki deskripsi yang jelas dan mudah digunakan karena tujuan utamanya adalah untuk berinteraksi dan berbagi informasi dengan orang lain. Ini memastikan bahwa tujuan utamanya dapat dipenuhi. Kelengkapan dan kepatuhan mengisi dokumen adalah salah satu kriteria kualitas dokumentasi. Hasil penelitian Ambarwati tahun 2019 menunjukkan bahwa e-partograf memiliki nilai kelengkapan isi 20 lebih tinggi daripada pencatatan partograf secara manual (Ambarwati, 2016).

2. Cara Kerja

Pencatatan dilakukan secara *on-line* menggunakan sistem komputer pada website yang telah memiliki link format partograf. Setiap data persalinan dicatat secara seksama.

3. Keunggulan e - Partograf

Secara tidak langsung keunggulan e-Partograf sesuai dengan penyimpanan data secara online berbasis web yaitu:

a. Kompatibilitas Platform

Dalam hal ini yang dimaksud kompatibel adalah mudah diakses dan digunakan dengan persyaratan yang tersedia pada web browser. (internet explorer, firefox, google chrome)

b. Lebih mudah pengelolaannya (*more manageable*)

Setiap pencatatan, perekaman dan pemanggilan kembali informasi yang telah dicatat dapat dengan mudah ditemukan. Sistemnya yang mudah diinstall pada server komputer memungkinkan untuk perawatan dan update sistem dengan baik.

- c. Lebih efektif penggunaannya (*highly deployable*)
Penggunaan web cukup mudah dilakukan disemua daerah, bahkan dengan kapasitas bandwith yang terbatas, maupun yang jauh dari lokasi sistem.
 - d. Data lebih aman (*scure live data*)
Sistem dapat dengan mudah diatur dan dikendalikan oleh pengguna, tersedia juga *security service* sebagai hak akses bagi pengguna tertentu.
 - e. Biaya berkurang (*reduce cost*)
Aplikasi berbasis web akan mengurangi biaya berkaitan dengan dukungan dan perawatan, persyaratan lebih sedikit pada pengguna (end user system)
 - f. Dapat diakses kapan saja dan dimana saja
Dengan menggunakan e-partograf, tenaga medis maupun paramedis dapat lebih mudah mengakses dari mana saja dan kapan saja. Sehingga proses pengambilan keputusan dapat dilakukan dengan cepat dan tepat.
4. Faktor–Faktor yang Mempengaruhi Penggunaan Elektronik Partograf
- a. Perangkat Keras (*hardware*);
Mencakup komputer dan printer
 - b. Perangkat lunak (*software*) atau program;
Serangkaian instruksi atau program komputer yang dirancang untuk menjalankan tugas-tugas tertentu, termasuk memproses data, menjalankan aplikasi dan mengelola perangkat keras komputer.
 - c. Prosedur;
Serangkaian Tindakan terorganisir yang harus diikuti untuk mencapai tujuan atau menyelesaikan suatu tugas. Proses ini dirancang untuk memberikan panduan yang jelas dan sistematis dalam melaksanakan suatu aktifitas atau pekerjaan.
 - d. Sumber Daya Manusia;
Semua tenaga medis maupun nonmedis yang bertanggungjawab dalam pengumpulan, pengelolaan, analisis dan interpretasi data dalam sebuah system.

- e. Basis data (*database*): adalah sekumpulan data yang terorganisir dan terstruktur secara sistematis, disimpan di komputer atau sistem komputasi lainnya. Terdiri dari tabel, relasi, atau objek lainnya yang saling terhubung dan dapat diakses oleh aplikasi perangkat lunak untuk mendukung berbagai keperluan dalam penyimpanan data.
- f. Jaringan dan komunikasi data: Sistem yang terdiri dari perangkat keras, perangkat lunak dan infrastruktur komunikasi yang memungkinkan pertukaran informasi data antara berbagai perangkat dalam suatu lingkungan.
- g. Lingkungan
Proses penyampaian informasi menggunakan sistem otomatis dapat juga terganggu oleh karena faktor lingkungan, seperti gangguan alam (cuaca buruk, petir, gempa bumi, dan lain-lain) (PD IBI, 2023).

5.9 Pendokumentasian

Pencatatan pada lembar partograf dapat dilakukan dengan memindahkan informasi yang didapat dari hasil anamnesa, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan laboratorium ke dalam halaman depan dan belakang partograf, meliputi:

A. Anamnesis

- 1. Identitas pasien: Nama, usia dan alamat
- 2. Informasi kehamilan: Gravida, para, HPHT, Taksiran persalinan
- 3. Alergi obat-obatan
- 4. Riwayat kehamilan, baik sekarang maupun sebelumnya
- 5. Riwayat medis lainnya.
- 6. Masalah medis saat ini, dll.

B. Pemeriksaan fisik

- 1. Pemeriksaan abdomen
 - a. Mengukur Tinggi fundus uteri
 - b. Menilai his
 - c. Menghitung Denyut jantung janin
 - d. Menentukan presentasi

- e. Menentukan penurunan bagian terbawah janin
- 2. *Vaginal Toucher*
 - a. Menentukan cairan vagina
 - b. Menilai alat kelamin luar
 - c. Menilai selaput ketuban
 - d. Menentukan turunnya janin, sebatas mana
 - e. Menentukan moulase
 - f. Menilai proporsi bagian terbawah janin terhadap jalan lahir
 - g. Tidak melakukan *vaginal toucher* saat terdapat perdarahan pervaginam.

DAFTAR PUSTAKA

- Ambarwati, K. (2016). Kelengkapan dan Keamanan Penggunaan E-Partograf. *Jurnal Bidang Ilmu Kesehatan*, 445-449.
- Anokye, R. (2019). Use and completion of partograph during labour is associated with a reduced incidence of birth asphyxia: a retrospective study at a peri-urban setting in Ghana. *BMC*.
- Ari Kurniarum, d. (2016). *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Jakarta: BPPDMKes.
- JNPK. (2008). *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta: JNPK.
- Lavender, T. (2018). Effect of partograph use on outcomes for women in spontaneous labour at term and their babies. *NIH*.
- PD IBI, B. (2023). Panduan Partograf. In S. dr. Made Bagus Dwi Aryana, *Panduan Pelatihan PPGDON* (pp. 1-6). Denpasar: PD IBI, Bali.
- Sharma, S. (2022). Enhancing safe motherhood: Effect of novel partograph on labor outcomes and its utility: An Indian perspective. *Journal Of Family Medicine and Primary Care*, 7226-7232.
- WHO. (2020). *WHO Labour Care*. Geneva: WHO.
- Wijayanti, R. (2020). Hubungan Pengetahuan Dengan Pengisian Partograf Pada Mahasiswi Semester Vi Di Akademi Kebidanan Rspad Gatot Soebrotoperiode Maret –April 2019 . *Jurnal Ilmiah Kesehatan Delima*, 90-97.
- Yulizawati, A. D. (2019). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan pada Persalinan*. Sidoarjo: Indomedia Pustaka.

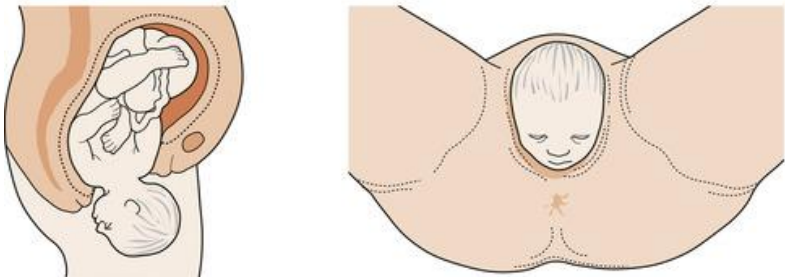
BAB 6

ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN KALA II

Oleh Siti Nurhidayati

6.1 Fisiologi Persalinan Kala II

Persalinan adalah proses pengeluaran janin dan plasenta dari rahim melalui vagina yang terbagi menjadi tiga tahap. Keberhasilan persalinan melibatkan tiga faktor: kontraksi rahim, karakteristik janin, dan anatomi panggul. Tiga serangkai ini secara klasik disebut sebagai *power*, *passage* dan *Passanger*. Tenaga Kesehtana yang menolong menggunakan berbagai modalitas untuk memantau persalinan. Pemeriksaan serviks/ periksa dalam / Vaginal Toucher digunakan untuk menentukan pelebaran serviks, penipisan, dan posisi janin, yang juga dikenal sebagai *station*. Pemantauan Denyut jantung janin (DJJ) dilakukan hampir terus menerus untuk menilai kesejahteraan janin selama persalinan. Kardiotokografi digunakan untuk memantau frekuensi dan kecukupan kontraksi. Informasi yang diperoleh dari pemantauan dan pemeriksaan serviks untuk menentukan tahapan persalinan pasien dan memantau perkembangan persalinan (Liao JB, 2005).



Gambar 6.1. Persalinan Kala II

<https://midwivesrevisionuganda.com/normal-second-stage-of-labour/>

Seorang perempuan hamil sering kali datang sendiri datang ke tenaga kesehatan karena khawatir dan merasa sudah memasuki proses persalinan. Keluhan utama yang umum terjadi antara lain nyeri kontraksi, pendarahan vagina/berdarah, dan kebocoran cairan dari vagina. Kemudian penolong yang menentukan apakah pasien akan sudah memasuki proses persalinan, yang didefinisikan sebagai kontraksi teratur dan signifikan secara klinis dengan perubahan obyektif pada dilatasi dan/atau penipisan serviks. Ketika perempuan pertama kali datang ke unit persalinan, tanda-tanda vital, termasuk suhu, denyut jantung, saturasi oksigen, pernapasan, dan tekanan darah, harus diperiksa untuk skrining masalah/kelainan. Pasien harus menjalani pemantauan kardiotokografi terus menerus untuk memastikan kesejahteraan janin. Catatan prenatal pasien, termasuk riwayat obstetrik, riwayat bedah, riwayat kesehatan, laboratorium, dan data pemeriksaan melalui USG, harus ditinjau. Yang terakhir, riwayat penyakit saat ini, peninjauan sistem, dan pemeriksaan fisik, termasuk pemeriksaan dalam, perlu dilakukan.

Selama pemeriksaan dalam, penolong akan mencari tanda-tanda pecahnya selaput seperti cairan ketuban yang menggenang di saluran vagina posterior, jika tidak yakin apakah telah terjadi pecah ketuban atau tidak, pengujian tambahan seperti pengujian pH, pemeriksaan mikroskopis untuk mencari pakis pada cairan, atau pengujian laboratorium terhadap cairan dapat menjadi langkah berikutnya. Cairan ketuban memiliki pH 7,0 hingga 7,5, lebih basa dibandingkan pH vagina normal. Pemeriksaan dengan sarung tangan steril harus dilakukan untuk menentukan derajat pelebaran dan penipisan serviks. Pengukuran dilatasi serviks dilakukan dengan mencari lokasi ostium serviks bagian luar dan merentangkan jari-jari membentuk huruf 'V', serta memperkirakan jarak antara kedua jari dalam sentimeter. Penipisan diukur dengan memperkirakan persentase sisa panjang serviks yang menipis dibandingkan dengan serviks yang tidak penipisan. Selama pemeriksaan serviks, konfirmasi bagian presentasi janin juga diperlukan. USG dapat digunakan untuk memastikan presentasi dan posisi bagian presentasi janin. Perhatian khusus harus diberikan pada kasus presentasi sungsang karena peningkatan risiko

morbiditas dan mortalitas janin dibandingkan dengan janin dengan presentasi kepala.

Persalinan adalah proses alami, namun dapat terganggu oleh faktor-faktor rumit, yang terkadang memerlukan intervensi klinis. Penatalaksanaan persalinan berisiko rendah adalah keseimbangan antara membiarkan proses alami terus berjalan sambil membatasi potensi komplikasi. Selama persalinan, pemantauan kardiotokografi sering digunakan untuk memantau kontraksi rahim dan detak jantung janin dari waktu ke waktu. Pemeriksaan jantung janin untuk mengevaluasi tanda-tanda gawat janin yang memerlukan intervensi serta kecukupan atau ketidakcukupan kontraksi. Tanda-tanda vital ibu diambil secara berkala dan setiap kali timbul kekhawatiran mengenai perubahan status klinis. Pengujian laboratorium sering kali mencakup jumlah hemoglobin, hematokrit, dan trombosit dan terkadang diulangi setelah melahirkan jika terjadi kehilangan darah yang signifikan. Pemeriksaan serviks biasanya dilakukan setiap 2 hingga 3 jam kecuali timbul kekhawatiran dan memerlukan pemeriksaan yang lebih sering. Pemeriksaan serviks yang sering dikaitkan dengan risiko infeksi yang lebih tinggi, terutama jika telah terjadi ketuban pecah. Perempuan harus diizinkan untuk berjalan dengan bebas dan mengubah posisi jika diinginkan. Kateter intravena biasanya dimasukkan jika diperlukan pemberian obat atau cairan. Asupan oral tidak boleh ditahan. Jika pasien tetap tidak makan atau minum dalam jangka waktu lama, cairan infus harus dipertimbangkan untuk membantu mengganti cairan yang hilang namun tidak perlu digunakan terus-menerus pada semua pasien yang bersalin. Analgesia ditawarkan dalam bentuk opioid intravena, nitrous oksida inhalasi, dan analgesia neuraksial pada kandidat yang sesuai. Amniotomi dipertimbangkan jika diperlukan untuk pemantauan kulit kepala janin atau augmentasi persalinan, namun penggunaan rutinnya tidak boleh dilakukan.[3] Oksitosin dapat dimulai untuk menambah kontraksi yang ternyata tidak memadai.

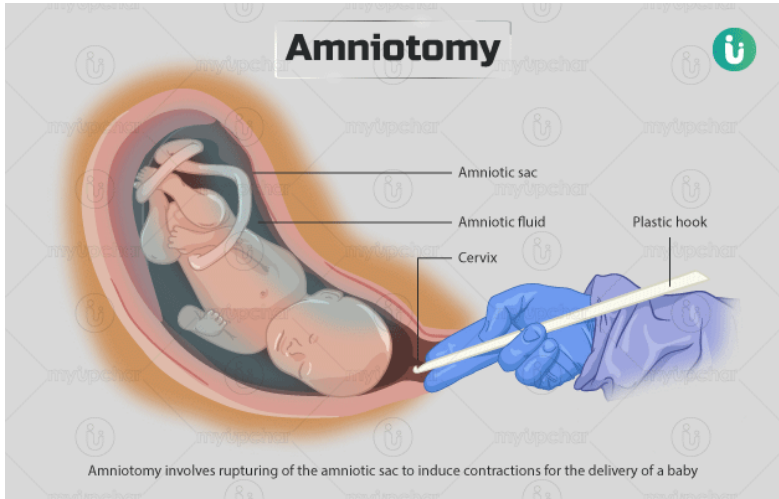
Kala II persalinan merupakan proses yang ditandai dengan pembukaan lengkap sampai dengan bayi lahir. Proses tersebut termasuk terjadinya pelebaran servik, kemudian janin turun ke jalan lahir dengan atau tanpa mengejan. Janin turun melewati jalan lahir melalui mekanisme penurunan kepala/ *7 cardinal movement* (

engagment, fleksi, internal rotation, extention, external rotation dan *eskpulsi*). Lama kala dua salah satunya dipengaruhi oleh paritas, pada ibu yang pernah melahirkan normal waktu lebih singkat dibandingkan dengan ibu yang baru melahirkan pertama kali. Pada ibu yang melahirkan tanpa anestesi kala II pada ibu multipara sekitar < 2 jam dan ibu nulipara <3 jam. Pada ibu dengan anestesi neuraksial <3 jam pada ibu multipara dan < 4 jam pada ibu nulipara (Hutchison J *et al*, 2023).

Durasi waktu persalinan kala II yang lama melebihi rata-rata durasi baik nulipara maupun multipara maka harus diwaspadai terjadinya kala II lama. Beberapa faktor yang mempengaruhi durasi persalinan antara lain adalah taksiran berat janin, posisi janin, atau faktor ibu seperti bentuk panggul dan penyakit penyerta saat kehamilan (hipertensi, diabetes melitus, usia dan riwayat persalinan sebelumnya dengan komplikasi (Cheng YW *et al*, 2017).

6.2 Amniotomi

Amniotomi, juga dikenal sebagai pecah ketuban buatan *artificial rupture of membranes* (AROM) atau bahasa sehari-hari dikenal sebagai "memecahkan air ketuban", adalah pecahnya kantung ketuban yang disengaja oleh penolong persalinan. Prosedur ini memiliki beberapa indikasi dan umumnya dilakukan selama manajemen persalinan. Kegiatan ini meninjau indikasi, kontraindikasi, dan teknik yang terlibat dalam melakukan amniotomi dan menyoroti peran tim interprofesional dalam pemantauan janin dan ibu.



Gambar 6.2. Amniotomi

<https://www.myupchar.com/en/surgery/amniotomy>

Amniotomi, juga dikenal sebagai pecah ketuban buatan (AROM) atau bahasa sehari-hari Amniotomi, juga dikenal sebagai pecah ketuban buatan (AROM) dan dengan deskripsi awam "memecah air", adalah pecahnya kantung ketuban yang disengaja oleh penyedia layanan obstetri. Prosedur ini umum dilakukan selama manajemen persalinan dan telah dilakukan oleh penyedia layanan obstetri setidaknya selama beberapa ratus tahun. Alasan pecahnya kantung ketuban yang disengaja selama persalinan ada bermacam-macam dan termasuk, namun tidak terbatas pada, mempengaruhi kecepatan persalinan, memungkinkan pemantauan lebih langsung terhadap status janin, dan penilaian kualitatif cairan ketuban. dikenal sebagai "pecahnya kantung ketuban" airnya," adalah pecahnya kantung ketuban yang disengaja oleh penyedia layanan obstetri. Prosedur ini memiliki beberapa indikasi dan umumnya dilakukan selama manajemen persalinan. Kegiatan ini meninjau indikasi, kontraindikasi, dan teknik yang terlibat dalam melakukan amniotomi dan menyoroti peran tim interprofesional dalam pemantauan janin dan ibu (Seiku *Le al*, 2019).

6.2.1 Fisiologi

Rongga ketuban/ kantong ketuban adalah ruang tertutup di dalam rahim tempat janin berkembang dan terlindungi selama masa antepartum. Rongga ketuban terdiri dari membran dua lapis, yang meliputi lapisan dalam yang disebut amnion dan lapisan luar yang disebut korion. Ruang potensial ini terbentuk pada awal kehamilan dan diisi dengan cairan serosa selama beberapa minggu pertama kehamilan. Dengan perkembangan janin lebih lanjut, khususnya sistem saluran kemih janin, cairan di ruang potensial ini meningkat seiring janin yang sedang berkembang mengeluarkan urin. Urin janin terdiri dari sebagian besar cairan ketuban. Biasanya, penghalang ini tetap utuh selama masa kehamilan, dan selaput ketuban akan pecah secara spontan, melepaskan cairan ketuban segera sebelum persalinan spontan atau kadang-kadang setelah permulaan persalinan spontan (Worthley M *et al*, 2018).

6.2.2 indikasi

Dua alasan utama terjadinya ketuban pecah ketuban adalah untuk menginduksi atau meningkatkan proses persalinan, atau untuk membantu penempatan alat pemantau janin internal untuk memberikan penilaian langsung terhadap status janin. Pemantauan detak jantung janin serta aktivitas rahim dapat dengan mudah diperoleh melalui sistem pemantauan eksternal. Namun, pada keadaan tertentu, evaluasi yang lebih langsung terhadap detak jantung janin atau aktivitas uterus selama persalinan diperlukan. Selaput ketuban memberikan hambatan fisik terhadap bentuk pemantauan ini, dan untuk memasang elektroda kulit kepala janin atau kateter tekanan intrauterin, selaput tersebut harus dipecah sebelum dipasang (Pasko DN *et al*, 2019).

6.2.3 Kontraindikasi

Kontraindikasi terhadap prosedur ini sedikit dan jelas. Pecah ketuban buatan tidak boleh dilakukan pada kasus malpresentasi, vasa previa, dugaan insersi velamentous tali pusat, atau pada kasus kepala janin tidak terlibat atau posisi janin tidak stabil. Jika presentasi janin tidak diketahui atau tidak bergerak sepenuhnya, risiko prolaps tali pusat meningkat. Kontraindikasi tambahan

termasuk jika wanita hamil tidak dalam masa persalinan aktif atau jika pasien menolak intervensi.

6.2.4 Alat yang dibutuhkan

Berikut merupakan alat yang digunakan untuk melakukan tindakan episiotomy

1. Kait amniotomi atau bantalan jari amniotomi
2. Sarung tangan steril
3. Gel steril jika diperlukan
4. Alat pelindung diri (sarung tangan, gaun, tirai, masker, pelindung mata)
5. Perlak
6. Underpad
7. Monitor janin elektronik (Kardiotokografi/CTG)
8. Tokolitik harus tersedia

6.2.5 Persiapan

Amniotomi mudah dilakukan dengan menggunakan kait yang dirancang khusus untuk mengambil dan merobek selaput ketuban. Dua perangkat yang paling umum digunakan adalah joran berukuran kira-kira 10 inci dengan pengait di ujung joran atau dipan jari dengan pengait di ujung dipan. Dengan kedua perangkat tersebut, dokter terlebih dahulu menilai pelebaran serviks melalui pemeriksaan digital yang steril. Pada saat yang sama, dilakukan penilaian terhadap bagian presentasi janin, untuk memastikan bahwa bagian presentasi sebenarnya adalah kepala janin dan menilai bahwa kepala janin menempel dengan baik pada panggul. Setelah konfirmasi presentasi dan keterlibatan janin, dokter dapat melanjutkan dengan ketuban pecah buatan (Cortes CT *et al*, 2018).

6.2.6 Teknik Pelaksanaan

Saat menggunakan alat rod-hook, ujung batang yang berada di luar vagina biasanya dipegang dengan tangan nondominan. Ujung kait batang tersebut kemudian dilindungi di antara dua jari saat memasuki vagina. Ketika praktisi dapat meraba selaput ketuban dan bagian presentasi janin, tangan nondominan digunakan untuk memajukan pengait ke selaput ketuban. Selaput tersebut kemudian

tersangkut dengan pengait, dan tarikan lembut dilakukan ke arah yang lebih baik untuk merobek selaput ketuban. Keberhasilan pecah ketuban paling sering ditentukan oleh segera kembalinya cairan ketuban dari vagina. Cairan ini biasanya bening dan tidak berbau. Namun, dalam keadaan tertentu, cairan tersebut mungkin mengandung mekonium atau mungkin mengandung darah. Penting untuk memperhatikan warna cairan pada saat pecah. Biasanya, setelah ketuban pecah, dokter tidak boleh segera mengeluarkan tangannya dari vagina karena pada titik inilah risiko tertinggi potensi prolaps tali pusat dapat terjadi dan akan terlihat seiring dengan terus mengalirnya cairan ketuban. Setelah aliran cairan ketuban segera berhenti, dan tidak ada tali pusat yang teraba di dalam vagina, tangan vagina kemudian dapat diangkat.

6.2.7 Komplikasi

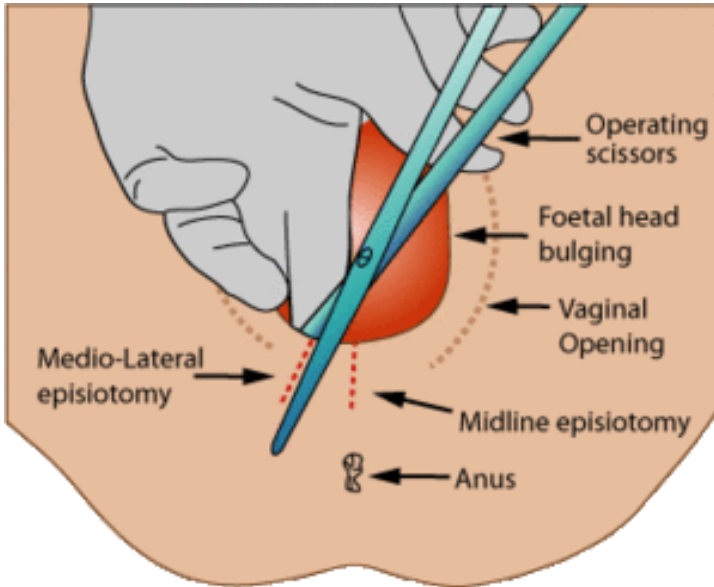
Komplikasi juga relatif sedikit. Pecahnya selaput ketuban menghilangkan penghalang utama antara janin dan lingkungan polimikroba vagina. Jika dilakukan terlalu dini dalam proses persalinan, terdapat peningkatan risiko korioamnionitis intrapartum. Komplikasi pecah ketuban buatan yang paling umum adalah prolaps tali pusat. Hal ini selalu terjadi setelah pecahnya ketuban jika dilakukan pecah ketuban buatan ketika kepala tidak menempel pada panggul ibu. Pada kasus kepala janin yang tidak terlibat, pecahnya ketuban memungkinkan tali pusat mendahului kepala janin saat terjadi pelepasan cairan ketuban. Hal ini akan menyebabkan kepala janin menekan bagian tali pusat sebelum kepala, yang umumnya menyebabkan bradikardia janin dan memerlukan operasi caesar darurat. Komplikasi ini seharusnya merupakan penyebab iatrogenik yang mudah dihindari pada persalinan darurat

Penolong percaya bahwa pecah ketuban buatan dapat membantu menginduksi persalinan atau meningkatkan persalinan spontan. Umumnya dirasakan bahwa mengeluarkan cairan ketuban dari kantung ketuban akan menginduksi aktivitas kontraksi uterus, meningkatkan kekuatan kontraksi, dan dapat meningkatkan persalinan dengan memberikan tekanan langsung dari kulit kepala janin pada leher rahim yang dapat membantu melebarkan leher

rahim. Meskipun hal ini merupakan keyakinan umum dari banyak praktisi, data yang mendukung amniotomi karena alasan ini masih belum pasti. Beberapa penelitian telah menghasilkan data yang mendukung praktik ini, sementara penelitian lain menunjukkan bahwa praktik ini, pada kenyataannya, tidak memberikan hasil apa pun. Hasilnya, meta-analisis telah dilakukan; namun, datanya tercampur. Meta-analisis tampaknya menunjukkan bahwa amniotomi untuk mempersingkat persalinan spontan tidak menghasilkan perbedaan yang nyata jika dibandingkan dengan tanpa amniotomi. Namun demikian, ketika terjadi keterlambatan persalinan, meta-analisis menunjukkan bahwa terdapat sedikit penurunan angka operasi caesar ketika ketuban pecah bersamaan dengan penggunaan oksitosin digunakan sebagai tindakan awal.

6.3 Episiotomi

Episiotomi adalah prosedur yang dikembangkan untuk meningkatkan kesulitan persalinan pervaginam sekaligus mengendalikan dan menghindari laserasi perineum yang berpotensi membahayakan selama proses persalinan. Kegiatan ini menguraikan indikasi klinis untuk episiotomi dan meninjau peran tim interprofesional dalam memastikan penggunaan yang tepat, memahami rekomendasi saat ini, dan merawat pasien yang menjalani episiotomi. Hal ini mencakup, namun tidak terbatas pada, riwayat, teknik yang berbeda, personel, dan perawatan pasca episiotomi yang berkaitan dengan semua anggota tim layanan kesehatan.



Gambar 6.3. Episiotomi

<https://id.wikipedia.org/wiki/Episiotomi>

Episiotomi adalah teknik yang awalnya dirancang untuk mengurangi kejadian robekan perineum parah (derajat ketiga dan keempat) selama persalinan (Pridis H *et al.* 2013). Ide umumnya adalah membuat sayatan terkontrol di perineum, untuk memperbesar lubang vagina, untuk memudahkan persalinan yang sulit. Idealnya, episiotomi akan mengurangi tekanan pada perineum sehingga menghasilkan sayatan yang mudah diperbaiki jika dibandingkan dengan trauma vagina yang tidak terkontrol. Berbagai jenis sayatan episiotomi meliputi garis tengah, median termodifikasi, mediolateral, berbentuk J, lateral, anterior, dan radikal. Dua teknik yang paling umum adalah garis tengah (AS dan Kanada) dan mediolateral (Eropa). Di Amerika Serikat, episiotomi pernah menjadi teknik yang banyak digunakan hingga tahun 2006 ketika American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) membuat rekomendasi untuk tidak menggunakan teknik ini secara rutin. Namun, penggunaan episiotomi secara selektif masih memiliki kegunaan dan harus dilakukan berdasarkan penilaian klinis dan indikasi ibu atau janin. Hingga saat ini, beberapa negara masih melakukan episiotomi secara rutin (Shmueli H *et al.*, 2018).

6.3.1 Anatomi Fisiologi

Tujuan utama dari episiotomi adalah untuk mencegah robekan serius pada perineum, dan oleh karena itu, penting untuk membuat daftar berbagai tingkat robekan vagina mulai dari tingkat pertama hingga keempat (Frohlich J *et al*, 2015). Di bawah ini adalah skala klasifikasi definisi robekan vagina:

1. Derajat satu: Melibatkan mukosa vagina dan kulit perineum tanpa keterlibatan jaringan di bawahnya.
2. Derajat kedua: Termasuk jaringan subkutan dan otot perineum di bawahnya.
3. Derajat ketiga: Otot sfingter ani terlibat dalam robekan. Robekan derajat tiga dapat dipecah lebih lanjut berdasarkan luas total sfingter ani yang terkena.
4. Derajat keempat: Robekan meluas melalui otot rektum hingga ke mukosa rektum.

6.3.2 Indikasi

Beberapa penelitian telah menunjukkan kegunaan penggunaan episiotomi secara selektif. Menurut tinjauan database Cochrane oleh Xu Qian dkk., penerapan kebijakan episiotomi selektif pada wanita yang menjalani persalinan pervaginam non-operatif, menghasilkan lebih sedikit wanita yang mengalami trauma perineum parah secara signifikan jika dibandingkan dengan wanita yang menjalani episiotomi rutin (Jiang H *et al*, 2017). Namun, masih belum ada bukti pendukung yang kuat mengenai manfaat penggunaannya sebagai prosedur elektif yang berdiri sendiri.

Artikel Sultan AH pada tahun 2019 menyatakan Organisasi Kesehatan Dunia belum menetapkan peran episiotomi.[10] Oleh karena itu, indikasi tetap dijaga dan harus ditentukan kasus per kasus oleh tim layanan kesehatan. Situasi di mana penyedia layanan kesehatan mungkin mempertimbangkan episiotomi meliputi: membantu persalinan pervaginam operatif, distosia bahu, atau gawat janin (Sultan AH *et al*, 2019).

6.3.3 Kontraindikasi

Sebuah studi kohort retrospektif menunjukkan bahwa penggunaan episiotomi dapat meningkatkan risiko robekan derajat

tiga dan empat pada wanita multipara. Karena penelitian tersebut, *American College of Obstetricians and Gynecologists* merekomendasikan untuk tidak menggunakan episiotomi secara rutin (Shmueli H et al, 2018).

6.3.4 Alat yang digunakan

Alat yang digunakan pada saat melakukan tindakan episiotomi adalah, sebagai berikut :

1. Episiotomy scissors
2. Needle holder
3. Stitches
4. Surgical drape
5. Local anesthetic
6. Hemostatic forceps/tissue forceps
7. Sim's speculum
8. Foley catheter
9. Syringe, needles
10. Scalpel/blade
11. Kidney tray

6.3.5 Perisapan

Hal- hal yang perlu dipersiapkan saat akan melakukan episiotomi adalah, sebagai berikut:

1. Pastikan wanita tersebut menyetujui prosedur tersebut
2. Pastikan pencahayaan yang baik
3. Kaji perineum dan putuskan jenis episiotomi
4. Pastikan anestesi yang memadai
5. Periksa peralatan sebelum memulai prosedur
6. Hitung usap sebelum dan sesudah melakukan perbaikan episiotomi
7. Gunakan metode non-locking yang longgar dan terus menerus untuk mukosa vagina dan otot perineum serta teknik subkutikuler terus menerus untuk kulit perineum[12]

6.3.6 Teknik Pelaksanaan

Episiotomi dilakukan dengan menggunakan gunting atau pisau bedah. Sayatan episiotomi median harus dimulai dari fourchette posterior, untuk menghindari kelenjar Bartholin, dan berjalan ke bawah melalui badan perineum. Panjang sayatan yang ideal pada setiap pasien berbeda-beda karena bergantung pada anatomi dan ukuran relatif perineum. Puncak episiotomi perlu divisualisasikan dan diamankan secara hati-hati sambil memastikan hemostasis.

Episiotomi mediolateral juga dimulai dari fourchette posterior. Sayatan harus dilakukan ke samping, kanan atau kiri, dengan sudut 45 hingga 60 derajat, menghindari otot sfingter ani. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa sudut 60 derajat dikaitkan dengan risiko lebih rendah terjadinya robekan derajat tiga dan cedera pada sfingter ani. Namun, bukti ini tidak didasarkan pada uji coba terkontrol secara acak dalam skala besar.

Episiotomi median yang dimodifikasi adalah teknik yang jarang digunakan dan mirip dengan sayatan median standar. Hal ini dibedakan dengan penggunaan dua sayatan melintang, di kedua sisi tegak lurus garis tengah, di atas dugaan lokasi otot sfingter anal eksternal. Modifikasi ini digunakan untuk meningkatkan diameter lubang vagina, sehingga membantu persalinan dengan lebih baik. Tidak ada uji coba terkontrol secara acak untuk memperkuat teknik median yang dimodifikasi. Teknik episiotomi lainnya tidak umum dan literatur medis jarang menyebutkannya.

Setelah melahirkan, pemeriksaan dubur diperlukan untuk menilai luas sayatan. Jahitan terus menerus dengan jahitan yang dapat diserap selama perbaikan adalah pendekatan yang disarankan, karena mengurangi kebutuhan untuk melepas lebih lanjut di kemudian hari. Pastikan bahwa dokumentasi dalam bagan pasien merupakan deskripsi akurat mengenai temuan dan teknik yang digunakan. Tanyakan kepada pasien dan keluarganya dan tanggapilah kekhawatiran dan harapan mereka secara memadai (Marty N *et al*, 2018).

6.3.7 Komplikasi

Banyak komplikasi episiotomi yang mirip dengan robekan perineum spontan. Oleh karena itu, kita harus memastikan bahwa manfaat dari prosedur tersebut lebih besar daripada risikonya selama proses pengambilan keputusan. Efek buruk dari episiotomi termasuk perdarahan, penyembuhan luka yang berkepanjangan, komplikasi pada persalinan pervaginam berikutnya, dispareunia, disfungsi dasar panggul, fistula urinaria, dan jaringan parut pada luka yang tidak sesuai. Komplikasi terpenting dari episiotomi adalah cedera pada otot sfingter ani eksternal, yang dapat menyebabkan inkontinensia dan pembentukan fistula. Penting untuk dicatat bahwa penggunaan episiotomi tidak melindungi perempuan dari komplikasi tersebut. Namun, terdapat satu tinjauan literatur yang menunjukkan bahwa pendekatan episiotomi median meningkatkan risiko cedera sfingter anal jika dibandingkan dengan teknik mediolateral. Data ini menyiratkan bahwa pilihan ini mungkin lebih aman (Marty N et al, 2018).

Teknik episiotomi dan sejarahnya penting untuk dipahami karena penggunaannya tidak ketinggalan zaman. Studi terkontrol secara acak belum dilakukan untuk memberikan dasar signifikansi klinisnya. Oleh karena itu, kegunaannya didasarkan pada preferensi pengambilan keputusan klinis oleh para profesional kesehatan. Kebanyakan wanita akan menerima episiotomi jika diperlukan. Pendidikan dan informasi tertulis mengenai episiotomi meningkatkan penerimaan dan mengurangi tingkat kecemasan pada pasien selama proses melahirkan.[16] Penggunaan episiotomi secara selektif dibandingkan dengan penggunaan rutin selama persalinan pervaginam dikaitkan dengan tingkat trauma perineum posterior yang lebih rendah, penjahitan yang lebih sedikit, dan komplikasi penyembuhan yang lebih sedikit.[Carroli G et al, 2009].

Interaksi antarprofesional selama dan setelah episiotomi memainkan peran penting dalam mencapai standar perawatan terbaik bagi ibu dan bayinya yang belum lahir. Sebelum melakukan episiotomi, sangat penting untuk mendapatkan persetujuan dari pasien dan memberikan edukasi, jika waktu memungkinkan, karena tindakan ini dapat dianggap sebagai prosedur yang tidak diperlukan untuk membantu persalinan. Komunikasi yang jelas tentang risiko,

manfaat, dan alternatif episiotomi diperlukan. Peran perawat sangat penting sebelum, selama, dan setelah melakukan prosedur episiotomi. Selama periode pra-prosedur, perawat harus memastikan bahwa pasien mendapat informasi yang baik. Perawat harus mengatasi segala kekhawatiran atau ketidakpastian yang mungkin dimiliki pasien mengenai prosedur episiotomi. Perawat harus mencatat tanda-tanda vital pasien dalam bagan medis dan memastikan tanda-tanda tersebut sesuai. Jika ada perubahan yang tidak diinginkan pada tanda-tanda vital, ia harus segera kembali ke dokter dan mendokumentasikan temuannya. Perawat memastikan bahwa alat-alat yang diperlukan untuk melakukan episiotomi tersedia dan siap digunakan.

Selama prosedur, perawat membantu dokter kandungan atau bidan dengan menyerahkan peralatan dan memastikan paparan yang memadai pada perineum tetap terjaga. Setelah itu, perawat harus menutup sayatan episiotomi dengan balutan yang tepat dan mendidik pasien tentang manajemen perawatan luka yang tepat. Perawat juga harus memantau tanda-tanda vital pasien dan melaporkan potensi komplikasi kepada penyedia layanan kesehatan. Pasien harus menerima informasi tertulis lebih lanjut tentang prosedur dan instruksi tentang cara merawat lukanya setelah prosedur. Apoteker klinis berperan dengan memberikan konseling kepada pasien tentang penggunaan obat analgesik dan anti inflamasi yang tepat dalam 24 hingga 72 jam pertama setelah episiotomi. Apoteker juga memastikan bahwa pasien tidak menerima obat lain yang mungkin mengganggu obat yang diresepkan, untuk mencegah interaksi obat. Tim interprofesional harus memastikan bahwa latihan dasar panggul dan perawatan luka yang tepat dilakukan pasca melahirkan untuk meminimalkan jaringan parut yang tidak tepat pada perineum. Penatalaksanaan ini akan membantu mengurangi komplikasi pada area yang relatif sensitif. Pemanfaatan kolaborasi antarprofesional akan memastikan hasil terbaik bagi pasien. [Tingkat 5]

6.4 Manajemen Asuhan Persalinan Kala II

Asuhan yang diberikan pada ibu dalam proses persalinan kala II adalah menyakinkan bahwa menerima support secara psikologis agar kooperatif selama proses persalinan. Hal-hal yang perlu diperhatikan untuk memastikan hal tersebut adalah :

1. Memastikan bahwa tidak sendiri/ ada pendamping persalinan dan meindahkan di ruang persalinan di waktu yang tepat tanpa terburu-buru
2. Mempersiapkan ruang persalinan, alat yang digunakan, meperisapkan empat bayi yang bersih dan nyaman sebelum proses persalinan berlangsung
3. Memastikan bahwa ruangan yang digunakan merupakan lingkungan yang bersih nyaman, sudah dilakukan dekontaminasi/ sterilisasi ruangan dan pencahayaan yang cukup diruang persalinan
4. Memperisapkan diri dan tim penolong untuk menggunakan APD dengan baik, mencuci tangan dengan air mengalir dan menggunakan sabun, kemudian menggunakan sarung tangan steril
5. Sebelum melakukan pertolongan pastikan bahwa APD sudah digunakan dengan baik
6. Menentukan posisi ibu bersalin sesuai dengan kenyamanan dan pertimbangan kelancaran proses persalinan

Beberapa asuhan teknis yang dilakukan oleh penolong persalinan adalah sebagai berikut:

1. Meperhatikan kandung kemih
Asuhan dimulai dari proses persalinan kala I, karena penuhnya kandung kemih dapat menghambat proses persalinan dan beresiko terjadi cedera pada saat proses penurunan kepala.
2. Kenyaman dan kebersihan
Bersihkan vulva jika dibutuhkan dan gunaka pad steril untuk menutup saat kontraksi. Memberikan pijatan, relaksasi agar mengurangi nyeri persalinan.

3. Dukungan emosional

Berikan pujian dan dukungan positif dan memberikan informasi terkait kemajuan persalinan. menciptakan lingkungan yang tenang dan menjaga privasi untuk mengurangi kecemasan.

4. Posisi

Mempertimbangkan posisi seperti *squatting, kneeling, all fours, standing, left lateral position* atau dorsal rekumben saat pertolongan kala II. Posisi tersebut dapat meningkatkan efektifitas kontraksi dan melancarkan proses.

5. Observasi

Memantau kekuatan, lama dan frekuensi kontraksi. Melakukan pemantauan penurunan kepala, kondisi janin (DJJ), warna cairan ketuban, molase dan keadaan selaput ketuban) dan kondisi ibu (emosional dan tanda-tanda vital)

DAFTAR PUSTAKA

- ACOG Committee Opinion No. 766: Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth. *Obstet Gynecol.* 2019 Feb;133(2):e164-e173.
- Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009 Jan 21;(1):CD000081.
- Cheng YW, Caughey AB. Defining and Managing Normal and Abnormal Second Stage of Labor. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2017 Dec;44(4):547-566.
- Côrtes CT, Oliveira SMJV, Santos RCSD, Francisco AA, Riesco MLG, Shimoda GT. Implementation of evidence-based practices in normal delivery care. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2018 Mar 08;26:e2988.
- Frohlich J, Kettle C. Perineal care. *BMJ Clin Evid.* 2015 Mar 10;2015Hutchison J, Mahdy H. 2023. Stage of Labor. *StatPearls.*
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544290/>
- Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Feb 08;2(2):CD000081.
- Liao JB, Buhimschi CS, Norwitz ER. Normal labor: mechanism and duration. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2005 Jun;32(2):145-64, vii.
- Marty N, Verspyck E. [Perineal tears and episiotomy: Surgical procedure - CNGOF perineal prevention and protection in obstetrics guidelines]. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2018 Dec;46(12):948-967.
- Pasko DN, Miller KM, Jauk VC, Subramaniam A. Pregnancy Outcomes after Early Amniotomy among Class III Obese Gravidas Undergoing Induction of Labor. *Am J Perinatol.* 2019 Apr;36(5):449-454.
- Priddis H, Dahlen HG, Schmied V, Sneddon A, Kettle C, Brown C, Thornton C. Risk of recurrence, subsequent mode of birth and morbidity for women who experienced severe perineal trauma in a first birth in New South Wales between 2000-

- 2008: a population based data linkage study. BMC Pregnancy Childbirth. 2013 Apr 08;13:89.
- Seikku L, Stefanovic V, Rahkonen P, Teramo K, Paavonen J, Tikkanen M, Rahkonen L. Amniotic fluid and umbilical cord serum erythropoietin in term and prolonged pregnancies. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2019 Feb;233:1-5.
- Shmueli A, Gabbay Benziv R, Hiersch L, Ashwal E, Aviram R, Yogev Y, Aviram A. Episiotomy - risk factors and outcomes. J Matern Fetal Neonatal Med. 2017 Feb;30(3):251-256.
- Sultan AH, Thakar R, Ismail KM, Kalis V, Laine K, Räisänen SH, de Leeuw JW. The role of mediolateral episiotomy during operative vaginal delivery. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2019 Sep;240:192-196.
- Worthley M, Kelsberg G, Safranek S. Does amniotomy shorten spontaneous labor or improve outcomes? J Fam Pract. 2018 Dec;67(12):787-788.

BAB 7

KOMPLIKASI DAN PENYULIT PERSALINAN KALA II

Oleh Gusti Ayu Tirtawati

7.1 Latar belakang

Sampai saat ini, MMR dan AKB merupakan indikator untuk mengukur status kesehatan suatu negara, dan kematian Ibu saat melahirkan merupakan penyebab utama kematian pada perempuan usia subur di negara berkembang (Pwirohardjo, 2016). Kejadian tak terduga seringkali terjadi secara tiba-tiba pada saat melahirkan.

Hal ini dapat membahayakan nyawa ibu dan janin. Kemungkinan penyebabnya bisa bermacam-macam, antara lain faktor ibu seperti kelainan fungsi atau tenaga, faktor janin seperti malformasi atau cacat, dan faktor jalan lahir seperti ukuran panggul ibu atau tumor. Komplikasi ibu.

95% kelahiran normal terjadi secara alami di yaitu letak belakang kepala (LBK). Proses kelahirannya sendiri berlangsung tidak lebih dari 18 jam jika tidak ada komplikasi. Proses kelahirannya sendiri terbagi menjadi empat tahap. Jadi kala 1 atau yang biasa disebut dengan pembukaan jalan lahir ibu, kala 2 biasa disebut dengan keluarnya janin, kemudian kala 3 adalah pengeluaran plasenta, dan terakhir kala 4 yaitu masa 2 jam setelah melahirkan.

Alternatifnya, periode pemantauan bisa dilakukan selama dua jam setelah lahirnya plasenta (Kurniarum, 2016). Diharapkan dengan penatalaksanaan pertolongan persalinan sesuai prosedur dan dilakukan oleh bidan yang kompeten maka AKI dan AKB bisa ditekan.

7.2 Defenisi

7.2.1 Kala 2 persalinan

Adalah Persalinan Kala II merupakan proses pengeluaran janin dari dalam rahim. Pemeriksaan panggul dapat menentukan hal ini jika area tersebut tidak lagi teraba hingga janin keluar dari rahim. (Oktarina, 2016)

7.2.2 Penyulit persalinan

Penyulit persalinan adalah Berikut kelainan yang terjadi pada proses persalinan: presentasi yang tidak normal, perdarahan postpartum, operasi caesar. Komplikasi persalinan merupakan kelainan yang mempengaruhi jalannya persalinan dan memerlukan intervensi pada saat persalinan untuk mencapai keberhasilan persalinan dan kesehatan ibu dan bayi (Manuaba, 2012). Prawiroharjo (2016) menyatakan komplikasi obstetrik adalah persalinan tidak normal yang ditandai dengan lambat atau tidaknya kemajuan proses persalinan dalam satuan waktu tertentu. Berdasarkan definisi di atas, distosia merupakan suatu persalinan abnormal yang memerlukan tindakan obstetrik yang lebih kompleks dibandingkan persalinan normal untuk mencegah kematian ibu dan anak pasca persalinan.

7.3 Penyulit persalinan kala 2

7.3.1 Partus Lama

Persalinan yang lebih lama berlangsung lebih dari 24 jam pada primipara dan 18 jam pada wanita multipara (Manuaba, 2012). Persalinan lama ditandai dengan kala satu persalinan yang berkepanjangan, masa aktif dan laten yang lebih lama, serta tidak adanya dilatasi serviks, perdarahan akibat atonia uteri, ruptur uteri, dan robeknya jalan lahir. Komplikasi persalinan lama meliputi: 1) Gawat janin terjadi karena berkurangnya suplai darah dan penurunan kadar oksigen sehingga mengakibatkan gawat janin. 2) Ketuban pecah dini (KPD meningkatkan risiko infeksi dan prolaps tali pusat jika segmen ini tidak diturunkan. 3) Cedera jaringan lunak atau trauma otak akibat tekanan kuat terus menerus pada kepala bayi atau persalinan dengan forceps. Oleh karena itu, kontrasepsi

dengan forceps atau operasi caesar mungkin penting untuk mengurangi komplikasi selama persalinan lama.

7.3.2 Persalinan Presipitatus

Persalinan presipitatus adalah persalinan selesai dalam waktu 4 jam (Farrer, 2001). Penyebab paling umum dari kelahiran prematur adalah kurangnya daya tahan jaringan ibu, kontraksi rahim yang aktif, dan posisi janin yang kecil sehingga lebih mudah untuk turun. Kontraksi seperti ini sering terjadi pada wanita multipara dengan riwayat persalinan prematur atau panggul yang terlalu besar (Manuaba, 2012). Asfiksia dan aspirasi dapat terjadi pada saat persalinan jika leher rahim rata dan jaringan tetap meregang sehingga menyebabkan perlukaan jalan lahir, ruptur uteri, dan emboli cairan (Manuaba, 2012).

7.3.3 Persalinan Preterm

Persalinan preterm atau prematur dianggap sebagai keadaan darurat obstetrik karena ditandai dengan kontraksi ritmis rahim yang menyebabkan perubahan pada leher rahim antara usia kehamilan 26 dan 37 minggu. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kelahiran prematur antara lain bayi kembar, polihidramnion, tekanan darah tinggi selama kehamilan, operasi atau trauma perut, kematian janin, perdarahan atau kelainan rahim, insufisiensi serviks, dan KPD. Faktor ibu lainnya antara lain status sosial ekonomi, usia di bawah 20 tahun atau di atas 35 tahun, merokok 10 batang atau lebih per hari, dan riwayat kelahiran prematur (Pwiroharjo, 2016). Perhatian khusus harus diberikan pada kelahiran prematur, yang dapat menyebabkan peningkatan angka kematian janin akibat belum matangnya sistem pernafasan, terutama karena masa kehamilan belum mencapai minggu ke-37 kehamilan.

7.3.4 Ketuban Pecah Dini (KPD)

Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah pecahnya selaput ketuban sebelum kelahiran, yaitu bila dilatasi pertama kurang dari 3 cm dan selaput ketuban hancur; kematian pada KPD adalah infeksi, infeksi pernafasan, prolaps tali pusat dan malformasi yang memperburuk

kondisi bayi prematur (Pwiroharjo, 2016). Perhatian khusus diberikan pada infeksi intrauterin yang meningkat pada persalinan prematur dan KPD, karena menyebabkan kematian janin sebesar 30%.

7.3.5 Ruptur Uterus

Ruptur uteri adalah pecahnya seluruh otot rahim atau jaringan parut rahim setelah janin dilahirkan hidup. Ruptur total melibatkan ketiga lapisan otot rahim dan dapat disebabkan oleh melemahnya jaringan parut selama persalinan sesar, trauma obstetrik, malformasi uterus, atau trauma eksternal (Manuaba, 2012). Tanda-tanda ruptur total termasuk rasa sakit yang luar biasa atau hilangnya kontraksi, pendarahan vagina yang terlihat namun biasanya tidak serius, dan pendarahan internal. Ruptur rahim memaksa janin masuk lebih jauh ke dalam rongga perut. Kelainan Janin (Passanger) Persalinan dapat mengalami kesulitan karena kelainan pada besar/berat janin, kelainan bentuk (seperti asites dan hidrosefalus), kelainan presentasi atau letak (malpresentasi/malposisi), masalah plasenta/tali pusat, masalah cairan amnion/perdarahan, dan kembar/kembar siam. Kelainan janin (passanger) meliputi: (Manuaba, 2012)

7.3.6 Distres Janin

Gawat janin adalah suatu kondisi dimana janin tidak mendapat cukup oksigen melalui sirkulasi janin ibu sehingga menyebabkan hipoksia. Hipoksia janin disebabkan oleh faktor-faktor seperti masalah pada rahim, tali pusat, plasenta, atau janin. Hipoksia janin yang berkepanjangan dapat menyebabkan keterbelakangan mental, palse serebral, dan bahkan kematian (Manuaba, 2012). Ukurannya yang besar membuat persalinan menjadi sangat sulit. Ukuran ini berkaitan dengan beberapa faktor, termasuk genetik. Ibu yang menderita diabetes dan sering hamil (Pwiroharjo, 2016). Efek makrosomia pada ibu termasuk distensi uterus, yang menyebabkan serat rahim meregang secara berlebihan.

Hal ini menyebabkan peningkatan kejadian disfungsi persalinan, misalnya ruptur uteri dan perdarahan postpartum.

Persalinan mungkin berkepanjangan dan kemungkinan pembedahan lebih besar.

7.3.7 Hidrosefalus

Hidrosefalus secara harafiah berarti "air pada sumbernya". Ini adalah kondisi abnormal dimana cairan serebrospinal menumpuk di kepala bayi sehingga menyebabkan kepala bayi membesar. Persalinan dengan komplikasi berupa hidrosefalus pada janin memerlukan beberapa pemeriksaan antenatal, antara lain: Palpasi perut antenatal adalah tes antenatal yang membantu dokter menentukan kemungkinan presentasi sungsang. USG diperlukan untuk mengevaluasi tengkorak, dan dalam kasus gejala parietal, pemeriksaan vagina dapat mengungkapkan komplikasi hidrosefalus. Bayi baru lahir dapat mengalami kerusakan otak yang parah dan meninggal pada saat atau setelah lahir (Saifuddin, 2018)

7.3.8 Kehamilan ganda

Kembar identik karena berkembang dari sel telur yang telah dibuahi. Kembar tidak identik terbentuk dari pembuahan dua sel telur yang terpisah dan bisa berbeda jenis kelamin. Genetika, usia, paritas, dan obat kesuburan mempengaruhi frekuensi kembar fraternal. Kelainan janin lebih sering terjadi pada kehamilan ganda (Manuaba, 2012)

7.3.9 Malposisi dan malpresentasi

Sekalipun janinnya normal dan jalan lahirnya cocok, persalinan bisa menjadi rumit jika posisi bayi tidak normal di dalam panggul ibu. Pada 9 dari 10 kelahiran, bayi berada dalam posisi frontal saat lahir. Oleh karena itu, punggung menghadap ibu, dan oksipitalis menghadap tulang kemaluan ibu. Posisi ini memungkinkan bayi melewati jalan lahir yang tidak teratur tanpa banyak kesulitan, selama tidak ada masalah dengan ukuran atau kekuatan rahim (Rukiyah, 2019). Faktor yang berhubungan dengan kelahiran sungsang antara lain prematuritas, plasenta previa, polihidramnion, kehamilan ganda, dan kelainan tengkorak pada janin. Jika persalinan pervaginam dilakukan, laserasi dan episiotomi luas dapat terjadi karena kepala tidak mampu merespons secara

efektif sebagai dilator serviks, sehingga memperpanjang persalinan. Persalinan pervaginam dengan posisi sungsang meningkatkan risiko prolaps tali pusat dan meningkatkan risiko perdarahan intrakranial pada janin. Cedera sumsum tulang belakang yang disebabkan oleh peregangan atau manipulasi. Kelumpuhan pleksus brakialis. Pada persalinan sungsang, sebagian besar bayi lahir terlambat, sehingga jika terjadi kesalahan, mungkin sudah terlambat untuk menyelamatkan bayi tersebut. Oleh karena itu, mutasi dapat terjadi pada usia kehamilan 37 minggu, dan jika janin tidak dapat dikembalikan ke posisi ubun-ubun, maka persalinan melalui operasi caesar juga dapat dilakukan.

7.3.10 Kematian Janin Dalam Rahim

Kematian janin dalam rahim (IUFD) adalah kematian janin di dalam rahim, yang sebelumnya disebut lahir mati, dan berhubungan dengan penurunan tanda dan gejala kehamilan secara bertahap. Detak jantung bayi menghilang, pemeriksaan USG tidak menunjukkan detak jantung, dan hasil rontgen menunjukkan adanya benjolan pada tulang janin yang disebut tanda Spalding (Manuaba, 2012).

7.3.11 Kelainan Jalan Lahir

Jika jalan lahir (jalan lahir) menyempit (terlalu kecil) atau terhalang oleh suatu halangan seperti tumor atau oleh sebab lain. Gangguan tersebut antara lain :

1. Kontraktur Tulang Panggul

Kontraktur Tulang Panggul adalah suatu keadaan dimana tulang panggul pasien yang berbentuk corong menjadi terlalu kaku selama beberapa menit sehingga menghambat jalannya janin. Kontraktur dapat terjadi di pintu masuk, pertengahan panggul, atau keluar. Pengukuran panggul dapat dilakukan sebelum kehamilan dengan menggunakan pengukuran panggul klinis dan sinar-X. Selama kehamilan, USG dilakukan untuk mengukur kepala dan panggul janin. Diistilahkan Cephalo Pelvic Disproportional (CPD) oleh Saifuddin (2018): Jika panggul terlalu kecil untuk dilewati janin, maka tidak mungkin dilakukan persalinan

pervaginam. Oleh karena itu, komplikasi CPD selama persalinan antara lain KPD ruptur uteri, dan nekrosis jaringan lunak internal akibat tekanan pada kepala bayi. Komplikasi janin termasuk kegagalan masuk portal, hiperplasia, dan perdarahan intrakranial (Manuaba, 2012).

2. Tumor

Penyebab lain dari distosia (distosia) adalah adanya tumor yang menghalangi sebagian atau seluruh jalan lahir. Tumor mungkin berada di rahim, leher rahim, vagina, ovarium, atau jaringan di sekitarnya. Tumor mungkin tidak diketahui sampai pasien menerima perawatan prenatal. Pengobatan tumor direncanakan berdasarkan ukuran, lokasi, dan jenis tumor, serta usia pasien, jumlah kehamilan sebelumnya, dan usia kehamilan. Perawatan yang mungkin dilakukan meliputi: 1) operasi insisional siaga, 2) percobaan persalinan sesar (SC) dengan kemungkinan persalinan sesar, 3) persalinan SC yang direncanakan untuk persalinan prematur, atau 4) persalinan sesar yang diikuti dengan histerektomi (Manuaba, 2012).

Kelainan ini dapat menyebabkan persalinan lama diantaranya adalah pemanjangan fase aktif, pemanjangan masa laten. Kelainan tahap kedua. Ini melibatkan tahap kedua persalinan yang berkepanjangan. Untuk menjamin keselamatan ibu dan anak selama proses persalinan, seringkali dilakukan pembedahan persalinan dengan menggunakan alat bantu, seperti operasi caesar.

7.3.12 Emboli air ketuban

Oklesi pembuluh darah akibat cairan ketuban/emboli Kasus emboli sangat jarang terjadi. Cairan ketuban masuk ke pembuluh darah dan ibu mengalami syok.

Pencegahan dan penatalaksanaan emboli air ketuban

1. Untuk menghindari air ketuban masuk kedalam pembuluh darah pada proses persalinan, maka ketuban dipecahkan diluar his.
2. Apabila persalinan dengan Secsio secaria, penyedotan air ketuban dilakukan hati-hati sehingga air ketuban tidak

masuk kedalam pembuluh darah melalui luka sayatan operasi.

3. Pemberian oksigen dengan tekanan yang tinggi
 4. Melakukan pemasangan infus di dua tempat untuk mengatasi syok
 5. Resusitasi jantung dilakukan dengan masase dan mesin kardiopulmonari
 6. Atropin diberikan untuk mengurangi vasokonstriksi pembuluh darah dan paru, vasopressor (isoproterenol) serta mengatasi edema diberikan diuretic.
 7. Untuk mengurangi spasme bronkus dan pembuluh darah paru, berikan obat spasmolitik, papaverine.
 8. Antihistamin (prometazin) dan kortison dosis tinggi diberikan untuk mengatasi syok anafilaksis
 9. Heparin diberikan mengatasi koagulasi intravascular.
- (Manuaba, Ida, 2012)

DAFTAR PUSTAKA

- Kurniarum, ari. (2016). *Asuhan kebidanan persalinan dan bayi baru lahir* (nurul Huda (ed.); Pertama). Kemenkes-PPSDM. <http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-content/uploads/2017/08/Asuhan-Kebidanan- Persalinan-dan-BBL-Komprehensif.pdf>
- Manuaba, Ida, D. (2012). *Ilmu kebidanan, penyakit kandungan kb* (monica dkk Ester (ed.); Kedua). EGC.
- Nurjasmi, emi. dkk. (2021). *Buku acuan midwifery update* (dkk Nurjasmi, emi (ed.); Kedua). PP IBI.
- Oktarina, mika. (2016). *Buku ajar asuhan kebidanan persalinan dan bayi baru lahir* (Deepublish (ed.); Pertama). Deepublish. https://www.google.co.id/books/edition/Buku_Ajar_Asu_han_Kebidanan_Persalinan_da/tgCDDwAAQBAJ?hl=id&g_bpv=1&dq=asuhan+kebidanan+kegawatdaruratan+pers alinan&printsec=frontcover
- Pramana, cipta. (2019). *Manajemen persalinan sunsang* (cipta Pramana (ed.)). https://www.researchgate.net/publication/335528808_MANAJEMEN_PERSALINAN_SUNGSANG
- Prawirohardjo, sarwono. (2016). *Ilmu kebidanan sarwono prawirohardjo* (bari. dk. Saifududdin (ed.); Keempat, c). PT bina pustaka sarwono prawirohardjo.
- Rukiyah, dkk. (2019). *Asuhan kebidanan kegawatdaruratan maternal dan neonatal* (Trans Info Media (ed.); Pertama). Trans Info Media.
- Saifuddin, D. (2018). *Buku acuan nasional pelayanan kesehatan maternal dan neonatal* (abdul bari. dkk Saifudddin (ed.); Edisi I, c). Yayasan bina pustaka sarwono prawirohardjo.
- Subiastutik, dkk. (2022). *Buku ajar asuhan kebidanan persalinan* (M. Nasrudin (ed.); Kesatu). PT NEM.

BAB 8

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN KALA III

Oleh Meinita Wulansari

8.1 Pendahuluan

Bidan merupakan seorang orang perempuan yang menempuh pendidikan bidan dan lulus, serta telah teregistrasi sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku (Kemenkes RI, 2017). Asuhan kebidanan merupakan serangkaian pemeriksaan yang dilakukan bidan secara lengkap dan berkesinambungan dengan penuh tanggung jawab kepada wanita, dimulai dari masa bayi hingga menopause. Asuhan yang diberikan berupa pra kehamilan, hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, bayi, balita, anak prasekolah, keluarga berencana serta menopause (Varney, 2007).

Pada masa persalinan, pemberian asuhan kebidanan oleh bidan pada ibu bersalin, didasarkan pada hasil identifikasi data subjektif dan data objektif yang diperoleh. Pemberian asuhan secara komprehensif dan terintegrasi serta memperhatikan pemberian intervensi seminimal mungkin, memiliki tujuan untuk mempertahankan kelangsungan hidup serta meningkatkan derajat kesehatan ibu dan bayinya (Aswita et al. 2023).

Kala III merupakan salah satu tahapan pada proses persalinan, yang dimulai sejak lahirnya bayi hingga plasenta lahir (Sutrang dkk, 2023) Pada primipara maupun multipara, rata-rata kala III berlangsung sekitar 15–30 menit, lokasi implantasi plasenta sering kali berada pada bagian depan dan belakang dinding korpus uteri atau bagian dinding lateral (Sumarah, 2010).

8.2 Fisiologi

Pada kala III, terjadi kontraksi pada otot uterus (myometrium) yang diikuti dengan penyusutan volume rongga uterus (Rukiyah dkk, 2014). Kontraksi ini menyebabkan uterus

teraba keras. Penyusutan volume rongga uterus menyebabkan berkurangnya tempat perlekatan placenta. Hal ini dikarenakan luas daerah perlekatan placenta yang semakin mengecil, sedangkan ukuran placenta tidak terjadi perubahan. Oleh karena itu placenta dapat terlipat, menebal dan akhirnya dapat terlepas dari dinding uterus. Pelepasan placenta disertai dengan pengeluaran darah. Perdarahan yang terjadi akibat adanya robeknya pembuluh darah yang kecil saat terjadinya pelepasan plasenta. Tempat melekatnya plasenta akan terus berdarah hingga munculnya kontraksi pada seluruh bagian uterus. Setelah placenta lepas, placenta akan turun ke bagian bawah uterus kedalam vagina. Setelah Placenta lahir, dinding uterus mengalami kontraksi serta menekan semua pembuluh darah untuk menghentikan perdarahan di daerah perlekatan placenta. Sebelum uterus berkontraksi, di daerah perlekatan plasenta dapat terjadi perdarahan hingga 350-360 cc/menit sebelum adanya kontraksi (Pusdiknakes, 2003). Sebelum plasenta lahir seluruhnya, uterus tidak dapat berkontraksi sepenuhnya. Oleh karena itu dilakukan manajemen aktif kala III dengan tujuan untuk mempermudah dan mempercepat lahirnya plasenta segera setelah terlepas dari dinding uterus (Maulani & Zainal, 2012).

8.3 Tanda - Tanda Pelepasan Plasenta

Pelepasan Plasenta ditandai oleh beberapa hal, antara lain (JNPK-KR, 2017):

8.3.1 Perubahan Bentuk dan Tinggi Fundus Uteri

Uterus berbentuk bulat penuh (*diskoit*) dan tinggi fundus biasanya dibawah pusat setelah bayi lahir dan *miometrium* belum mengalami kontraksi. Setelah uterus mengalami kontraksi, terjadi dorongan pada plasenta ke arah bawah, sehingga uterus berbentuk seperti buah pir, alpukat, segitiga dan fundus menjadi diatas pusat (seringkali mengarah ke bagian sisi kanan).

8.3.2 Tali Pusat Memanjang

Tali pusat memanjang ditandai dengan terlihat menjulurnya tali pusat keluar melalui vulva (*tanda ahfeld*).

8.3.3 Semburan Darah Tiba - Tiba

Dengan adanya gaya gravitasi dan darah yang berkumpul dibelakang plasenta serta membantu mendorong keluarnya plasenta. Semburan darah keluar dari tepi plasenta yang keluar diakibatkan adanya kumpulan dasar (*retroplasenter pooling*) dalam ruang di antara dinding uterus dan permukaan dalam plasenta yang melebihi kapasitasnya (Rukiyah et al, 2014).

8.4 Mekanisme Pelepasan Plasenta

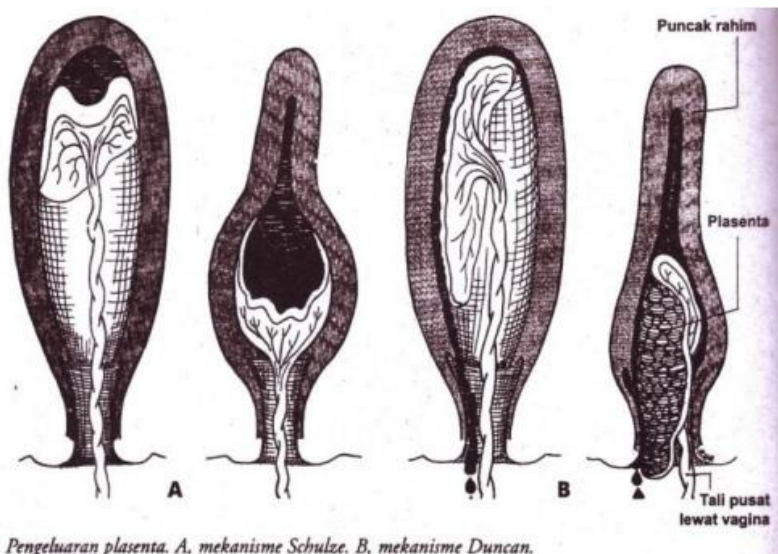
Pengeluaran plasenta dimulai saat plasenta turun ke dalam segmen bawah uterus. Kemudian plasenta keluar melalui serviks ke ruang vagina. Mekanisme pelepasan plasenta, terdiri atas dua, yaitu:

8.4.1 Mekanisme Schultze

Pelepasan plasenta dimulai dari bagian sentral atau tengah plasenta sehingga terjadi bekuan retroplasenta. Pelepasan yang terjadi dari bagian tengah ini mengakibatkan tidak terjadinya perdarahan sebelum plasenta lahir. Pelepasan plasenta seperti ini merupakan cara pelepasan plasenta yang sering terjadi. Pelepasan plasenta ini ditandai dengan tidak adanya perdarahan pervaginam seiring dengan semakin panjangnya tali pusat yang keluar dari vagina. Keadaan ini lebih sering terjadi pada plasenta yang melekat di bagian fundus (Sulfianti et al. 2020).

8.4.2 Mekanisme Duncan

Pelepasan plasenta yang ditandai dengan adanya perdarahan dari vagina apabila plasenta mau terlepas. Umumnya perdarahan yang terjadi tidak lebih dari 400 ml. Dikatakan patologis, bila perdarahan melebihi 400 ml. Pelepasan plasenta seperti ini biasanya terjadi pada plasenta yang berimplantasi di bagian lateral. Saat plasenta lahir, pada bagian otot-otot uterus akan mengalami kontraksi, hal ini menyebabkan terhentinya perdarahan akibat adanya pembuluh darah yang terjepit.



Pengeluaran plasenta. A, mekanisme Schulze. B, mekanisme Duncan.

Gambar 8.2. Mekanisme Pelepasan Plasenta
(Sumber: Sulfianti dkk, 2020)

8.5 Pemeriksaan Pelepasan Plasenta

Sebelum melahirkan plasenta, seorang bidan perlu untuk memastikan terlebih dahulu bahwa plasenta telah terlepas. Pemeriksaan pelepasan plasenta ini dapat dilakukan melalui beberapa prasat, antara lain (Wijayanti et al. 2022):

8.5.1 Perasat Kustner

Prasat Kustner dilakukan dengan melakukan meregangkan tangan kanan atau dengan cara menarik sedikit tali pusat sembari tangan kiri melakukan penekanan di atas simfisis. Plasenta belum terlepas bila saat dilakukan tindakan, tali pusat masuk lagi ke dalam vagina, sedangkan plasenta dinyatakan telah terlepas apa bila saat dilakukan tindakan tali pusat tidak masuk kembali ke dalam vagina.

8.5.2 Perasat Strassman

Prasat Strassman dilakukan dengan cara mengetok-ngetok bagian fundus uteri disertai dengan melakukan peregang tali pusat menggunakan tangan kiri sembari merasakan apakah

terdapat getaran yang ditimbulkan akibat dari pergerakan tangan kiri.

8.5.3 Perasat Klein

Berbeda dengan perasat lainnya, perasat ini membutuhkan kerjasama dengan pasien, yang mana pasien diminta untuk meneran. Sembari pasien meneran, bidan melakukan observasi pada tali pusat. Bila tali pusat terlihat bertambah panjang, menandakan bahwa plasenta telah terlepas dari dinding uterus. Bila tali pusat tidak bertambah panjang, menandakan bahwa belum terjadi pelepasan plasenta.

8.6 Manajemen Aktif Kala III

Merupakan serangkaian tindakan yang dilakukan segera setelah janin lahir hingga lahirnya plasenta. Manajemen aktif kala III merupakan salah satu prosedur tetap dalam memberikan asuhan persalinan normal. Tujuan dilakukannya manajemen aktif kala III yaitu mengupayakan kontraksi uterus yang adekuat, mempersingkat waktu kala III, mencegah perdarahan dan mengurangi kehilangan perdarahan pada kala III persalinan. Selain itu tujuan dilakukannya manajemen aktif kala III untuk mencegah perdarahan setelah bersalin akibat dari kondisi ibu yang mengalami atonia uteri dan retensio plasenta (Yulistiawati et al. 2019).

Keuntungan melaksanakan manajemen aktif kala III yaitu:

1. Lebih singkatnya proses persalinan kala III
2. Menekan jumlah kehilangan darah
3. Menekan presentasi terjadinya retensio plasenta pada ibu.

8.6.1 Pemberian Oksitosin/ Uterotonika Segera Mungkin

Pemberian oksitosin sebanyak 10 UI secara IM pada 1/3 lateral paha atas bagian luar ibu, setelah dilakukan palpasi abdomen untuk memastikan tidak adanya bayi kedua setelah bayi lahir. pemberian oksitosin kedua apabila plasenta tidak kunjung lahir setelah 15 menit pertama. Selain pemberian oksitosin, dilakukan evaluasi kandung kemih, untuk memastikan kandung kemih kosong. Bila dalam 30 menit plasenta tidak juga kunjung lahir, diberikan oksitosin ke 3 sebanyak 10 mg dan dilakukan rujukan.

8.6.2 Penegangan Tali Pusat Terkendali

Melakukan pemindahan klem tali pusat sekitar 5 – 10 cm dari vulva. Melakukan pemeriksaan kontraksi uterus dengan meletakkan tangan kiri diatas perut. Ketika menegangkan tali pusat, uterus ditahan. Melakukan gerakan *dorso kranial* dengan sedikit tekanan pada tangan yang berada di atas perut saat adanya kontraksi pada bagian uterus. gerakan ini untuk mencegah terjadinya *inversio uteri*. Gerakan tersebut diulangi bila plasenta belum lepas. Menganjurkan ibu untuk sedikit meneran saat plasenta sudah terlepas dari uterus, sambil penolong terus melakukan penegangan tali pusat terkendali. Setelah plasenta nampak di depan vulva, lahirkan plasenta menggunakan kedua tangan dengan posisi plasenta ditelengkupkan dan diputar dengan hati – hati searah jarum jam untuk menghindari tertinggalnya plasenta di jalan lahir.

8.6.3 Massase Fundus Uteri

Meletakkan tangan di atas fundus uteri. Menggerakkan dengan pelan, sedikit ditekan, memutar searah jarum jam, sambil meminta ibu untuk bernafas dalam agar dapat mengurangi rasa tegang atau rasa sakit. Melakukan pengkajian kontraksi uterus 1-2 menit. Membimbing pasien dan keluarga untuk dapat melakukan *massase uterus*. Melakukan evaluasi kontraksi setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan dan 30 menit pada 2 jam pasca persalinan (Yulistiawati et al. 2019).

8.7 Melakukan Pemeriksaan Plasenta

Merupakan serangkaian tindakan yang dilakukan untuk memeriksa kondisi plasenta. Pemeriksaan plasenta terdiri dari (Wijayanti et al. 2022):

8.7.1 Selaput Plasenta

Pemeriksaan ini dilakukan untuk memastikan kelengkapan selaput plasenta, apakah utuh atau tidak.

8.7.2 Bagian Plasenta

Pemeriksaan ini dilakukan untuk memastikan kelengkapan bagian plasenta seperti, pada bagian maternal plasenta, memastikan

jumlah kotiledon serta keutuhan pinggir kotiledon. Sedangkan pada bagian fetal, memastikan apakah plasenta utuh atau tidak.

8.7.3 Pengawasan Perdarahan

Pengawasan perdarahan ini dilakukan dengan mengobservasi kontraksi uterus. Kontraksi uterus memegang peran penting dalam melakukan penekanan pembuluh darah uterus yang terdapat di antara anyaman miometrium. Uterus yang tidak berkontraksi dengan baik, dapat menyebabkan pasien kehilangan darah sekitar 300 ml hingga 500 ml.

8.8 Kebutuhan Ibu Bersalin Kala III

Pemenuhan kebutuhan ibu pada Kala III Persalinan, antara lain (Sulfiанти et al. 2020):

8.8.1 Menjaga Kebersihan

Kebersihan daerah vulva dan perineum perlu untuk dijaga agar terhindar dari berbagai infeksi. Cara pembersihan vulva dan perineum yaitu dengan melakukan disinfeksi tingkat tinggi menggunakan air matang dan menggunakan kapas atau kassa yang bersih. Pembersihan dilakukan dengan mengusap dari bagian atas ke bawah mulai dari bagian *anterior vulva* ke bagian *rectum*. Hal ini dilakukan untuk menekan kontaminasi tinja dengan daerah lainnya. Selain itu menganjurkan ibu untuk mengganti pembalut minimal tiga kali sehari atau setelah BAK/BAK yang menyebabkan pembalut basah dan lembab. Mengedukasi ibu untuk selalu mengeringkan bagian perineum dan vulva.

8.8.2 Pemenuhan Kebutuhan Cairan dan Nutrisi

Setelah persalinan, seorang bidan perlu untuk memberikan asupan nutrisi baik berupa makanan ringan maupun minuman untuk mengganti banyak tenaga yang telah dikeluarkan ibu saat proses melahirkan bayi. Pemenuhan nutrisi ini dilakukan dengan tujuan agar ibu tidak kehilangan energi.

8.8.1 Kebutuhan Istirahat

Setelah janin dan plasenta lahir, ibu kemudian dibersihkan tubuhnya dari sisa-sisa persalinan, baik cairan ketuban darah dan sebagainya. Selanjutnya ibu dianjurkan untuk istirahat yang cukup karena telah mengeluarkan energi yang banyak saat proses persalinan sebelumnya.

8.9 Manajemen Asuhan Ibu Bersalin Kala III

Berdasarkan teori Varney dalam pendokumentasian asuhan kebidanan pada kala III dilakukan dengan cara:

8.9.1 Pengkajian Data

Langkah awal dalam melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan yaitu melakukan pengkajian data. Pengkajian data yang dilakukan adalah data subjektif dan data objektif. Data subjektif diperoleh dari informasi yang pasien berikan terkait kondisi yang dirasakan dan dialami, seperti "Pasien mengatakan bahwa bayinya telah lahir", "Pasien mengatakan bahwa dirinya masih ingin meneran dan mulas", dan "Pasien mengatakan bahwa plasenta belum lahir". Data Objektif merupakan data yang diperoleh dari hasil observasi dan pengukuran atau pemeriksaan baik inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi serta pemeriksaan penunjang (Sulisyawati, 2014). Pada Kala III Persalinan, pengumpulan data objektif antara lain yaitu waktu bayi lahir spontan, observasi perdarahan pervaginam, mengukur tinggi fundus uteri, mengobservasi kontraksi uterus yaitu dari segi intensitasnya selama 15 menit pertama (kuat, sedang, lemah atau tidak ada kontraksi).

8.9.2 Interpretasi Data

Interpretasi data subjektif dan objektif dilakukan untuk mengidentifikasi masalah yang terjadi, menentukan kebutuhan pasien serta menentukan diagnosa. Penentuan diagnosa kebidanan, didasarkan pada standar nomenklatur kebidanan.

Pada kala III persalinan, seorang bidan harus memastikan terlebih dahulu bahwa pasien benar berada pada kala III persalinan

serta kondisi normalnya. selain itu seorang bidan juga perlu untuk mengkaji adanya diagnosis masalah atau tidak pada pasien tersebut.

8.9.3 Identifikasi Diagnosa dan Masalah Potensial

Penentuan masalah potensial dilakukan dengan terlebih dahulu mengidentifikasi diagnosa dan masalah terkait dengan kebidanan yang didasarkan pada data yang memiliki kemungkinan dapat menimbulkan keadaan gawat darurat. Pada tahap ini diperlukan antisipasi tindakan dan bila memungkinkan dilakukan pencegahannya.

8.9.4 Identifikasi Kebutuhan Segera, Kolaborasi dan Rujukan

Pada tahap ini dilakukan identifikasi perlu adanya tindakan segera, dapat berupa tindakan konsultasi, tindakan kolaborasi dengan tenaga kesehatan atau dokter dan bahkan dilakukan rujukan berdasarkan kondisi yang dialami pasien. Tindakan yang diberikan dapat berupa terapi yang diperlukan sesegera mungkin untuk dapat mengatasi masalah sesuai kondisi yang dialami.

8.9.5 Intervensi

Tahap intervensi merupakan tahap perencanaan tindakan yang diperoleh dari hasil pengkajian data dan langkah-langkah sebelumnya. Setiap perencanaan asuhan memerlukan persetujuan dari kedua belah pihak, sehingga setiap asuhan yang diberikan dapat efektif.

Perencanaan tindakan yang dapat diberikan pada kala III persalinan berupa:

1. Berikan pujian atas keberhasilan pasien dalam melahirkan bayinya.
2. Lakukan manajemen aktif kala III
3. Pantau Kontraksi uterus
4. Beri dukungan mental pada pasien
5. Beri informasi pada pasien terkait tindakan yang harus dilakukan untuk memperlancar lahirnya plasenta.
6. Jaga kebersihan dan kenyamanan pasien dengan membersihkan tubuh bagian bawah (perineum).

8.9.6 Implementasi

Tahap ini yaitu melaksanakan rencana asuhan yang telah ditentukan secara menyeluruh, baik oleh bidan maupun kolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya. Bila bidan tidak mampu untuk melakukan secara mandiri, bidan bertanggung jawab untuk memastikan bahwa implementasi benar-benar dilakukan, baik dengan kolaborasi dokter dan berkontribusi dalam penatalaksanaan asuhan pada pasien, pelaksanaan rencana tindakan harus disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah dibuat sebagai bentuk realisasi tindakan.

8.9.7 Evaluasi

Tahap ini merupakan tahap pengecekan apakah rencana asuhan yang diberikan sudah sesuai dengan perencanaan dan implementasi. Selain itu tahap ini juga menggambarkan hasil observasi terhadap keefektifan pemberian asuhan. Tindakan yang dilakukan pada tahap ini yaitu mengevaluasi tindakan yang telah dilakukan. Evaluasi ini juga meliputi pencatatan perkembangan yang dapat dilakukan dengan menerapkan bentuk SOAP. Catatan perkembangan SOAP, meliputi : Subjektif (Data yang diperoleh melalui kegiatan anamnesa pada pasien); Objektif (Data yang diperoleh dari hasil pemeriksaan keadaan pasien termasuk pemeriksaan pendukung); *Assesment* (Berisi penilaian atau diagnosa yang ditegakkan oleh bidan atau tenaga medis berdasarkan data yang telah dikumpulkan, baik data subjektif maupun objektif); *Planning* (Perencanaan asuhan, penatalaksanaan asuhan yang didasarkan dari diagnosa yang telah ditegakkan).

DAFTAR PUSTAKA

- Aswita et al. 2023. *Asuhan Kebidanan Pada Persalinan*. Cetakan Pe. eds. Djusiana Eka Cessaria, Nurmala Sari, and Surya Indah Nurdin. Purbalingga: CV. Eureka Media Aksara.
- JNPK-KR. 2017. *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta : JHPIEGO
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. 2017. *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia
- Maulani, N dan Zainal E, 2012. *Modul Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan dan BBL*. Edisi 2. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan. Sapta Bakti.
- Pusdiknakes,, WHO, JHPIEGO. 2003. *Panduan Pengajaran Asuhan Kebidanan Fisiologis Bagi Dosen Diploma III Kebidanan. Buku Asuhan Intrapartum*.
- Rukiah AY dkk. 2014. *Asuhan Kebidanan II Persalinan*. Jakarta Timur: CV. Trans Info Media
- Sulfianti et al. 2020. *Buku Pegangan Mahasiswa Kebidanan Asuhan Kebidanan Pada Persalinan*. Cetakan Ke. ed. Janner Simaemata. Medan: Yayasan Kita Menulis.
- Sumarah. 2010. *Perawatan Ibu Bersalin (Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin)*. Yogyakarta: Fitramaya
- Sutrang, Indah Lestari, Sitti Saleha, and Zelna Yuni Andryani. 2023. "Manajemen Asuhan Kebidanan Intranatal Fisiologi Pada Ny 'J' Dengan Gestasi 39 Minggu 6 Hari Inpartu Kala III Di Puskesmas Jumpandang Makassar." *Jurnal Midwifery* 5(2): 130–38.
- Varney, Helen. 2007. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Edisi 4*. Jakarta : EGC
- Wijayanti, Irfana Tri et al. 2022. *VIII Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Persalinan Buku Ajar ASKEB Pada Persalinan*. Cetakan Pe. Yogyakarta: K-Media. e-repository-stikesmedistra-indonesia.ac.id.
- Yulistiawati, Aldina A Isnani, Lusiana E Sinta, and Feni Andriani. 2019. *Asuhan Kebidanan Pada Persalinan Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Persalinan*. Cetakan Pe. Sidoarjo: Indonesia Pustaka.

BAB 9

DETEKSI DINI DAN KOMPLIKASI PERSALINAN KALA III

Oleh Ni Made Dwi Mahayati

9.1 Pendahuluan

Periode persalinan kala III didefinisikan sebagai periode yang dimulai sejak bayi lahir sampai dengan kelahiran plasenta (JNPKKR, 2017). Pada periode ini dapat terjadi berbagai komplikasi yang membahayakan jiwa ibu sehingga harus dilaksanakan asuhan yang memadai melalui manajemen aktif kala III.

Kelahiran plasenta yang lengkap dan tanpa komplikasi merupakan salah satu indikasi bahwa persalinan kala III berjalan dengan baik. Untuk dapat mewujudkan hal tersebut, bidan dalam memberikan asuhan kebidanan kala III menerapkan asuhan sayang ibu dan melakukan penatalaksanaan manajemen aktif kala III. Tahapan manajemen aktif kala III yang terdiri atas injeksi oksitosin 10 IU IM dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, penegangan tali pusat terkendali, dan massase fundus uteri segera setelah plasenta lahir wajib dilaksanakan sebagai asuhan kala III (JNPKKR, 2017).

Komplikasi kala III persalinan yang paling sering terjadi adalah retensio plasenta dan inversio uteri. Penting bagi bidan untuk memastikan kala III persalinan dapat dilalui ibu dalam kondisi yang baik dan aman melalui deteksi dini dan penatalaksanaan komplikasi pada keadaan patologi di kala III persalinan.

9.2 Retensio Plasenta

Keadaan retensio plasenta merupakan kondisi saat plasenta atau ari-ari tidak dapat keluar dengan sendirinya atau tertahan di dalam rahim setelah melahirkan (JNPKKR, 2017). Kondisi ini terjadi pada sekitar 1-3 % persalinan, merupakan salah satu etiologi perdarahan postpartum karena menghambat involusi uterus

postpartum yang normal (Perlman and Carusi, 2019). Hal yang perlu diketahui dalam deteksi dini dan penatalaksanaan retensio plasenta adalah sebagai berikut:

9.2.1 Diagnosis

Secara fisiologis, setelah kelahiran bayi maka akan diikuti oleh kelahiran plasenta. Apabila bayi telah lahir, dilakukan pemberian injeksi oksitocin 10 IU pada ibu dan diulang dengan dosis yang sama pada 15 menit setelah injeksi pertama apabila plasenta belum lahir (JNPKKR, 2017). Diagnosis retensio plasenta ditegakkan saat plasenta belum lahir dalam 30 menit setelah kelahiran bayi dan setelah diberikan 2 kali injeksi oksitocin 10 IU.

Gejala yang dapat diamati pada keadaan ini adalah: plasenta belum lahir setelah 30 menit, ada perdarahan segera, uterus dapat berkontraksi dan keras. Gejala lainnya yaitu tali pusat putus akibat traksi berlebihan, inversio uteri akibat tarikan, dan perdarahan lanjutan.

NICE mendefinisikan retensio plasenta sebagai plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit setelah kelahiran bayi dan penatalaksanaan aktif kala III atau lebih dari satu jam bila dilakukan penatalaksanaan fisiologis, tanpa tanda-tanda perdarahan postpartum (Bavaro dan Toledo, 2017).

9.2.2 Patifisiologi

Secara umum, patofisiologi berikut sering dihipotesiskan sebagai faktor predisposisi retensio plasenta: (Garg, 2023)

1. Jika terdapat kontraksi uterus yang buruk seperti pada uterus atonik, plasenta mungkin gagal untuk memisahkan diri dan keluar dalam jangka waktu yang ditentukan.
2. Jika plasenta melekat secara tidak normal pada dinding rahim seperti pada plasenta spektrum akreta (pas), plasenta gagal memisahkan diri dari perlekatan rahimnya.
3. Akhirnya, plasenta yang telah lepas mungkin akan terperangkap atau terkurung di dalam rahim jika leher rahim menutup sebelum lahirnya plasenta. Kadang-kadang, berbagai penyebab seperti pre-eklampsia dan infeksi telah dikaitkan dengan retensi plasenta, hipotesisnya adalah

hipoperfusi plasenta, meskipun sedikit yang diketahui tentang mekanisme spesifiknya.

9.2.3 Etiologi

Etiologi dari retensio plasenta masih belum jelas dan mungkin kompleks. Beberapa faktor yang dapat menyebabkan kejadian retensio plasenta antara lain:

1. Plasenta belum terlepas dari dinding rahim karena terlalu dalam melekat, hal ini dapat terjadi pada keadaan:
 - a. Plasenta Adherens
Retensi plasenta jenis plasenta adherens terjadi ketika kontraksi rahim tidak cukup kuat untuk mengeluarkan plasenta. Kondisi ini dapat disebabkan oleh kelelahan pada ibu setelah melahirkan atau karena atonia uteri. Placenta adherens merupakan jenis retensi plasenta yang paling umum terjadi.
 - b. Plasenta Akreta
Plasenta akreta terjadi ketika plasenta tumbuh terlalu dalam di dinding rahim sehingga kontraksi rahim saja tidak dapat mengeluarkan plasenta. Kondisi ini umumnya disebabkan oleh kelainan pada lapisan rahim akibat menjalani operasi pada rahim atau operasi caesar pada kehamilan sebelumnya.
 - c. Plasenta Inkreta dan Plasenta Perkreta
Plasenta inkreta merupakan keadaan dimana plasenta menempel terlalu dalam ke dinding otot rahim. Sedangkan plasenta perkreta yaitu plasenta melewati dinding rahim dan melekat pada organ lain.
2. Trapped Placenta
Trapped placenta adalah kondisi ketika plasenta sudah terlepas dari dinding rahim, tetapi belum keluar dari rahim. Kondisi ini terjadi akibat menutupnya leher rahim (serviks) sebelum plasenta keluar (Garg, 2023).

9.2.4 Faktor Risiko

Beberapa penelitian telah mencoba untuk mendefinisikan faktor-faktor risiko retensio plasenta sebagai berikut:

1. Faktor risiko berhubungan dengan kontraksi uterus yang buruk
 - a. Paritas tinggi.
 - b. Penggunaan oksitosin dalam waktu lama
2. Faktor risiko berhubungan dengan plasentasi abnormal
 - a. Bekas luka pada rahim (riwayat SC, dilatasi dan kuretase sebelumnya (61,7%)(Ajayi and Michael, 2023). Retensio plasenta pada keadaan ini dapat terjadi karena plasenta tertanam lebih dalam pada lapisan miometrium atau mencapai lapisan serosa bagian luar, bila jaringan parut pada rahim dianggap tidak efektif sebagai tempat implantasi plasenta (Kudela, 2021)
 - b. Konsepsi IVF
- c. Jarak persalinan
Risiko ibu mengalami retensio plasenta dengan faktor risiko jarak melahirkan kurang dari 18 bulan adalah delapan kali lebih besar dibandingkan ibu tanpa faktor tersebut (Pujiyani, Putri and Pujiati, 2023)
3. Faktor risiko lainnya:
 - a. Persalinan prematur
 - b. Anomali kongenital uterus (seringkali tidak diketahui sebelum persalinan),
 - c. Riwayat retensio plasenta sebelumnya (Ajayi and Michael, 2023)

9.2.5 Penatalaksanaan

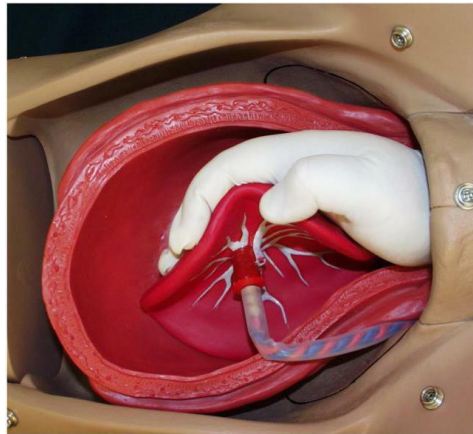
Apabila tidak terjadi perdarahan maka pasien harus diobservasi lebih lanjut selama 30 menit dari 30 menit pertama sebelum dilakukan manual plasenta (Mattu, 2019).

Jika plasenta belum lahir dan mendadak terjadi perdarahan segera lakukan plasenta manual. Plasenta manual adalah tindakan untuk melepas plasenta secara manual (menggunakan tangan) dari tempat implantasinya dan kemudian melahirkannya keluar dari kavum uteri.

Langkah manual plasenta sebagai berikut:

1. Sebelum melakukan manual plasenta, pastikan ada bagian plasenta yang terlepas dari implantasinya dan kandung kemih ibu tidak penuh
2. Perhatikan teknik pencegahan infeksi, gunakan sarung tangan panjang yang steril,
3. Susuri tali pusat hingga menyentuh serviks, kemudian salah satu tangan menahan fundus uteri dan tangan lainnya masuk ke cavum uteri sampai menemukan bagian plasenta yang terlepas
4. Rasakan tepi plasenta yang terlepas dan gerakkan tangan maju mundur untuk memisahkannya dari dinding rahim.
5. Lanjutkan secara perlahan sampai plasenta terlepas sepenuhnya.

Manual plasenta digambarkan sebagai berikut:



Gambar 9.1. Teknik Manual Plasenta
(sumber: Joseph, 2012)

9.3 Inversio Uteri

Inversio uteri didefinisikan sebagai keadaan terbaliknya uterus bagian dalam ke arah luar, sehingga bagian fundus uteri dipaksa melalui serviks dan menonjol ke dalam atau keluar dari vagina. Keadaan inversio uteri saat persalinan dapat terjadi akibat

dari kurang tepatnya pelaksanaan manajemen aktif kala III yang dilakukan.

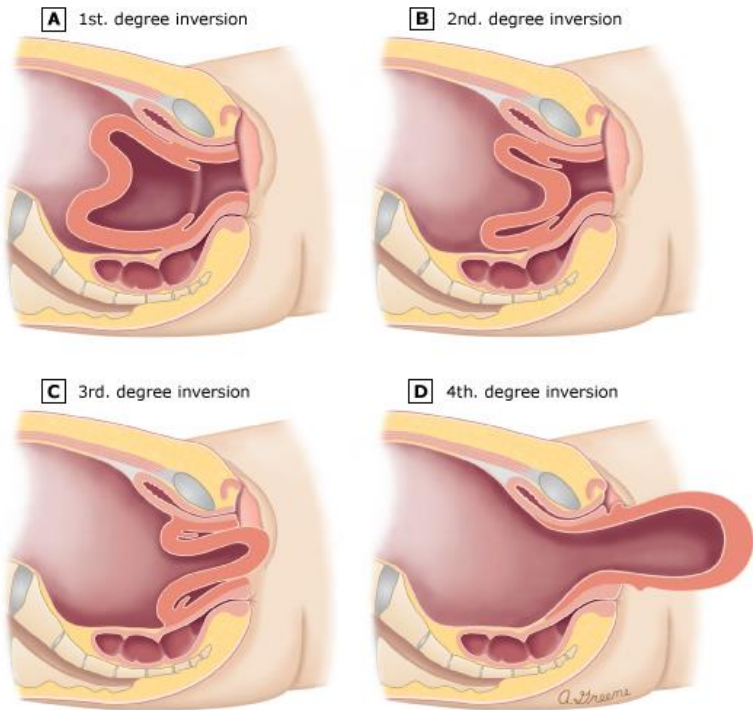
9.3.1 Klasifikasi

Berdasarkan durasi, inversio uteri persalinan dibagi menjadi:

1. Inversio uteri akut
Merupakan inversio uteri yang terdiagnosa dalam 24 jam setelah persalinan, dapat dengan atau tanpa penyempitan serviks.
2. Inversio uteri subakut
Merupakan inversio uteri yang terdiagnosa lebih dari 24 jam namun kurang dari 4 minggu setelah persalinan; selalu disertai dengan penyempitan serviks.
3. Inversio uteri kronis
Merupakan inversio uteri yang telah terjadi selama 4 minggu atau lebih.

Berdasarkan tingkat inversi, inversio uteri dibagi menjadi:
(Macones, 2023)

1. Derajat 1 (inversi tidak lengkap): Fundus di dalam rongga endometrium
2. Derajat 2 (inversi total) : Fundus menonjol melalui ostium serviks
3. Derajat 3 (prolaps inversi): Fundus menonjol ke dalam atau melampaui introitus
4. Derajat 4 (inversi total): Rahim dan vagina keduanya terbalik



Gambar 9.2. Klasifikasi inversi uterus
(sumber: Macones, 2023)

9.3.2 Patofisiologi

Patogenesis inversi uterus belum sepenuhnya dipahami. Hal ini disebabkan oleh penggunaan traksi tali pusat yang berlebihan dan tekanan fundus (manuver Credé) selama kala III persalinan, khususnya pada keadaan atonia uteri dengan implantasi plasenta fundus. Namun, buktinya tidak konsisten, dan hubungan sebab akibat antara penatalaksanaan kala III dan inversi uterus nifas tidak terbukti. Ada kemungkinan bahwa faktor-faktor lain berperan karena inversi spontan terjadi dan inversi jarang terjadi meskipun traksi tali pusat dan manuver Credé sering dilakukan.

Perdarahan dapat terjadi karena fundus yang mengalami invaginasi tidak berkontraksi secara normal dan endometrium yang terbalik teregang, sehingga memperparah perdarahan dari area pemisahan plasenta.

9.3.3 Faktor Risiko

Kejadian inversio uteri merupakan kejadian yang tidak dapat diprediksi namun terdapat beberapa faktor yang sering dikaitkan antara lain:

1. Latak plasenta abnormal seperti retensi plasenta dan/atau perlekatan abnormal
2. Persalinan lama
3. Preeklamsia dengan gambaran berat
4. Kehamilan multijanin
5. Faktor lain : Manajemen kala III yang salah (tarikan tali pusat yang terlalu dini dan penekanan fundus sebelum plasenta terlepas) merupakan penyebab tersering inversio uteri. Hal ini bisa terjadi bila persalinan dipimpin oleh petugas yang tidak terlatih.

9.3.4 Penatalaksanaan

Tujuan dari penatalaksanaan yang dilakukan pada kejadian inversio uteri yaitu: (Widiyanti and Putra, 2022)

1. Reposisi fundus uteri ke posisi yang benar
2. Mengatasi perdarahan dan syok pascapersalinan
3. Mencegah inversi berulang

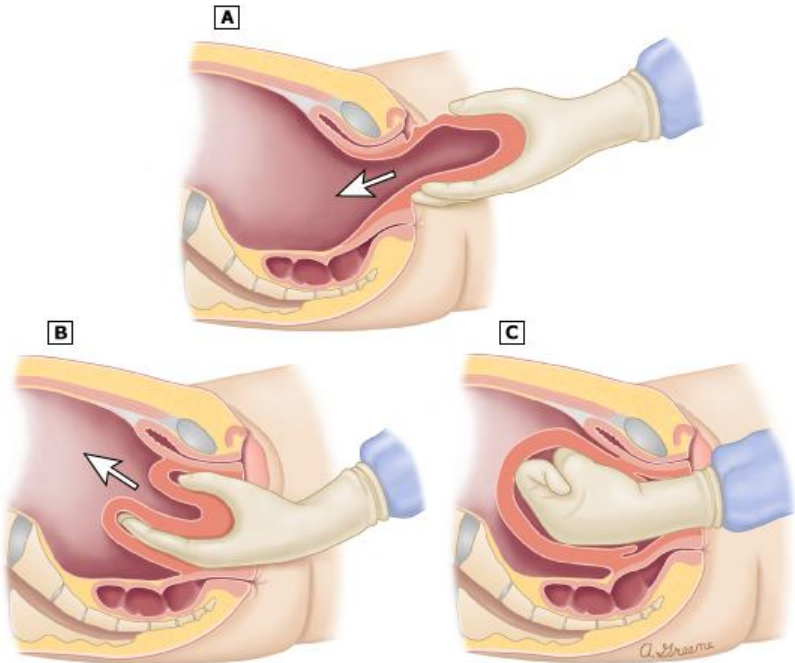
Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu:

1. Hentikan obat uterotonika karena relaksasi uterus diperlukan untuk menggantikan fundus uterus.
2. Panggil bantuan dan rujuk segera bila berada pada fasilitas kesehatan yang tidak memadai
3. Resusitasi cairan dengan pemasangan cairan infus berukuran besar
4. Jangan mengeluarkan plasenta.
5. Pada tenaga medis yang berkompeten, dapat dilakukan penggantian posisi rahim yang terbalik secara manual ke posisi normalnya. Hal ini paling baik dilakukan dengan menempatkan tangan di dalam vagina dan mendorong fundus sepanjang sumbu panjang vagina menuju umbilikus (manuver Johnson) (gambar 11.3). Intervensi segera sangat penting karena segmen bawah rahim dan leher rahim akan

berkontraksi seiring berjalannya waktu dan menciptakan cincin penyempitan, sehingga membuat penggantian secara manual semakin sulit (Widiyanti and Putra, 2022).

6. Jika teraba cincin penyempitan, berikan tekanan pada bagian fundus terdekat dengan cincin untuk memudahkannya lewat dari bawah ke atas. Hal ini untuk menghindari upaya mendorong diameter massa fundus yang lebih lebar melalui cincin, yang kemungkinan besar akan gagal.
7. Laparatomi dilakukan bila upaya mengembalikan rahim secara manual gagal dilakukan.

Reposisi uterus secara manual digambarkan pada gambar 9.3 di bawah ini:



Gambar 9.3. Reposisi Inversi Uterus Secara Manual
(sumber: (Macones, 2023))

DAFTAR PUSTAKA

- Ajayi, B. and Michael, A. (2023) 'A 4-year audit of retained placenta at Ekiti State University Teaching Hospital, South western Nigeria', *International Journal of Biological & Medicine Science*, 6(6). Available at: <https://doi.org/10.5281/zenodo.8052484>.
- Bavaro, J.B. and Toledo, P. (2017) 'managing obstetric emergencies _and trauma.,53', *Anesthesia & Analgesia*, 125(3). Available at: <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000002257>.
- Garg, R. (2023) *Labour and Delivery: An Updated Guide*. Singapore: Springer Nature Singapore.
- JNPKKR (2017) *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta.
- Joseph, A. (2012) *How To Deliver A Baby In Austere Settings*. Available at: <https://www.doomandbloom.net/how-to-deliver-a-baby-in-austere-settings/> (Accessed: 1 March 2024).
- Kudela, E. (2021) 'Risk Factors of Retained Placenta After Previous Cesarean Delivery', *Acta Obstet Gynecol Scand*, 100. Available at: <https://doi.org/10.1111/aogs.13974>.
- Macones, G. (2023) *Puerperal uterine inversion*. Available at: <https://www.uptodate.com/contents/puerperal-uterine-inversion> (Accessed: 26 February 2024).
- Mattu, A. (2019) 'Obstetric and Gynecological Emergencies', *Emergency Medicine Clinics of North America*, 37(2), pp. xv–xvi. Available at: <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.emc.2019.02.003>.
- Perlman, N.C. and Carusi, D.A. (2019) 'Retained placenta after vaginal delivery: Risk factors and management', *International Journal of Women's Health*. Dove Medical Press Ltd, pp. 527–534. Available at: <https://doi.org/10.2147/IJWH.S218933>.
- Pujiyani, H., Putri, N.P.V. and Pujiati, E. (2023) 'Risk Factors Analysis of Retained Placenta at Regional Public Hospital of Muntilan', *Jurnal Kesehatan Komunitas Indonesia*, 3(1), pp. 49–58. Available at: <https://doi.org/10.58545/jkki.v3i1.108>.

Widiyanti, E. and Putra, I.G. (2022) 'Penanganan inversio uteri: sebuah tinjauan pustaka', *Intisari Sains Medis*, 13, pp. 136–142. Available at: <https://doi.org/10.15562/ism.v13i1.1262>.

BAB 10

ASUHAN SEGERA BAYI BARU LAHIR NORMAL

Oleh Riswanti

10.1 Defenisi

Bayi yang baru lahir normal adalah pada usia kehamilan 37-42 minggu dan berat badan 2500-4000 gram. Menurut Tando (2016) bayi baru lahir normal adalah bayi yang baru lahir pada usia kehamilan genap 37-41 minggu, dengan presentasi belakang kepala atau letak sungsang yang melewati vagina tanpa memakai alat.

10.2 Ciri-Ciri Bayi Lahir Normal

1. Berat badan 2500 -4000 gram.
2. Panjang badan 48-52 cm.
3. Libgkar dada 30-38 cm.
4. Lingkar kepala 33-35 cm.
5. Frekuensi denyut jantung 120-160x/menit.
6. Pernafasan $\pm$ 40-60x/menit
7. Lingkar lengan 10-12 cm.
8. Kulit kemerah-merahan dan licin
9. Tidak ada rambut lanugo dan rambut kulit kepala tampak bersih.
10. Kukunya panjang dan lemas.
11. Genetalia: pada wanita, labia mayora telah menutupi labia minora:
12. pada pria, testis sudah turun, skrotumnya ada.
13. Bayi cepat menangis
14. Eliminasi baik ditandai dengan keluarnya mekonium dalam 24 jam pertama dan berwarna kecoklatan.
15. Refleks menghisap (menghisap dan menelan) terbentuk dengan baik.

16. Refleks Moro (gerakan memeluk saat terkejut) sudah terbentuk dengan baik.
17. Refleks menggenggamnya bagus.
18. Refleks rooting (mencari puting susu) terbentuk dengan baik

10.3 Perawatan segera BBL

Memberikan asuhan aman dan bersih segera setelah bayi baru lahir merupakan bagian esensial dari asuhan pada bayi baru lahir seperti penilaian APGAR skor, jaga bayi tetap hangat, isap lendir dari mulut dan hidung bayi (hanya jika perlu), keringkan, klem dan potong tali pusat, IMD, beri suntikan Vit K, 1 mg intramuskular, beri salep mataantibiotika pada kedua mata, pemeriksaan fisik, imunisasi hepatitis B 0.5 ml intramuscular dan pemeriksaan fisik pada bayi baru lahir.

1. Melakukan penilaian dan inisiasi pernafasan spontan
Skor apgar adalah sebuah metode sederhana untuk secara cepat menilai kondisi kesehatan bayi baru lahir sesaat setelah kelahiran.
 - a. Activity
Aspek ini menilai dengan mengamati tonus otot bayi.
2 berarti tonus otot bergerak aktif dan kuat.
1 berarti bergerak, tapi lemah dan kurang aktif.
0 menandakan tidak aktif atau tidak ada gerakan.
 - b. Pulse
Pulse atau denyut jantung akan dokter evaluasi dengan menggunakan stetoskop atau dengan menggunakan dua jari. Ini merupakan penilaian yang paling penting.
Dokter akan menghitung denyut jantung bayi selama 15 detik, kemudian mengalikannya dengan 4 sehingga ia mendapatkan jumlah denyut jantung selama 60 detik (1 menit).
2 berarti jantung berdetak lebih dari 100 denyut per menit.
1 berarti jantung berdetak kurang dari 100 denyut per menit.
0 berarti detak jantung tidak terdeteksi.

c. Grimace

Grimace atau respons meringis adalah istilah yang menggambarkan respons terhadap rangsangan kecil, seperti cubitan ringan.

Nilai 2 berarti batuk, meringis atau menangis secara spontan. Bayi juga bisa menarik kaki atau tangan saat ia mendapatkan rangsangan seperti cubitan atau sentilan.

Nilai 1 berarti hanya meringis atau menangis ketika mendapatkan rangsangan.

Nilai 0 berarti tidak menunjukkan respons terhadap rangsangan.

d. Appearance

Penilaian aspek dalam *apgar score* ini bisa melalui pengamatan warna kulit pada tubuh dan ekstremitas bayi.

2 menandakan warna tubuh bayi kemerahan (normal).

1 berarti warna tubuh normal, tapi kebiruan di bagian tangan atau kaki.

0 berarti seluruh tubuh bayi berwarna pucat, kebiruan atau keabu-abuan.

Keterangan :

A. Nilai 1-3 asfiksia berat

B. Nilai 4-6 asfiksia sedang

C. Nilai 7-10 normal

2. Jaga agar anak tetap hangat

Upaya yang dilakukan untuk mencegah kehilangan panas pada tubuh bayi adalah:

a. Keringkan bayi secara menyeluruh

Pastikan tubuh bayi dalam keadaan kering untuk mengantisipasi hilangnya panas secara evaporatif. Selain menjaga kehangatan tubuh si kecil, mengeringkan tubuh dengan menggosok tubuh si kecil juga merupakan alat bantu pernapasan yang bisa membantu anak lebih mudah bernapas.

b. Tutupi bayi dengan bahan atau penutup yang bersih, kering dan nyaman. Bayi yang diselimuti kain yang sudah basah dapat terjadi kehilangan panas secara

konduksi. Dengan cara ini, setelah menjemur tubuh bayi, gantilah kain tersebut dengan kain penutup atau bahan lain yang wajar, kering, dan hangat.

c. Tutup kepala bayi.

Kepala anak sebagian besar mempunyai luas permukaan yang besar dan kehilangan panas dengan cepat. Oleh karena itu, tutupi kepala anak agar si kecil tidak kehilangan panas

d. menganjurkan ibu untuk memeluk dan menyusui anaknya. Selain memperkuat ikatan kasih sayang antara ibu dan anak, kontak kulit antara ibu dan anak akan menjaga keceriaan tubuh anak. Selanjutnya dorong ibu untuk memeluk anaknya.

e. Pusatkan pada strategi yang paling efektif untuk melakukan bagaimana cara menimbang bayi baru lahir dan jangan langsung memandikan bayi.

1) Menimbang bayi tanpa timbangan dapat membuat bayi kehilangan panas secara konduksi. Berusahalah untuk tidak membiarkan bayi ditimbang dalam keadaan telanjang. Gunakan penutup atau bahan yang bersih.

2) Bayi baru lahir rentan terhadap hipotermia, jadi tundalah memandikan bayi sampai 6 jam setelah lahir.

3. Potong dan ikat tali pusar dengan menggunakan metode aseptik dan pembersih.

a. Aturan pemotongan dan pengikatan tali pusar adalah sebagai berikut:

1) Kencangkan, potong dan ikat tali pusar dua menit setelah bayi dilahirkan. Suntikan oksitosin diberikan kepada ibu sebelum tali pusat dipotong (oksitosin IU intramuskular).

2) Kencangkan tali pusar terlebih dahulu dengan DTT snap 3 cm dari dinding perut bayi (pangkal tengah), dari titik kaki tekan terlebih dahulu tali pusar dengan dua jari kemudian dorong benda pada tali pusar ke arah ibu (agar keluar darah tidak tumpah

dimanapun tali pusarnya dipotong)

Buatlah pengait kedua dengan jarak 2 cm dari jerat utama menuju induknya.

- 3) Pegang tali pusar di antara kedua jepitan, satu tangan memegang tali pusar sekaligus menjaga anak, tangan yang lain memotong tali pusar di antara kedua jepitan menggunakan gunting DTT.
- 4) Ikat tali pusar dengan benang DTT pada salah satu sisinya, kemudian lingkarkan tali pusar ke belakang dan ikat dengan tali pengunci pada sisi yang berlawanan.
- 5) Lepaskan klem tali pusat dan masukkan ke larutan klorin 0,5%.
- 6) letakkan anak tengkurap di dada ibu untuk memulai pemberian ASI dini.
- 7) Petunjuk merawat tali pusat
letakkan popok di bawah tali pusar. Apabila tunggungnya kotor, bersihkan dengan air gelembung/DTT dan keringkan, kemudian ikat (dengan kunci) tali pusar dengan tali atau jerat. . bila terdapat kemerahan atau nanah pada pusar atau pusar anak sehingga menimbulkan infeksi (bayi sebaiknya dibawa ke pusat kesehatan untuk mendapatkan pengobatan tambahan).

4. Pengenalan Menyusui Dini (IMD)

Sesuai dengan kementerian kesehatan (2015), setelah anak lahir dan tali pusar diikat, anak dikenakan penutup kepala dan ditaruh menghadap ke bawah pada dada ibu yang bersentuhan langsung antara dada anak dengan dada ibu. Anak akan mulai mencari areola dan menyusui. Suhu ruangan tidak boleh di bawah 26oC. Tujuan dan kelebihan IMD adalah :

- a. Tujuan dari pemberian ASI dini adalah agar anak dapat dengan pasti menyusui dari ibunya. Bagaimanapun, ini secara tidak langsung akan menciptakan hubungan kontak batin antara ibu dan anak.

- b. Keuntungan inisiasi menyusui dini pada bayi
 - 1) Jaga suhu tubuh anak tetap hangat
 - 2) Menenangkan serta mengatur pernafasan dan denyut nadi anak.
 - 3) Kolonisasi mikroorganisme pada kulit organ lambung anak berkaitan dengan tidak adanya zat normal yang diperuntukkan bagi tubuh ibu, mikroorganisme berbahaya dan memberi ciri khas pada mikroorganisme berharga, serta mempercepat keluarnya kolostrum.
 - 4) Mengurangi tangisan anak, sekaligus menurunkan tekanan dan energi yang digunakan bayi
 - 5) Mengizinkan bayi menemukan dada ibunya sendirian untuk mulai menyusui
 - 6) Mengontrol kadar glukosa dan biokimia lain dalam tubuh anak
 - 7) Proses pengeluaran mekonium lebih cepat.
 - 8) Gerakan bayi terkoordinasi pada saat menyusui sehingga motoriknya terlatih dan mengurangi kesulitan menyusui..
 - 9) Dapat Membantu meningkatkan persarafan anak
 - 10) kolostrum sangat berguna untuk daya tahan tubuh anak
 - 11) Mencegah puncak refleks menghisap pada anak yang terjadi 20-30 menit setelah lahir.
- c. Keuntungan inisiasi menyusui dini bagi ibu Khasiatnya dapat merangsang produksi oksitosin dan prolaktin, oksitosin dapat memperkuat keputihan dan mengurangi risiko kematian pasca kehamilan, merangsang produksi kolostrum, dan meningkatkan produksi ASI, prolaktin dapat meningkatkan ASI, mempunyai efek melancarkan ASI, dan menyelesaikan ovulasi.

5. Pencegahan infeksi mata

Dengan memberikan obat antibiotik 1% tetrasiklin pada

- kedua mata satu jam setelah anak bayi lahir.
6. Pemberian Vitamin K
Pemberian Vitamin K BBL untuk menghindari perdarahan akibat kekurangan. BBL diberi Vit. K 1 mg intramuskular disejajarkan dengan paha kanan. Pemberian suntikan vit K1 setelah proses IMD
 7. Pelaksanaan imunisasi dengan vaksin Hepatitis B 0,5 ml
Berikan imunisasi hepatitis B 0,5 ml untuk mencegah infeksi hepatitis B setelah hati (ikterus). Cara terbaik untuk mengendalikan defisiensi hepatitis B adalah:
 - a) Dosis 0,5 ml sebagian atau 1 (potong) HB PID, secara intramuskular, sebaiknya di bagian anterolateral paha.
 - b) Berikan 3 kali pengukuran
 - c) Pengukuran pertama pada umur 0-7hari, pengukuran selanjutnya dengan selang waktu minimal 4 minggu (1 bulan).
 8. Penilaian pemeriksaan fisik terhadap Bayi
Perawatan yang diberikan kepada bayi pada jam-jam penting setelah kelahirannya. tujuannya untuk mengetahui adaptasi BBL dari kehidupan di dalam perut menjadi kehidupan di luar perut dengan penilaian APGAR.
Sasaran pengkajian aktual bayi :
 - a. Untuk mengetahui status kesehatan pasien
 - b. identifikasi masalahnya
 - c. Mendapatkan data informasi penting untuk memutuskan rencana pertimbangan.
 - d. Untuk mendapatkannya dan menemukan kelainan memerlukan tindakan yang cepat
 - e. Untuk menentukan data obyektif dari riwayat keperawatan klien.

Langkah-langkah pemeriksaan fisik pada bayi baru lahir:

- a. Memberikan informasi persetujuan (informed consent) kepada ibu atau orang terdekat bayi.
- b. Kenakan perlindungan diri atau pasang APD.
- c. Cuci tangan dengan pembersih DTT dan air.
- d. Perhatikan dan kaji kondisi bayi, meliputi:

- 1) Nafas
- 2) Warna kulit
- 3) Menangis
- 4) Tonus otot dan tingkat aktivitas
- 5) Ukuran umum
- e. Memeriksa tanda-tanda vital
 - 1) Hitung jumlah napas
 - 2) Hitung perkiraan jantung
 - 3) Periksa suhu anak
- f. Ukur berat badan anak
 - 1) Skala timbangan anak tepat di angka 0
 - 2) letakkan anak pada timbangan dan lihat apa yang tertera pada timbangan, lalu tulis hasilnya
 - 3) membersihkan alat-alat yang telah digunakan
- g. Ukur panjang dan tinggi badan anak
 - 1) Siapkan meja datar
 - 2) Letakkan anak dalam posisi tegak
 - 3) Menempatkan anak pada garis tengah alat ukur
- h. Penilaian atau pemeriksaan kepala bayi
 Perhatikan baik-baik bagian ubun-ubun, molase, ketidakteraturan, dan daerah yang tertekan. Rasakan sepanjang garis sutura dan ubun-ubun untuk memeriksa ukuran dan tampilannya normal. sutura yang berjarak lebar menandakan bayi prematur, moulding yang buruk, atau hidrosefalus. Ubun-ubun besar terjadi karena ruam atau hidrosefalus, sedangkan ubun-ubun kecil terjadi karena mikrosefali. Jika ubun-ubun menonjol menyebabkan ketegangan intrakranial meningkat, sedangkan ubun-ubun yang cekung disebabkan oleh kekeringan. Terkadang ubun-ubun ketiga berada tepat di antara ubun-ubun depan dan belakang, hal ini terjadi karena trisomi.
- i. Penilaian telinga anak
 Coba tatap mata anak, bayangkan ada garis lurus melintasi mata anak ke atas untuk melihat apakah anak tersebut mengidap Down Disorder. Telinga yang ditemukan rendah (low set ear) ditemukan pada anak

yang memiliki kondisi tertentu (Pierre-Robin). Fokus pada keberadaan kulit atau daun telinga ekstra. Hal ini bisa dihubungkan dengan masalah ginjal.

j. Pemeriksaan keadaan mata anak

- 1) Perhatikan baik-baik jumlah, posisi atau area mata
- 2) Perhatikan baik-baik mata anak untuk mengetahui apakah mata tersebut normal atau tidak serta perhatikan apakah bergerak dengan arah yang sama.
- 3) Indikasi kontaminasi, : pus
- 4) Periksa strabismus atau gangguan koordinasi mata
- 5) Periksa glaukoma bawaan, pertama akan muncul sebagai pembesaran dan kemudian sebagai kegelapan pada kornea

k. Pemeriksaan keadaan hidung dan mulut anak

- 1) Periksa bentuk dan lebar hidung, pada bayi cukup bulan lebarnya sebaiknya lebih dari 2,5 cm.
- 2) Anak harus menarik napas melalui hidung, jika melalui mulut, waspadai kemungkinan adanya sumbatan jalan nafas karena atresia choana, retakan hidung, atau ensefalokel yang menonjol ke nasofaring.
- 3) Periksa pelepasan mukopurulen dalam beberapa kasus tidak masuk akal, mungkin saja itu adalah penyakit sifilis
- 4) Perhatikan baik-baik lubang hidung untuk bernafas, jika lubang hidung lebar, ini menandakan gangguan pernafasan
- 5) Perhatikan betul bibir anak apakah ada lubang/kelainan

l. Penilaian keadaan leher bayi

- 1) Leher anak umumnya pendek dan harus diperiksa keseimbangannya. Perkembangannya harus bagus. Dengan asumsi perkembangannya terbatas, mungkin ada ketidakteraturan pada tulang belakang leher
- 2) Periksa adanya cedera leher yang dapat

- membahayakan pleksus brakialis
- 3) Palpasi untuk mengetahui adanya pembesaran/pembengkakan. Periksa pembesaran organ tiroid dan vena jugularis
 - 4) Adanya banyak lipatan kulit di bagian belakang leher menunjukkan kemungkinan terjadinya trisomi 21
- m. Penilaian keadaan dada pada bayi
- 1) Periksa keseimbangan dada sambil bernafas . Jika terjadi ketidakrataan, anak mungkin menderita pneumotoraks, paresis diafragma, atau hernia diafragma. Pada pernapasan normal, dinding dada dan perut bergerak terus menerus. Penarikan tulang dada atau interkostal saat bernapas harus diperhatikan
 - 2) Pada bayi cukup bulan, areola mempunyai tepi yang tidak biasa dan terlihat rata
 - 3) Dada mungkin tampak melebar, namun hal ini normal
 - 4) Menyoroti bunyi jantung dan pernafasan menggunakan stetoskop. Ukur dada Anda dengan pita cm. ukuran normal.
- n. Penilaian pada kondisi bahu, lengan, dan tangan anak
- 1) Kedua lengan harus memiliki panjang yang sama, periksa dengan mengencangkan kedua lengan ke bawah
 - 2) Lengan kemudian dapat digerakkan, jika tidak terjadi apa-apa, kemungkinan besar terjadi kerusakan saraf atau retak tulang.
 - 3) Sorotan pada jumlah jari. Cari polidaktili atau sidaktili
 - 4) Telapak tangan harus terbuka, garis telapak tangan hanya berisi satu benda normal, berhubungan dengan kelainan kromosom, misalnya trisomi 21
 - 5) Periksa paronychia pada kuku yang dapat ternoda atau tercabut sehingga menyebabkan cedera dan lewat

- o. Pemeriksaan perut anak
 - 1) Perut harus terlihat bulat dan bergerak mengikuti perkembangan dada sambil rileks. Evaluasi pembesaran (palpasi)
 - 2) Jika lambung melengkung, kemungkinan terdapat hernia diafragma
 - 3) Perut bengkak mungkin disebabkan oleh hepatosplenomegali atau kanker lainnya
 - 4) Jika bagian tengah tubuh melebar, mungkin terdapat enterokolitis vesikal, omfalokel, atau pipa omfaloenterika yang ditentukan (dievaluasi dengan palpasi). Coba lihat keadaan tali pusar, survei indikasi penyakit (kulit sekeliling merah, tali pusar tengk).
- p. Perhatikanlah keadaan kemaluan dan bokong anak
 - 1) Pada pria muda, panjang penis 3-4 cm dan lebar 1-1,3 cm. pada kenyataannya periksa pada awal uretra. Lakukan segala cara agar kulit khatan tidak hilang karena akan menyebabkan phimosis.
 - 2) Periksa hipospadia dan epispadia
 - 3) Periksa Scrotum uk memastikan apakah terdapat 2 buah testis
 - 4) Pada wanita muda, labia mayora menutupi labia minora
 - 5) Lubang uretra terpisah dari lubang vagina. Sesekali muncul pelepasan konyol di vagina. Hal ini disebabkan oleh dampak bahan kimia ibu (penarikan bahan lembaran).
- q. Perhatikan baik-baik kondisi dan kaki anak
 - 1) Perhatikan betul keseimbangan retakan dan kaki. Perhatikan baik-baik panjang kedua kakinya dengan mengencangkan dan mengkontraskannya
 - 2) Kedua pendingin harus memiliki opsi untuk bergerak secara terbuka. Kurangnya perkembangan yang berhubungan dengan cedera, misalnya retak tulang, kerusakan saraf

- 3) Periksa adanya polidaktili atau sidaktili pada jari kaki. Pertambahan dan jumlah jari kaki untuk refleks berputar dan berjalan Babynsky
- r. pemeriksaan keadaan bokong anak tersebut
Periksa atresia bokong (penilaian dapat dilakukan dengan menempelkan termometer rektal ke bagian belakang), evaluasi luas mekonium yang sebagian besar keluar dalam 24 jam pertama. Jika tidak muncul dalam waktu sekitar 48 jam, kemungkinan terjadi kondisi sumbatan mekonium, megakolon, atau penyumbatan saluran cerna.
- s. Perhatikan betul keadaan punggung anak
Balikkan tubuh anak dan lihat punggungnya, gerakkan jari tangan anda menopang punggung anak hingga terasa ada benjolan pada tulang belakang.

DAFTAR PUSTAKA

- Armini, Sriasih, dan Marhaeni. 2017. *Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi, Balita & Anak Pra Sekolah*. Yogyakarta: Andi
- Br Sembiring, Julia. 2019. *Buku Ajar Neonatus, Bayi, Balita, Anak Pra Sekolah*. Tangerang: Deepublish
- Kementrian Kesehatan Indonesia. 2020. *Pedoman Pelayanan Antenatal, Persalinan, Nifas, Dan Bayi Baru Lahir Di Era Adaptasi Kebiasaan Baru*. Kementrian Kesehatan RI
- Noordiaty. 2018. *Asuhan Kebidanan, Neonatus, Bayi, Balita, Dan Anak Pra Sekolah*. Malang : Wineka Media
- Ratnasari, Ita. 2019. *Mengenal Hipotermia*. Semarang: Menoreh Pustaka Ilmu
- Rukiyah, Ai Yeyeh. dkk.. 2019. *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Jakarta: CV. Trans Info Media.

BIODATA PENULIS



Siti Maryani, S.ST, MPH.

Dosen Program Studi Sarjana terapan Kebidanan Magelang
Poltekkes Kemenkes Semarang

Penulis lahir di Tegal tanggal 25 Mei 1989. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Sarjana Terapan Kebidanan Magelang, Poltekkes Kemenkes Semarang. Menyelesaikan pendidikan S1 pada SI Bidan Pendidik Semarang Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Semarang dan melanjutkan S2 pada Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat pada Universitas sebelas Maret Surakarta. Penulis menekuni bidang Menulis.

BIODATA PENULIS



Wahida, M.Keb

Dosen Program Studi DIII Kebidanan
Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Mamuju

Penulis lahir di Wajo tanggal 17 Februari 1991. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi DIII Kebidanan Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Mamuju. Menyelesaikan pendidikan DIII pada Program Studi DIII Kebidanan, kemudian melanjutkan Pendidikan DIV Bidan Pendidik lalu melanjutkan Pendidikan S2 Kebidanan.

BIODATA PENULIS



Agnes Ratna Saputri, S.Tr.Keb, MARS

Dosen Program Studi Administrasi Rumah Sakit
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Fatmawati Jakarta

Penulis lahir di Klaten, 20 Februari 1993. Penulis adalah dosen Program Studi Administrasi Rumah Sakit di STIKes Fatmawati Jakarta. Menyelesaikan pendidikan Sarjana (S1) Program Studi Bidan Pendidik di Universitas Nasional (2015). Setelah itu melanjutkan kuliah Magister (S2) Manajemen Administrasi Rumah Sakit di Universitas Respati Indonesia Jakarta (2018).

BIODATA PENULIS



Juni Andriani Rangkuti, SST, M.K.M

Dosen Program Studi Kebidanan Program Sarjana
Fakultas Kesehatan Universitas Aupa Royhan di Kota
Padangsidempuan

Penulis lahir di Padangsidempuan, pada tanggal 24 Juni 1989. Penulis merupakan dosen tetap Program Studi Kebidanan Program Sarjana di Universitas Aupa Royhan di Kota Padangsidempuan. Penulis menyelesaikan pendidikan Diploma III Kebidanan di Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Prodi Diploma III Kebidanan Padangsidempuan pada Tahun 2011. Kemudian melanjutkan pendidikan Diploma IV Kebidanan di Stikes Rumah Sakit Haji Medan pada Tahun 2012.

Pada Tahun 2021 penulis menempuh pendidikan Magister Kesehatan Masyarakat di Universitas Aupa Royhan di Kota Padangsidempuan. Penulis bekerja di Universitas Aupa Royhan di Kota Padangsidempuan sejak 2012 sampai dengan saat ini.

E-mail: juniandrianirangkuti06@gmail.com

BIODATA PENULIS



Sunaeni,S.ST.,M.Keb

Dosen Program Studi Sarjana Terapan Kebidanan Malang
Jurusan Kebidanan, Poltekkes Kemenkes Malang

Penulis lahir di Malang tanggal 12 September 1981. Penulis adalah dosen tetap pada Program Sarjana Terapan Kebidanan Malang Jurusan Kebidanan, Poltekkes Kemenkes Malang

Menyelesaikan Pendidikan Sekolah Perawat Kesehatan Tahun 2000 di SPK Rumah Sakit Angkatan Darat Dr. Soperaoen Malang. Melanjutkan Pendidikan Diploma III Kebidanan, lulus pada tahun 2004 di Poltekkes Kemenkes Surabaya Program Studi Bangkalan.

Tahun 2007 menyelesaikan pendidikan Sarjana Sains Terapan di Sekolah Tinggi Kesehatan (STIKes) Insan Unggul Surabaya.

Program Magister Kebidanan ditempuh di Universitas Padjadjaran Bandung dan lulus tahun 2010.

Pernah bekerja di PMB Suma'yah sekaligus di Puskesmas Pembantu Dengkol Puskesmas Ardimulyo-Malang.

Menjadi staf pengajar di STIKes Kendedes Malang Tahun 2004-2012. Mata Kuliah yang diampu Konsep Kebidanan, Biologi Reproduksi, Ketrampilan Dasar Kebidanan, Dokumentasi Kebidanan, Asuhan Persalinan, Asuhan Neonatus, Bayi dan Balita, Asuhan Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi, Praktik Klinik Kebidanan, Promosi Kesehatan. Pernah menjabat sebagai

Ketua Lembaga Pengkajian dan Pengembangan Pendidikan (LP3). Jabatan terakhir sebagai Wakil Ketua I bidang Akademik.

Selama menyelesaikan program Magister Kebidanan pernah bekerja sebagai staf bidan di Klinik Asri Husada Bandung. Pernah mengajar dan sebagai staf di Akademi Kebidanan Medika Obygyn Bandung, mengampu mata kuliah Asuhan Neonatus bayi dan Balita, Asuhan Persalinan, Asuhan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal.

Bergabung di Poltekkes Kemenkes Sorong Sebagai Dosen dan Ketua Program Studi Diploma IV Kebidanan Poltekkes Sorong Tahun 2013 s.d 2019. Mata Kuliah yang diampu Konsep Kebidanan, Asuhan Kehamilan, Asuhan Persalinan, Asuhan Neonatus Bayi dan Balita, Asuhan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal Praktik Klinik Kebidanan, Praktik Kerja Lapangan. Saat ini menjabat sebagai Wakil Direktur I bidang akademik dari Tahun 2020 sampai 2023. Selanjutnya bergabung di Poltekkes Kemenkes Malang sejak Juli 2023 hingga saat ini.

Aktif sebagai anggota Ikatan Bidan Indonesia (IBI) Cabang Kabupaten Malang sejak Tahun 2004, Memberikan pelayanan Kebidanan di Praktik Mandiri Bidan sejak 2004 s.d 2012. Bergabung di Ikatan Bidan Indonesia Kabupaten Sorong sejak Tahun 2013. Jalin kerja sama dengan penulis via surel sunaenieni607@gmail.com

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



Gusti Ayu Tirtawati, S.SiT, M.Kes.,
Dosen Poltekkes Kemenkes Denpasar

Gusti Ayu Tirtawati, S.SiT, M.Kes., lahir di Kabupaten Gianyar Bali. Memiliki suami bernama Anak Agung Gede Arimbawa dan 2 orang putri yaitu Anak Agung Istri Arinta Maharani (Arin) dan Anak Agung Istri Anindya Pramesti (Anin). Penulis bertempat tinggal di Jl. Batu Intan gang Batu Padas C.12 Batubulan Gianyar Bali. Penulis telah menyelesaikan Akademi Kebidanan Cipto Mangunkusumo (Poltekkes Kemenkes Jakarta III) tahun 1999-2001. DIV Bidan Pendidik Universitas Gadjah Mada Yogyakarta (2004-2005). Program Magister Promosi Kesehatan peminatan Kespro HIV/AIDS Universitas Diponegoro Semarang (2011-2013).

Karir penulis dimulai sebagai Bidan PTT (Pegawai Tidak Tetap) di wilayah Puskesmas Pamaron Kabupaten Brebes Jawa Tengah (1995-1998). PMB (Praktek Mandiri Bidan) tahun 1998-2015. Dosen Poltekkes Kemenkes Jakarta I (2006-2015), Dosen Poltekkes Kemenkes Manado (2015-2023) serta Dosen Poltekkes Kemenkes Denpasar (Juni 2023-sekarang).

Email Penulis : tritagustiayu@gmail.com

BIODATA PENULIS



Bdn. Meinita Wulansari, S.Tr.Keb., M.Keb.

Dosen Program Studi Pendidikan Profesi Bidan
Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Manado

Penulis lahir di Kota Tomohon Sulawesi Utara pada 08 Mei 1996. Anak tunggal dari ayah bernama Yatno dan ibu bernama Jumini. Bertempat tinggal di Perumahan Puri Manado Permai yang berlokasi di Kelurahan Bengkol, Kecamatan Mapanget kota Manado. Penulis telah menyelesaikan studi Diploma IV di Program Studi Kebidanan Poltekkes Manado. Lulus strata dua kebidanan di Pascasarjana Universitas Hasanuddin Makassar. Lulus Profesi Bidan di Universitas Muhammadiyah Manado.

Karirnya dimulai sebagai dosen tetap pendidikan profesi bidan di Universitas Muhammadiyah Manado (2022-sekarang). Pernah menjabat sebagai bendahara dalam organisasi Himpunan Mahasiswa Magister Ilmu Kebidanan (HiMMiKeb) Universitas Hasanuddin Makassar (periode 2019-2021) dan pernah menjabat sebagai bendahara Prodi Pendidikan Profesi Bidan Universitas Muhammadiyah Manado. Yang saat ini beralih menjabat sebagai Sekretaris Prodi Pendidikan Profesi Bidan Universitas Muhammadiyah Manado. Penulis juga aktif dalam kegiatan ilmiah dan organisasi keprofesian yaitu Ikatan Bidan Indonesia. Sehari-hari bekerja sebagai dosen pengampu mata kuliah asuhan kebidanan Pranikah dan Prakonsepsi, Asuhan Kebidanan Kehamilan, Farmakologi dalam Kebidanan serta Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana dan Pelayanan Kontrasepsi. Selain itu penulis juga aktif

dalam kegiatan lain seperti menulis jurnal, buku ajar dan book chapter.

BIODATA PENULIS



Ni Made Dwi Mahayati, SST., M.Keb

Dosen Program Studi Profesi Bidan
Poltekkes Kemenkes Denpasar

Penulis lahir di Denpasar pada 30 April 1984. Penulis menyelesaikan pendidikan D4 Bidan Pendidik dan S2 Kebidanan di Universitas Padjadjaran. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Denpasar.

BIODATA PENULIS



Riswanti,S.ST.,M.Keb

Dosen program studi kebidanan fakultas ilmu kesehatan universitas islam makassar.

Penulis lahir di lembang matene tanggal 06 januari 1996. penulis adalah dosen tetap pada program studi DIII kebidanan fakultas ilmu kesehatan universitas islam makassar. Penulis Menyelesaikan Pendidikan Diploma III kebidanan di Universitas megarezky tahun 2017. Tahun 2018 menyelesaikan Pendidikan DIV kebidanan di universitas mega rezky .pada bulan agustus 2021 menyelesaikan Pendidikan S2 kebidanan di universitas hasanuddin makassar .Setelah tamat S2 ia mengajar sebagai dosen luar biasa pada fakultas ilmu kesehatan universitas islam makassar. Pada tahun yang sama 2023 terangkat menjadi dosen tetap sekaligus sebagai pejabat struktural dengan jabatan ketua program studi DIII kebidanan fakultas ilmu kesehatan universitas islam makassar. penulis dapat di hubungi melalui email : riswanti@uim-makassar.ac.id