

# **BUKU AJAR ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN DAN BAYI BARU LAHIR**

Seri Wahyuni, SST., M. Kes.  
Dr. Ns. Dhiana Setyorini, S. Kep., M. Kep., Sp. Mat  
Greiny Arisani, SST., M. Kes  
Nuraina, S. Tr. Keb., M. Keb  
Wahidah Sukriani, SST., M. Keb.  
Lola Meyasa, SST., M. Kes  
Kartini Pekabanda, SST, M. Kes  
Antonetha Rosni H. , SST., M. Kes  
Dr. Legawati, SSiT., MPH  
Rosdiana, SPd, M. Kes  
Adriana Nara, S. Si. T., M. Kes  
Lola Meyasa, SST., M. Kes.  
Siti Rochimatul lailiyah., S. SiT., M. Kes  
Maria Ch. Endang Sukartiningsih, SST, M. Kes  
Siti Sopiaturun, M. Keb

CV. SCIENCE TECHNO DIRECT

**BUKU AJAR ASUHAN KEBIDANAN**  
**PERSALINAN DAN BAYI BARU LAHIR**

Seri Wahyuni, SST., M.Kes. ; Dr. Ns. Dhiana Setyorini, S.Kep., M.Kep.,  
Sp.Mat ; Greiny Arisani, SST., M.Kes; Nuraina, S.Tr.Keb., M.Keb ; Wahidah  
Sukriani, SST., M.Keb. ; Lola Meyasa, SST., M.Kes ; Kartini Pekabanda, SST,  
M. Kes; Antonetha Rosni H. , SST., M.Kes ; Dr. Legawati, SSiT., MPH ;  
Rosdiana, SPd, M. Kes ; Adriana Nara, S.Si.T., M.Kes ; Lola Meyasa, SST.,  
M.Kes. ; Siti Rochimatul lailiyah., S.SiT., M.Kes  
; Maria Ch. Endang Sukartiningsih, SST, M.Kes ; Siti Sopiatur, M. Keb

Copyright © 2023 by Penulis

Diterbitkan oleh:

**CV. Science Techno Direct**  
**Perum Korpri Pangkalpinang**

Penyunting: M. Seto

Tata letak: M. Seto

Desain Cover: M. Seto

Terbit: April, 2023

ISBN: 978-623-09-2826-0

---

Hak Cipta dilindungi undang-undang  
Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini  
dengan bentuk dan cara apa pun tanpa izin tertulis dari  
penerbit

# Kata Pengantar

Segala Puji Bagi Allah SWT, Atas rahmat dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan Buku ini dengan judul Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir. Buku ini ditulis agar terpenuhi kebutuhan berbagai kalangan dalam melaksanakan asuhan kebidanan kehamilan. Buku Ajar ini ditulis berdasarkan Kurikulum Nasional Mata Kuliah Asuhan Kebidanan persalinan dan bayi baru lahir. Sebagai Buku Ajar, buku ini ditujukan kepada mahasiswa kebidanan, praktisi bidan, pengajar kebidanan maupun masyarakat yang membutuhkan agar lebih mudah dalam memahami dan menerapkan asuhan kebidanan persalinan dan bayi baru lahir.

Melalui penulisan buku ini, penulis mengharapkan kepada semua pembaca agar setelah memahami buku ini memiliki kemampuan khusus. Penulis menyadari buku ini masih sangat jauh dari sempurna. Penulis membuka diri untuk menerima berbagai masukan dan kritikan yang sifatnya membangun, demi penyempurnaan buku ini. Semoga Buku ini bermanfaat bagi mahasiswa, praktisi bidan, pengajar dan segenap pembaca

# Daftar Isi

Kata Pengantar.....	iii
Daftar Isi .....	iv
BAB I FISILOGI PERSALINAN.....	1
BAB II KOSEP DASAR PSIKOLOGI PERSALINAN.....	25
BAB III LIMA BENANG MERAH DALAM ASUHAN PERSALINAN .....	37
BAB IV ASUHAN PERSALINAN KALA I .....	69
BAB V PARTOGRAF .....	93
BAB VI ASUHAN PERSALINAN KALA II.....	103
BAB VII DETEKSI TANDA BAHAYA PADA KALA II PERSALINAN DAN CARA MENGATASINYA.....	125
BAB VIII ASUHAN BAYI BARU LAHIR .....	167
BAB IX PENATALAKSANAAN ASUHAN BAYI BARU LAHIR DENGAN ASFIKSI .....	193
BAB X ASUHAN KEBIDANAN PADA KALA III DAN IV PERSALINAN .....	209
BAB XI DETEKSI DINI PENYULIT KALA III DAN KALA IV.....	233
.....	248
BAB XII ASUHAN PADA PERSALINAN REMAJA.....	248
BAB XIII PROGRAM KESEHATAN IBU BERSALIN TERKINI .....	263
BAB XIV KOMPLIKASI SELAMA PERSALINAN (PREEKLAMSI) .....	273
Tentang Penulis .....	284

# **BAB I FISILOGI PERSALINAN**

**(Seri Wahyuni,SST.,M.Kes.)**

## **A. Tujuan pembelajaran :**

Setelah mengikuti pembelajaran ini :

1. Mahasiswa mampu memahami pengertian persalinan
2. Mahasiswa mampu memahami dan menyebutkan penyebab persalinan
3. Mahasiswa mampu memahami dan menyebutkan tahapan persalinan
4. Mahasiswa mampu memahami dan menyebutkan tujuan persalinan
5. Mahasiswa mampu menjelaskan mekanisme persalinan
6. Mahasiswa mampu memahami *evidence based* persalinan

## **B. Materi**

### **1. Pengertian Persalinan**

Persalinan menurut WHO adalah pengeluaran hasil konsepsi ( janin atau uri) yang telah cukup bulan (37 - 42 minggu) atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau jalan lain dengan bantuan atau tanpa bantuan

dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam waktu 18 jam tanpa adanya komplikasi pada ibu maupun janin.

Persalinan adalah proses pengeluaran janin pada kehamilan cukup bulan yaitu sekitar 37-42 minggu dan lahir secara spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung selama 18-24 jam tanpa komplikasi (Nurasih & Nurkholifah, 2016).

Persalinan adalah serangkaian kejadian pengeluaran bayi yang sudah cukup bulan, disusul 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). (Kurnianingrum, 2016).

Persalinan adalah suatu kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hampir cukup bulan yang kemudian, disusul dengan pengeluaran placenta dan selaput janin (Rinata & Andayani, 2018).

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang dapat hidup ke dunia luar rahim melalui jalan lahir atau jalan lahir (Diana & Rufaida, 2019)

Persalinan adalah pengeluaran janin yang cukup bulan, beserta plasenta dan selaputnya melalui jalan lahir atau jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan.

## 2. Penyebab Persalinan

Banyak faktor yang memegang peranan dan bekerjasama sehingga terjadi persalinan. Beberapa teori yang dikemukakan adalah: penurunan kadar progesteron, teori oksitosin, keregangan otot-otot, *Fetal Endocrine Control Theory*, dan teori prostaglandin. Beberapa teori yang menyebabkan mulainya persalinan adalah sebagai berikut :

### a. Penurunan Kadar Progesteron

Progesterone menimbulkan relaxasi otot-otot rahim, sebaliknya estrogen meninggikan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesteron dan estrogen dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga timbul his. Proses penebaran plasenta terjadi mulai umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, dan pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Produksi progesterone mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitive terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesterone tertentu(Kurnianingrum, 2016).

### b. Teori Oksitosin

Kelenjar hipofisi posterior mengeluarkan oksitosin, perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mempengaruhi sensitivitas otot rahim sehingga terjadi braxton hicks. Usia kehamilan

yang semakin matur menyebabkan menurunnya konsentrasi progesterone, oksitosin meningkat aktivitasnya sehingga proses persalinan dimulai(Nurasih & Nurkholifah, 2016).

c. Keregangan otot-otot

Keadaan uterus yang terus membesar dan menjadi tegang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus. Hal ini merupakan faktor yang dapat mengganggu sirkulasi uteroplasenter sehingga plasenta mengalami degenerasi. Otot rahim mempunyai kemampuan meregang sampai batas tertentu. Apabila batas tersebut sudah terlewati, maka akan terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai(Livana et al., 2017).

d. *Fetal Endocrine Control Theory*

Teori ini mengemukakan bahwa ketika janin telah mencapai usia aterm, system endokrin pada janin seperti kelenjara adrenal mensekresikan hormon kortikosteroid yang diduga merangsang pengeluaran hormone yang menstimulasi terjadinya persalinan (Anwar et al., 2005)

e. Teori Prostaglandin

Hormon prostaglandin adalah hormon penyebab timbulnya kontraksi atau meningkatkan intensitas kontraksi dan bertugas untuk merangsang persalinan. Wanita memproduksi hormon ini ketika janin siap untuk melahirkan. Dampak berkurangnya kadar



hormon ini dalam tubuh seorang ibu dapat menyebabkan kehamilan lewat waktu (Liu et al., 2017)

### 3. Tahapan Persalinan

Selama proses persalinan dibagi menjadi beberapa tahapan, Adapun tahapan dalam persalinan antara lain

#### a. Kala I

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga servik membuka lengkap (10 cm). Kala I persalinan dibagi menjadi dua fase yaitu fase laten dimulai dari pembukaan 1 cm sampai pembukaan 3 cm. dan Fase aktif dimulai dari pembukaan 4 sampai pembukaan 10 cm (pembukaan lengkap) (Damayanti et al., 2014).

#### b. Kala II

Kala II merupakan fase dari dilatasi serviks lengkap 10 cm hingga bayi lahir. Pada kala ini pasien dapat mulai mengejan sesuai instruksi penolong persalinan, yaitu mengejan bersamaan dengan kontraksi uterus. Proses fase ini normalnya berlangsung maksimal 2 jam pada primipara, dan maksimal 1 jam pada multipara (Damayanti et al., 2014)

#### c. Kala III

Kala III adalah waktu untuk pelepasan dan pengeluaran plasenta dimulai dari setelah bayi lahir

dan berakhirnya dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Seluruh proses tersebut biasanya memakan waktu sekitar 5 - 30 menit setelah bayi lahir (Mutmainnah et al., 2017).

d. Kala IV

Kala IV persalinan ditetapkan berlangsung kira-kira dua jam setelah plasenta lahir. Periode ini merupakan masa pemulihan yang terjadi segera jika homeostasis berlangsung

dengan baik. Pada tahap ini, kontraksi otot rahim meningkat sehingga pembuluh darah terjepit untuk menghentikan perdarahan. Pada kala ini dilakukan observasi terhadap tekanan darah, pernapasan, nadi, kontraksi otot rahim dan perdarahan selama 2 jam pertama. Selain itu juga dilakukan penjahitan luka episiotomi. Setelah 2 jam, bila keadaan baik, ibu dipindahkan ke ruangan bersama bayinya.

#### 4. Tujuan Persalinan

Tujuan persalinan normal adalah menjaga kelangsungan hidup dan memberikan derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui upaya yang terintegrasi dan lengkap, tetapi dengan intervensi yang seminimal mungkin agar prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang diinginkan (optimal). Melalui pendekatan ini maka setiap intervensi

yang diaplikasikan dalam Asuhan Persalinan Normal (APN) harus mempunyai alasan dan bukti ilmiah yang kuat tentang manfaat intervensi tersebut bagi kemajuan dan keberhasilan proses persalinan .

Tujuan asuhan persalinan adalah memberikan dukungan, baik fisik maupun emosional, melakukan pengkajian, membuat diagnosis, mencegah komplikasi, menangani komplikasi, melakukan rujukan pada kasus yang tidak dapat ditangani sendiri, memberikan asuhan yang adekuat kepada ibu dengan intervensi minimal sesuai dengan tahap persalinannya, memperkecil resiko infeksi, memberitahu ibu dan keluarganya mengenai kemajuan persalinan, memberikan asuhan yang tepat untuk bayi segera setelah lahir, membantu ibu dalam pemberian ASI dini (Pratiwi, 2021).

## 5. Mekanisme Persalinan

Menurut Sumarah, (2009) ada tujuh gerakan-gerakan janin dalam persalinan atau gerakan kardinal yaitu engagement, penurunan, fleksi, putar paksi dalam, ekstensi, putar paksi luar, ekspulsi.

### a. Engagement

Engagement pada primigravida terjadi pada bulan terakhir kehamilan, sedangkan pada multigravida dapat terjadi pada awal persalinan. Masuknya kepala akan mengalami kesulitan bila saat masuk ke dalam panggul dengan sutura sagitalis dalam anteroposterior. Jika kapala masuk ke dalam pintu atas

panggul dengan sutura sagitalis melintang di jalan lahir, tulang parietal kanan dan kiri sama tinggi, maka keadaan ini disebut sinklitismus. Kepala pada saat melewati pintu atas panggul dapat juga dalam keadaan dimana sutura sagitalis lebih dekat ke promontorium atau ke symphysis maka hal ini disebut Asinklitismus. Ada dua macam asinklitismus. Asinklitismus posterior dan asinklitismus anterior.

1) Asinklitismus Posterior

Yaitu keadaan bila sutura sagitalis mendekati symphysis dan tulang parietal belakang lebih rendah dari pada tulang parietal depan. Terjadi karena tulang parietal depan tertahan oleh symphysis pubis sedangkan tulang parietal belakang dapat turun dengan mudah karena adanya lengkung sakrum yang luas.

2) Asinklitismus Anterior

Yaitu keadaan bila sutura sagitalis mendekatipromontorium dan tulang parietal depan lebih rendah dari pada tulang parietal belakang.

b. Penurunan

Penurunan diakibatkan oleh kekuatan kontraksi rahim, kekuatan mengejan dari ibu, dan gaya berat kalau pasien dalam posisi tegak. Berbagai tingkat

penurunan janin terjadi sebelum permulaan persalinan pada primigravida dan selama Kala I pada primigravida dan multigravida. Penurunan semakin berlanjut sampai janin dilahirkan, gerakan yang lain akan membantunya.

c. Fleksi

Fleksi sebagian terjadi sebelum persalinan sebagai akibat tonus otot alami janin. Selama penurunan, tahanan dari serviks, dinding pelvis, dan lantai pelvis menyebabkan fleksi lebih jauh pada tulang leher bayi sehingga dagu bayi mendekati dadanya. Pada posisi oksipitoanterior, efek fleksi adalah untuk mengubah presentasi diameter dari oksipitofrontal menjadi suboksipitoposterior yang lebih kecil. Pada posisi oksipitoposterior, fleksi lengkap mungkin tidak terjadi, mengakibatkan presentasi diameter yang lebih besar, yang dapat menimbulkan persalinan yang lebih lama.

d. Putar Paksi Dalam

Pada posisi oksipitoanterior, kepala janin, yang memasuki pelvis dalam diameter melintang atau miring, berputar, sehingga oksipito kembali ke anterior ke arah simfisis pubis. Putaran paksi dalam mungkin terjadi karena kepala janin bertemu penyangga otot pada dasar pelvis. Ini sering tidak tercapai sebelum bagian yang berpresentasi telah tercapai sebelum bagian yang berpresentasi telah mencapai tingkat spina iskhidika sehingga terjadilah engagement. Pada

posisi oksipitoposterior, kepala janin dapat 20 memutar ke posterior sehingga oksiput berbalik ke arah lubang sakrum. Pilihan lainnya, kepala janin dapat memutar lebih dari 90 derajat menempatkan oksiput di bawah simfisis pelvis sehingga berubah ke posisi oksipitoanterior. Sekitar 75% dari janin yang memulai persalinan pada posisi oksipitoposterior memutar ke posisi oksipitoanterior selama fleksi dan penurunan. Bagaimanapun, sutura sagital biasanya berorientasi pada poros anteriorposterior dari pelvis.

e. Ekstensi

Kepala yang difleksikan pada posisi oksipitoanterior terus menurun di dalam pelvis. Karena pintu bawah vagina mengarah ke atas dan ke depan, ekstensi harus terjadi sebelum kepala dapat melintasinya. Sementara kepala melanjutkan penurunannya, terdapat penonjolan pada perineum yang diikuti dengan keluarnya puncak kepala. Puncak kepala terjadi bila diameter terbesar dari kepala janin dikelilingi oleh cincin vulva. Suatu insisi pada perineum (episotomi) dapat membantu mengurangi tegangan perineum disamping untuk mencegah peregangan dan perentangan jaringan perineum. Kepala dilahirkan dengan ekstensi yang cepat sambil oksiput, sinsiput, hidung, mulut, dan dagu melewati perineum. Pada posisi oksipitoposterior, kepala dilahirkan oleh kombinasi ekstensi dan fleksi. Pada saat munculnya puncak kepala, pelvis tulang posterior dan penyangga otot diusahakan berfleksi lebih jauh. Dahi, sinsiput,

dan oksiput dilahirkan sementara janin mendekati dada. Sesudah itu, oksiput jatuh kembali saat kepala berekstensi, sementara hidung, mulut, dan dagu dilahirkan.

f. Putaran Paksi Luar

Pada posisi oksipitoanterior dan oksipitoposterior, kepala yang dilahirkan sekarang kembali ke posisi semula pada saat engagement untuk menyebarkan dengan punggung dan bahu janin. Putaran paksi kepala lebih jauh dapat terjadi sementara bahu menjalani putaran paksi dalam untuk menyebarkan bahu itu di bagian anteriorposterior di dalam pelvis.

g. Ekspulsi (Pengeluaran)

Setelah putaran paksi luar dari kepala, bahu anterior lahir dibawah simfisis pubis, diikuti oleh bahu posterior di atas tubuh perineum, kemudian seluruh tubuh anak.

## 6. *Evidence Based Midwifery* dalam Persalinan

Evidence Based Practice (EBP) merupakan prosedur yang dapat menunjang supaya bisa mendapatkan fakta terbaru sehingga menjadikan bukti guna melakukan ketentuan klinis efektif dan efisien serta memberikan pasien perawatan yang paling baik (Aliviameita & Puspitasari, 2020). Pada proses persalinan kala II ini ternyata ada beberapa hal yang dahulunya kita lakukan ternyata setelah di lakukan penelitian ternyata tidak

bermanfaat atau bahkan dapat merugikan pasien. Adapun hal-hal yang tidak bermanfaat pada kala II persalinan berdasarkan EBM adalah:

Tabel 1.1 Evidence Based Kala II Persalinan

No.	Tindakan Yang dilakukan	Sebelum EBM	Setelah EBM
1.	Asuhan sayang ibu	Ibu bersalin dilarang untuk makan dan minum bahkan untuk membersihkan dirinya	Ibu bebas melakukan aktifitas apapun yang mereka sukai
2.	Pengaturan posisi persalinan	Ibu hanya boleh bersalin dengan posisi telentang	Ibu bebas untuk memilih posisi yang mereka inginkan
3.	Menahan nafas saat mengeran	Ibu harus menahan nafas pada saat mengeran	Ibu boleh bernafas seperti biasa pada saat mengeran
4.	Tindakan episiotomi	Bidan rutin melakukan episiotomy pada persalinan	Hanya dilakukan pada saat tertentu saja



Semua tindakan tersebut diatas telah dilakukan penelitian sehingga dapat di kategorikan aman jika dilakukan pada saat ibu bersalin. Adapun hasil penelitian yang diperoleh pada:

a. Asuhan sayang ibu pada persalinan setiap kala

Asuhan sayang ibu adalah asuhan dengan prinsip saling menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Sehingga saat penting sekali diperhatikan pada saat seorang ibu akan bersalin. Adapun asuhan sayang ibu berdasarkan EBM yang dapat meningkatkan tingkat kenyamanan seorang ibu bersalin antara lain:

- 1) Ibu tetap di perbolehkan makan dan minum karena berdasarkan EBM diperleh kesimpulan bahwa
  - Pada saat bersalin ibu membutuhkan energy yang besar, oleh karena itu jika ibu tidak makan dan minum untuk beberapa waktu atau ibu yang mengalami kekurangan gizi dalam proses persalinan akan cepat mengalami kelelahan fisiologis, dehidrasi dan ketosis yang dapat menyebabkan gawat janin.
  - Ibu bersalin kecil kemungkinan menjalani anastesi umum, jadi tidak ada alasan untuk melarang makan dan minum.
  - Efek mengurangi/mencegah makan dan minum mengakibatkan pembentukan glukosa intravena yang telah dibuktikan dapat

berakibat negative terhadap janin dan bayi baru lahir oleh karena itu ibu bersalin tetap boleh makan dan minum. Halini berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Larence 1982, Tamow-mordi Starw dkk 1981, Ruter Spence dkk 1980, Lucas 1980

2) Ibu diperbolehkan untuk memilih pendamping persalinannya

Asuhan sayang ibu adalah asuhan dengan prinsip saling menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Dimana dengan asuhan sayang ibu ini kita dapat membantu ibu merasakan kenyamanan dan keamanan dalam menghadapi proses persalinan. Salah satu hal yang dapat membantu proses kelancaran persalinan adalah hadirnya seorang pendamping saat proses persalinan ini berlangsung. Karena berdasarkan penelitian keuntungan hadirnya seorang pendamping pada proses persalinan adalah :

- Pendamping persalinan dapat meberikan dukungan baik secara emosional maupun pisik kepada ibu selama proses persalinan.
- Kehadiran suami juga merupakan dukungan moral karena pada saat ini ibu sedang mengalami stress yang sangat berat tapi dengan kehadiran suami ibu dapat merasa sedikit rileks karena merasa ia tidak perlu menghadapi ini semua seorang diri.

- Pendamping persalinan juga dapat ikut terlibat langsung dalam memberikan asuhan misalnya ikut membantu ibu dalam mengubah posisi sesuai dengan tingkat kenyamanannya masing - masing, membantu memberikan makan dan minum.
- Pendamping persalinan juga dapat menjadi sumber pemberi semangat dan dorongan kepada ibu selama proses persalinan sampai dengan kelahiran bayi.
- Dengan adanya pendamping persalinan ibu merasa lebih aman dan nyaman karena merasa lebih diperhatikan oleh orang yang mereka sayangi
- Ibu yang memperoleh dukungan emosional selama persalinan akan mengalami waktu persalinan yang lebih singkat, intervensi yang lebih sedikit, sehingga hasil persalinan akan lebih baik.

b. Pengaturan posisi persalinan pada persalinan kala II

Pada saat proses persalinan akan berlangsung, ibu biasanya di anjurkan untuk mulai mengatur posisi telentang/litotomi. Tetapi berdasarkan penelitian yang telah dilakukan ternyata posisi telentang ini tidak boleh dilakukan lagi secara rutin pada proses persalinan, hal ini dikarenakan:

- Bahwa posisi telentang pada proses persalinan dapat mengakibatkan berkurangnya aliran darah ibu ke janin.

- Posisi telentang dapat berbahaya bagi ibu dan janin , selain itu posisi telentang juga mengalami kontraksi lebih nyeri, lebih lama, trauma perineum yang lebih besar.
- Posisi telentang/litotomi juga dapat menyebabkan kesulitan penurunan bagian bawah janin.
- Posisi telentang bisa menyebabkan hipotensi karena bobot uterus dan isinya akan menekan aorta, vena kava inferior serta pembuluh-pembuluh lain dalam vena tersebut. Hipotensi ini bisa menyebabkan ibu pingsan dan seterusnya bisa mengarah ke anoreksia janin.
- Posisi litotomi bisa menyebabkan kerusakan pada syaraf di kaki dan di punggung dan akan ada rasa sakit yang lebih banyak di daerah punggung pada masa post partum (nifas).

Adapun posisi yang dianjurkan pada proses persalinan antara lain posisi setengah duduk, berbaring miring, berlutut dan merangkak. Hal ini berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Bhardwaj, Kakade alai 1995, Nikodeinn 1995, dan Gardosi 1989. Karenan posisi ini mempunyai kelebihan sebagai berikut:

- Posisi tegak dilaporkan mengalami lebih sedikit rasa tak nyaman dan nyeri. ·
- Posisi tegak dapat membantu proses persalinan kala II yang lebih singkat.
- Posisi tegak membuat ibu lebih mudah mengeran, peluang lahir spontan lebih besar, dan robekan perineal dan vagina lebih sedikit.

- Pada posisi jongkok berdasarkan bukti radiologis dapat menyebabkan terjadinya peregangan bagian bawah simfisis pubis akibat berat badan sehingga mengakibatkan 28% terjadinya perluasan pintu panggul.
- Posisi tegak dalam persalinan memiliki hasil persalinan yang lebih baik dan bayi baru lahir memiliki nilai apgar yang lebih baik.
- Posisi berlutut dapat mengurangi rasa sakit, dan membantu bayi dalam mengadakan posisi rotasi yang diharapkan (ubun-ubun kecil depan) dan juga mengurangi keluhan haemoroid.
- Posisi jongkok atau berdiri memudahkan dalam pengosongan kandung kemih. Karena kandung kemih yang penuh akan memperlambat proses penurunan bagian bawah janin.
- Posisi berjalan, berdiri dan bersandar efektif dalam membantu stimulasi kontraksi uterus serta dapat memanfaatkan gaya gravitasi

c. Menahan nafas pada saat mengeran

Pada saat proses persalinan sedang berlangsung bidan sering sekali menganjurkan pasien untuk menahan nafas pada saat akan mengeran dengan alasan agar tenaga ibu untuk mengeluarkan bayi lebih besar sehingga proses pengeluaran bayi pun menjadi lebih cepat. Padahal berdasarkan penelitian tindakan untuk menahan nafas pada saat mengeran ini tidak dianjurkan karena:

- Menafas nafas pada saat mengeran tidak menyebabkan kala II menjadi singkat.
- Ibu yang mengeran dengan menahan nafas cenderung mengeran hanya sebentar.
- Selain itu membiarkan ibu bersalin bernafas dan mengeran pada saat ibu merasakan dorongan akan lebih baik dan lebih singkat.

d. Tindakan episiotomi

Pada primigravida tindakan episiotomi pada proses persalinan rutin dilakukan. Padahal berdasarkan penelitian tindakan rutin ini tidak boleh dilakukan secara rutin pada proses persalinan karena:

- 1) Episiotomi dapat menyebabkan perdarahan karena episiotomi yang dilakukan terlalu dini, yaitu pada saat kepala janin belum menekan perineum akan mengakibatkan perdarahan yang banyak bagi ibu. Ini merupakan “perdarahan yang tidak perlu”.
- 2) Episiotomi dapat menjadi pemacu terjadinya infeksi pada ibu. Karena luka episiotomi dapat menjadi pemicu terjadinya infeksi, apalagi jika status gizi dan kesehatan ibu kurang baik.
- 3) Episiotomi dapat menyebabkan rasa nyeri yang hebat pada ibu.
- 4) Episiotomi dapat menyebabkan laserasi vagina yang dapat meluas menjadi derajat tiga dan empat.
- 5) Luka episiotomi membutuhkan waktu sembuh yang lebih lama.

Karena hal - hal di atas maka tindakan episiotomy tidak diperbolehkan lagi. Tapi ada juga indikasi yang memperbolehkan tindakan episiotomi pada saat persalinan. Antara lain indikasinya adalah:

- Bayi berukuran besar  
Jika berat janin diperkirakan mencapai 4 kg, maka hal ini dapat menjadi indikasi dilakukannya episiotomy. Tapi asalkan pinggul ibu luas karena jika tidak maka sebaiknya ibu dianjurkan untuk melakukan SC saja untuk menghindari faktor resiko yang lainnya.
- Perineum sangat kaku  
Tidak semua persalinan anak pertama dibarengi dengan perineum yang kaku. Tetapi bila perineum sangat kaku dan proses persalinan berlangsung lama dan sulit maka perlu dilakukan episiotomi.
- Perineum pendek  
Jarak perineum yang sempit boleh menjadi pertimbangan untuk dilakukan episiotomi, Apalagi jika diperkirakan bayinya besar. Hal ini meningkatkan kemungkinan terjadinya cedera pada anus akibat robekan yang melebar ke bawah

- Persalinan dengan alat bantu/sungsang  
Episiotomi boleh dilakukan jika persalinan menggunakan alat bantu seperti forcep dan vakum. Hal ini bertujuan untuk membantu mempermudah melakukan tindakan. Jalan lahir semakin lebar sehingga memperkecil resiko terjadinya cedera akibat penggunaan alat bantu tersebut. Begitu pula pada persalinan sungsang

### C. Rangkuman

1. Persalinan adalah pengeluaran janin yang cukup bulan, beserta plasenta dan selaputnya melalui jalan lahir atau jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan
2. Beberapa teori yang berkaitan dengan penyebab persalinan penurunan kadar progesteron, teori oksitosin, keregangan otot-otot, *Fetal Endocrine Control Theory*, dan teori prostaglandin
3. Tahapan persalinan ada 4 kala yaitu Kala I pembukaan 1-10 cm), Kala II pembukaan lengkap sampai lahirnya bayi, Kala III yaitu kala pengeluaran plasenta, Kala IV yaitu 2 jam postpartum.
4. Tujuan persalinan adalah menjaga kelangsungan hidup dan memberikan derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui upaya yang terintegrasi dan lengkap, tetapi dengan intervensi yang seminimal mungkin agar prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang diinginkan (optimal).



5. Mekanisme dalam persalinan yaitu engagement, penurunan, fleksi, putar paksi dalam, ekstensi, putar paksi luar, ekspulsi.
6. Evidence Based Practice (EBP) merupakan prosedur yang dapat menunjang supaya bisa mendapatkan fakta terbaru sehingga menjadikan bukti guna melakukan ketentuan klinis efektif dan efisien serta memberikan pasien perawatan yang paling baik. EBP dalam persalinan antara lain Ibu bebas melakukan aktifitas apapun yang mereka sukai, ibu bebas untuk memilih posisi yang mereka inginkan, ibu boleh bernafas seperti biasa pada saat mengeran, Episiotomi dilakukan pada saat tertentu saja.

#### D. Tugas

1. Jelaskan pengertian persalinan?
2. Sebutkan dan jelaskan secara singkat penyebab persalinan?
3. Sebutkan dan Jelaskan tahapan persalinan?
4. Jelaskan tujuan persalinan normal?
5. Sebutkan dan jelaskan mekasnisme persalinan
6. Jelaskan *evidence based midwifery* dalam persalinan?

#### E. Referensi

- Aliviameita, A., & Puspitasari. (2020). *Evidance Based Midwifery*.
- Anwar, R., Fertilitas, S., Endokrinologi, D. A. N., Obstetri, B., Ginekologi, D. A. N., & Unpad, F. K. (2005). *Endokrinologi kehamilan dan persalinan*.
- Damayanti, I. P., Maita, L., Triana, A., & Afni, R. (2014). *Buku*

*ajar: han kebidanan komprehensif pada ibu bersalin dan bayi baru lahir.* Deepublish.

- Diana, S., & Rufaida, Z. (2019). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir.* CV OASE Group.
- Kurnianingrum, Ar. (2016). *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir.* Kemenkes RI.
- Liu, G. J., He, J. R., Kuang, Y. S., Fan, X. J., Li, W. D., Lu, J. H., Xia, X. Y., Liu, X. D., Chen, N. N., Mai, W. B., Xia, H. M., & Qiu, X. (2017). Associations of maternal PLA2G4C and PLA2G4D polymorphisms with the risk of spontaneous preterm birth in a Chinese population. *Molecular Medicine Reports*, 15(6), 3607-3614. <https://doi.org/10.3892/mmr.2017.6475>
- Livana, Handayani, T. N., Mubin, M. F., & Ruhimat, I. I. A. (2017). Karakteristik Dan Tingkat Nyeri Persalinan Kala I Fase Laten. *Jurnal Ners Widya Husada*, 4(3), 65145. <http://stikeswh.ac.id:8082/journal/index.php/jners/article/view/323>
- Mutmainnah, A. U., Johan, H., & Stephanie Sorta Llyod. (2017). *Asuhan Persalinan Normal Dan Bayi Baru Lahir (1st ed.)*. Yogyakarta: Penerbit ANDI. (1st Ed.). Penerbit ANDI.
- Nurasih, & Nurkholifah. (2016). Intensitas nyeri antara pemberian kompres air hangat dengan masase punggung bagian bawah dalam proses persalinan kala I fase aktif. *Jurnal Care*, 4(3), 62-69.
- Pratiwi, L. (2021). Hubungan Komunikasi Terapeutik Bidan Terhadap Kepuasan Ibu Bersalin Di Bpm Mm Kota Serang. *Bunda Edu-Midwifery Journal (BEMJ)*, 4(2), 44-48. <https://doi.org/10.54100/bemj.v4i2.55>
- Rinata, E., & Andayani, G. A. (2018). Karakteristik ibu (usia,

paritas, pendidikan) dan dukungan keluarga dengan kecemasan ibu hamil trimester III. *Medisains*, 16(1), 14. <https://doi.org/10.30595/medisains.v16i1.2063>



## **BAB II KOSEP DASAR PSIKOLOGI PERSALINAN**

**(Dr. Ns. Dhiana Setyorini, S.Kep., M.Kep., Sp.Mat)**

### **A. Tujuan pembelajaran :**

Mampu memahami (d disesuaikan dengan materi )

1. Psikologi ibu bersalin
2. Gangguan Psikologi pada ibu bersalin

### **B. Psikologi Persalinan**

#### **1. Pendahuluan**

Persalinan adalah proses alami yang akan berlangsung dengan sendirinya, tetapi persalinan yang fisiologispun setiap saat terancam penyulit yang membahayakan baik bagi ibu maupun janinya sehingga memerlukan pengawasan, pertolongan dan pelayanan dengan fasilitas yang memadai (Pawirohardjo, 2018). Beberapa penyesuaian dibutuhkan oleh perempuan dalam menghadapi aktivitas dan peran barunya sebagai ibu pada minggu-minggu atau bulan-bulan pertama setelah melahirkan, baik dari segi fisik maupun segi psikologis.

Proses penyesuaian ini pada sebagian perempuan berhasil menyesuaikan diri dengan baik, tetapi sebagian

lainnya tidak berhasil menyesuaikan diri dan mengalami berbagai gangguan psikologis dengan berbagai gejala atau sindroma (Iskandar, 2009). Beberapa hal yang harus dipersiapkan ibu menjelang persalinan yaitu hindari kepanikan dan ketakutan serta bersikap tenang. Ketika ibu hamil tenang saat menghadapi persalinan ibu dapat melalui saat-saat persalinan dengan baik dan lebih siap. Penting untuk meminta dukungan dari orang-orang terdekat karena perhatian dan kasih sayang tentu akan membantu memberikan semangat untuk ibu yang akan melahirkan. Orang tua dan suami adalah keluarga terdekat bagi ibu yang dapat memberikan dukungan dan dapat memberikan pertimbangan serta bantuan sehingga bagi ibu yang akan melahirkan merupakan motivasi tersendiri sehingga lebih tabah dan lebih siap dalam menghadapi persalinan dan pasca bersalin/nifas (Sjafriani, 2007).

## 2. Psikologi ibu bersalin

Tingkat kecemasan perempuan selama bersalin akan meningkat jika ibu tidak memahami apa yang terjadi pada dirinya atau apa yang harus dilakukan selama proses persalinan. Perempuan bersalin biasanya akan mengutarakan kekhawatiran dan masalahnya jika ditanya. Beberapa problem psikologis sebelum melahirkan yang didapatkan di lapangan antara lain: (Bobak, dkk, 2005)

- a. Meningkatnya kecemasan, semakin meningkatnya kecemasan maka intensitas nyeri semakin tinggi,
- b. Kelelahan, kehabisan tenaga, dan kekhawatiran ibu mengakibatkan intensitas nyeri semakin kuat mengakibatkan siklus stres-nyeri-stres sehingga ibu tidak mampu bertahan lagi,

- c. Stres melahirkan juga berdampak pada janin yang berakibat makin lamanya proses persalinan mengakibatkan kegawatan pada bayi,
- d. Meningkatnya *plasma kortisol* yang mengakibatkan menurunnya respon imun ibu dan janin sehingga stres bisa membahayakan ibu dan bayi.

Problem yang sering ditemukan yakni: Pertama, kecemasan yang berlebihan akan meningkatkan rasa nyeri, itu sesuai dengan data di lapangan bahwa problem psikologis pasien pra melahirkan yaitu kondisi psikis yang dipengaruhi oleh kondisi fisik yang tidak baik. Kedua, pada saat melahirkan tidak didampingi oleh keluarga, maka akan terjadi stress pada pasien sehingga akan mempengaruhi stress pada ibu dan janin yang berakibat semakin lama proses persalinan. Dukungan psikologis dari orang-orang terdekat akan membantu memperlancar proses persalinan yang sedang berlangsung. Tindakan meningkatkan rasa nyaman dengan menciptakan suasana yang nyaman dalam kamar bersalin, memberi sentuhan, memberi rasa tenang yang non farmakologi, memberi analgesia jika diperlukan dan yang paling penting berada disisi pasien dengan memberikan dukungan psikologis. Dengan kondisi psikologis yang positif proses persalinan akan berjalan lebih mudah (Sumarah, 2009).

Perasaan takut dalam persalinan harus diatasi, ibu dapat mengatasinya dengan meminta keluarga atau suami untuk memberikan sentuhan kasih sayang, meyakinkan ibu bahwa persalinan dapat berjalan lancar, mengikut sertakan keluarga untuk memberikan dorongan moril, cepat tanggap

terhadap keluhan ibu serta memberikan bimbingan untuk berdoa sesuai agama dan keyakinan.

Menurut hasil penelitian Triani Yulianti dan Novita Nurhidayati (2013) kehadiran seorang pendamping persalinan memberikan pengaruh pada ibu bersalin karena dapat berbuat banyak untuk membantu ibu saat persalinan. Pendampingan dapat memberikan dukungan dan bantuan kepada ibu saat persalinan serta dapat memberikan perhatian rasa aman, nyaman, semangat, menentramkan hati ibu, mengurangi ketegangan atau status emosional menjadi lebih baik sehingga dapat mengurangi nyeri persalinan. Kehadiran pendamping persalinan diharapkan dapat mengurangi kecemasan ibu sehingga ibu merasa nyaman. Rasa nyaman akan menyebabkan kadar *kotekolamin* dalam darah menjadi normal, kadar hormon *kotekolamin* yang normal dalam darah akan mengakibatkan otot polos menjadi rileks dan vasodilatasi pembuluh darah sehingga suplai darah dan oksigen ke uterus meningkat. Peningkatan suplai darah dan oksigen ke uterus akan menyebabkan rasa sakit yang ibu rasakan berkurang.

Hasil penelitian Hellita Khannah (2020) menyatakan bahwa ada hubungan antara pendampingan suami dengan tingkat kecemasan ibu Primi Gravida dalam menghadapi persalinan kala I di ruang bersalin. Ibu bersalin yang didampingi suami akan memiliki kecemasan yang lebih rendah dibandingkan ibu bersalin yang tidak didampingi suaminya.

Persalinan merupakan hal yang paling ditunggu-tunggu oleh para ibu hamil, sebuah waktu yang



menyenangkan namun disisi lain merupakan hal yang paling mendebarkan. Persalinan terasa akan menyenangkan karena sikecil yang selama sembilan bulan bersembunyi di dalam perut anda akan muncul terlahir kedunia. Disisi lain persalinan juga menjadi mendebarkan khususnya bagi calon ibu baru, dimana terbayang proses persalinan yang menyakitkan, mengeluarkan energi yang begitu banyak, dan sebuah perjuangan yang cukup melelahkan. Gangguan yang terjadi pada seorang ibu menjelang persalinan, yang bersumber pada rasa takut dan sakit pada fisik yg teramat sangat. Pada ibu hamil banyak terjadi perubahan, baik fisik maupun psikologis. Begitu juga pada ibu bersalin, perubahan psikologis pada ibu bersalin wajar terjadi pada setiap orang namun memerlukan bimbingan dari keluarga dan penolong persalinan agar dapat menerima keadaan yang terjadi selama persalinan dan dapat memahaminya sehingga dapat beradaptasi terhadap perubahan yang terjadi pada dirinya. Perubahan psikologis selama persalinan perlu diketahui oleh penolong persalinan dalam melaksanakan tugasnya sebagai pendamping atau penolong persalinan. Perubahan psikologis yang dapat terjadi pada ibu dalam persalinan dan dapat menimbulkan trauma bagi ibu yang pertama kali melahirkan diantaranya:

- a. Perasaan tidak enak.
- b. Takut dan ragu-ragu akan persalinan yang di hadapi.
- c. Ibu dalam menghadapi persalinan akan memikirkan apakah persalinannya dapat berjalan normal.
- d. Menganggap persalinan sebagai cobaan.
- e. Apakah penolong persalinan dapat sabar dan bijaksana dalam menolongnya.

- f. Apakah bayi normal atau tidak.
  - g. Apakah ia sanggup merawat bayinya
  - h. Ibu cemas.
3. Gangguan Psikologi pada ibu bersalin

Beberapa macam gangguan psikologi bisa kita identifikasi pada saat masa persalinan. Masa persalinan bisa berarti masa sebelum persalinan, pada saat persalinan dan setelah persalinan. Gangguan psikologis tersebut antara lain:

a. Kecemasan

Kecemasan adalah hal yang biasanya terjadi menjelang persalinan. Ibu hamil yang menantikan proses kelahiran pertama kali biasanya akan mulai gugup dan cemas. Ibu tidak berhenti memikirkan hal-hal yang menurutnya berbahaya. Apabila kecemasan ini tidak dikelola dengan baik, maka kondisi psikis ibu tersebut akan semakin memburuk. Tidak menutup kemungkinan pula ibu bisa sampai mengalami gangguan obsesif kompulsif. Untuk mengatasi kecemasan ini, maka dukungan dari orang terdekat (suami atau keluarga) benar-benar dibutuhkan. Cara menghilangkan kecemasan dengan menghadirkan orang terdekat ini sangat efektif. Mendengar pengalaman yang menyenangkan akan menenangkan, sebab seringkali ibu yang akan melahirkan justru terpapar oleh informasi- informasi yang semakin membuatnya khawatir dan cemas.

b. Ketakutan

Ketakutan berbeda dengan kecemasan. Kecemasan merupakan suatu bentuk kekhawatiran pada objek yang tidak jelas (hanya ada di pikiran dan tidak jelas bentuknya seperti apa). Sementara itu, ketakutan merupakan bentuk kekhawatiran pada sesuatu yang jelas objeknya. Dalam masa persalinan, seorang perempuan bisa saja menjadi takut pada proses persalinan. Ibu membayangkan apakah akan selamat saat melahirkan, apakah janin yang akan dilahirkannya selamat atau tidak serta meragukan kemampuannya untuk menjalani rasa sakit saat bersalin. Untuk mengatasi ketakutan, maka ibu perlu ditenangkan terlebih dahulu. Mendengarkan apa yang menjadi keluhannya adalah hal yang baik yang bisa dilakukan. Sikap menggurui atau memintanya berhenti takut justru tidak akan membantu mengurangi ketakutannya.

c. Sikap Pasif

Sikap pasif timbul manakala seorang perempuan hamil memiliki keengganan pada saat akan melahirkan. Hal ini terjadi karena dukungan yang lemah dari lingkungan sekitar. Perhatian suami dan keluarga yang kurang akan menimbulkan sikap yang pasif dari seorang perempuan hamil. Penting untuk memberikan dukungan kepada ibu supaya ibu tidak pasif. Untuk mengatasi sikap pasif ini, kita bisa memberikan sistem dukungan yang baik berupa bentuk perhatian dan kasih sayang kepada ibu. Bagaimana pun juga, hal ini akan

sangat berpengaruh pada kelancaran proses persalinannya nanti.

d. Hipermaskulin

Kondisi hipermaskulin adalah suatu kondisi yang menggambarkan seorang calon ibu merasa belum bisa menentukan keinginannya antara ingin punya anak atau tidak ingin punya anak. Padahal ibu sudah berada di saat-saat menjelang persalinannya sehingga emosi ibu menjadi tidak stabil. Hal ini sering terjadi pada perempuan yang bekerja, sehingga ibu berpikir ingin mempertahankan pekerjaannya tetapi disisi lain juga merindukan kehadiran anak. Cara untuk mengatasi hal ini maka kita bisa memberikan sistem dukungan yang baik terutama dukungan dari keluarga terdekat. Mendengarkan keluhannya dan sama-sama mencari penyelesaian bersama adalah hal yang tepat untuk dilakukan.

e. Hiperaktif

Menghadapi persalinan membuat seorang perempuan menjadi lebih hiperaktif karena ibu ingin segera melaksanakan proses persalinan. Hal ini menjadikan ibu menjadi lebih banyak beraktivitas demi proses persalinan bisa berlangsung sesegera mungkin. Menenangkan ibu hamil dengan cara memberikan pengertian- pengertian tentang proses persalinan adalah hal yang bisa dilakukan untuk mengatasi permasalahan ini. Psikologi konseling juga bisa dilakukan agar ibu menjadi lebih siap.

f. Kompleks maskulin

Kompleks maskulin adalah bentuk dari hiperaktif yang tidak tertangani. Pada saat persalinan, seorang perempuan menjadi lebih agresif lagi. Sikapnya menunjukkan bahwa proses persalinan yang ia alami harus segera selesai dan tidak ingin membuang-buang waktu. Sikapnya menjadi lebih pengatur pada orang-orang di sekitarnya. Untuk mengatasi gangguan psikologi pada masa persalinan ini, maka ada baiknya tenaga kesehatan yang membantu persalinan menghadirkan orang terdekatnya (suami).

g. Halusinasi hipnagonik

Saat akan bersalin, seorang perempuan pasti akan mengalami kontraksi-kontraksi. Ada fase istirahat selama kontraksi tersebut, pada fase tersebut seorang ibu bisa mengalami kondisi tidur semu. Pada saat inilah terjadi kondisi halusinasi hipnagonik dimana ibu akan menjadi tidak tenang karena muncul pikiran-pikiran yang negative, kadang kadang bisa juga muncul gangguan psikosomatis. Untuk mengatasinya, maka kita bisa tetap mempertahankan interaksi pada ibu menjelang persalinan.

### C. Rangkuman

Proses persalinan adalah proses yang menguras energi dan emosi bagi ibu, sehingga banyak ibu bersalin yang mengalami

gangguan psikologis. Menyiapkan psikologi ibu bersalin dalam menghadapi persalinan sangat penting untuk mencegah cemas saat bersalin, kecemasan saat bersalin dapat mengganggu proses persalinan. Ibu yang mengalami gangguan saat proses persalinan dapat menyebabkan persalinan dan distress pada janin. Membantu ibu mengelola kecemasan menjelang dan saat bersalin sangat penting karena dapat memperlancar proses persalinan dan mencegah komplikasi saat persalinan. Kehadiran orang terdekat dan tenaga kesehatan akan sangat membantu mengelola psikologinya sehingga proses persalinan menjadi lancar.

#### **D. Tugas**

Buatlah contoh cara mengatasi atau membantu ibu bersalin dalam menghadapi gangguan psikologi yang dialami saat bersalin.

#### **E. Referensi APA syle**

Bobak, dkk, 2005.Psikologi Pada Persalinan Dan Postpartum Edisi 4. Penerbit : EGC. Jakarta

Hellita Khannah, 2020, Hubungan Khannah Helita Dengan Suami Dengan Jawaban Ibu Primi Gravida Dalam Menghadapi Proses Persalinan Pertama Kali Di Ruang Bersalin Di Rsud

Panyabungan,

<http://localhost:8080/xmlui/handle/123456789/2914>

Iskandar, 2009, Penerapan Edinburgh Postpartum Depression Scale sebagai alat deteksi resiko depresi nifas pada primipara dan multipara. *JurnalKeperawatan Indonesia Vol. 14, no 2, juli 2011; hal 95-100.*

Prawirohardjo, Sarwono. (2007), Ilmu Kebidanan. Jakarta:Yayasan Bina Pustaka

Sjafriani, 2007. Psikologi Ibu Dan Anak . Penerbit : Fitramaya. Yogyakarta Sumarah, 2009

Triani Yulianti dan Novita Nurhidayati 2013, Pendampingan Suami Dan Skala Nyeri Pada Persalinan Kala 1 Fase Akt

1



## **BAB III LIMA BENANG MERAH DALAM ASUHAN**

### **PERSALINAN**

**(Greiny Arisani,SST.,M.Kes)**

#### **A. Tujuan Pembelajaran**

Setelah mempelajari topik ini, mahasiswa diharapkan mampu memahami konsep lima benang merah dalam asuhan persalinan, secara khusus mahasiswa diharapkan mampu :

1. Menjelaskan langkah-langkah dalam pengambilan keputusan klinik.
2. Menjelaskan asuhan sayang ibu dan asuhan sayang bayi.
3. Menjelaskan prinsip dan praktik pencegahan infeksi.
4. Menjelaskan pencatatan asuhan persalinan.
5. Menjelaskan hal-hal penting dalam melakukan rujukan.

#### **B. Penjelasan Materi**

Dasar asuhan persalinan normal adalah asuhan yang bersih dan aman selama persalinan dan setelah bayi baru lahir serta upaya pencegahan komplikasi terutama perdarahan pascapersalinan, hipotermia dan asfiksia bayi baru lahir. Sementara itu fokus utamanya adalah mencegah terjadinya komplikasi. Hal ini merupakan suatu pergeseran paradigma dari sikap menunggu dan menangani komplikasi menjadi mencegah komplikasi yang mungkin terjadi. Tujuan asuhan persalinan normal adalah mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat

kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal (JNPK-KR, 2017).

Kegiatan yang tercakup dalam asuhan persalinan normal adalah sebagai berikut (Prawirohardjo, 2020) :

1. Secara konsisten dan sistematis menggunakan praktik pencegahan infeksi misalnya mencuci tangan secara rutin, menggunakan sarung tangan sesuai dengan yang diharapkan, menjaga lingkungan yang bersih bagi proses persalinan dan kelahiran bayi serta menerapkan standar proses peralatan.
2. Memberikan asuhan rutin dan pemantauan selama persalinan dan setelah bayi lahir, termasuk penggunaan partograf. Partograf digunakan sebagai alat bantu untuk membuat suatu keputusan klinik berkaitan dengan pengenalan dini komplikasi yang mungkin terjadi dan memilih tindakan yang paling sesuai.
3. Memberikan asuhan sayang ibu secara rutin selama persalinan, pascapersalinan dan nifas, termasuk menjelaskan kepada ibu dan keluarganya mengenai proses kelahiran bayi dan meminta para suami dan kerabat untuk turut berpartisipasi dalam proses persalinan dan kelahiran bayi.
4. Menyiapkan rujukan bagi setiap ibu bersalin atau melahirkan bayi.
5. Menghindari tindakan-tindakan berlebihan atau berbahaya, seperti episiotomi rutin, amniotomi,

kateterisasi dan penghisapan lendir secara rutin sebagai upaya untuk mencegah perdarahan pascapersalinan.

6. Memberikan asuhan bayi baru lahir, termasuk mengeringkan dan menghangatkan tubuh bayi, memberi ASI secara dini, mengenal sejak dini komplikasi dan melakukan tindakan yang bermanfaat secara rutin.
7. Memberikan asuhan dan pemantauan ibu dan bayi baru lahir, termasuk dalam masa nifas dini secara rutin. Asuhan ini akan memastikan ibu dan bayinya berada dalam kondisi aman dan nyaman, mengenal sejak dini komplikasi pascapersalinan dan mengambil tindakan yang sesuai dengan kebutuhan.
8. Mengajarkan kepada ibu dan keluarganya untuk mengenali secara dini bahaya yang mungkin terjadi selama masa nifas dan pada bayi baru lahir.
9. Mendokumentasikan semua asuhan yang telah diberikan.

Terdapat 5 (lima) aspek dasar yang penting dan saling terkait dalam asuhan persalinan yang bersih dan aman yang disebut 5 (lima) benang merah. Aspek-aspek tersebut melekat pada setiap persalinan, baik normal maupun patologis. Aspek tersebut adalah :

#### **1. Membuat Keputusan Klinik**

Membuat keputusan merupakan proses yang menentukan untuk menyelesaikan masalah dan menentukan asuhan yang diperlukan oleh pasien. Keputusan itu harus akurat, komprehensif dan aman baik bagi pasien dan keluarganya maupun petugas

yang memberikan pertolongan yang dihasilkan melalui serangkaian proses dan metode yang sistematis menggunakan informasi dan hasil dari oleh kognitif dan intuitif serta dipadukan dengan kajian teoritis dan intervensi berdasarkan bukti (*evidence based*), keterampilan dan pengalaman yang dikembangkan melalui berbagai tahapan yang logis dan diperlukan dalam upaya untuk menyelesaikan masalah dan terfokus pada pasien (JNPK-KR, 2017).

Pengambilan keputusan klinis merupakan elemen penting dalam praktik kebidanan. Bidan dituntut untuk memiliki pengetahuan yang baik untuk mengelola komplikasi selama persalinan. Setiap kesalahan penilaian yang dilakukan oleh bidan dapat menyebabkan hasil kelahiran yang merugikan. Pengambilan keputusan klinis adalah proses berkelanjutan dan berkembang secara kontekstual dimana data dikumpulkan, diinterpretasikan dan dievaluasi untuk membuat pilihan tindakan berbasis bukti (*evidence based*). Bidan harus dapat memutuskan apa masalahnya, kemungkinan solusi untuk masalah tersebut dan apakah ibu memerlukan rujukan untuk penatalaksanaan lebih lanjut karena keputusan yang dibuat oleh bidan memainkan peran penting dalam mencegah komplikasi persalinan (Sakala, 2019). Selama proses persalinan bidan terus menimbang perawatan yang tepat untuk setiap wanita. Penilaian ini menuntut kompetensi yang dikembangkan dengan baik dalam pengambilan keputusan klinis. Idealnya bidan memberikan

perawatan berbasis bukti (*evidence based*), menggunakan bukti klinis terbaik yang tersedia, keahlian klinis, situasi serta nilai-nilai wanita (Daemers et al., 2017).

Membuat keputusan klinik adalah proses pemecahan masalah yang akan digunakan untuk merencanakan asuhan bagi ibu dan bayi baru lahir. Hal ini merupakan suatu proses sistematis dalam mengumpulkan dan menganalisis informasi, membuat diagnosis kerja, membuat rencana tindakan yang sesuai dengan diagnosis, melaksanakan rencana tindakan dan mengevaluasi hasil asuhan atau tindakan yang telah diberikan kepada ibu dan atau bayi baru lahir (Prawirohardjo, 2020). Pengambilan keputusan bersama melibatkan bidan dan wanita yang bekerja bersama untuk mencapai perawatan kesehatan yang benar-benar berpusat pada wanita (Begley et al., 2019). Ada 7 langkah dalam membuat keputusan klinis, yaitu sebagai berikut (JNPK-KR, 2017) :

**a. Pengumpulan Data Utama dan Relevan untuk Membuat Keputusan**

Pengumpulan data subjektif dan data objektif dapat dilakukan dengan cara anamnesis dan observasi langsung dengan berbicara dengan ibu, mengajukan pertanyaan-pertanyaan mengenai kondisi dan mencatat riwayat kesehatan ibu termasuk juga mengamati perilaku ibu terkait keluhan sakit, rasa tidak nyaman, lemah, gangguan keseimbangan, gangguan kesadaran, sesak atau pusing. Kemudian melakukan pemeriksaan fisik

yang terdiri dari pemeriksaan inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi. Pemeriksaan penunjang meliputi pemeriksaan laboratorium, *ultrasonography* (USG) serta pengumpulan data utama diperoleh dari riwayat catatan medik.

**b. Menginterpretasikan Data dan Mengidentifikasi Masalah**

Setelah data terkumpul kemudian melakukan analisis data untuk membuat alur algoritma menuju suatu diagnosis. Suatu diagnosis kerja diuji dan dipertegas atau dikaji ulang berdasarkan waktu, pengamatan dan pengumpulan data secara terus-menerus. Untuk membuat diagnosis dan identifikasi masalah diperlukan data yang lengkap dan akurat, kemampuan untuk meninterpretasikan atau menganalisis data, pengetahuan esensial, intuisi dan pengalaman yang relevan dengan masalah yang ada atau sedang dihadapi. Diagnosis dibuat sesuai dengan nomenklatur soesifik kebidanan yang mengacu pada data utama, analisis data subjektif dan data objektif yang diperoleh. Diagnosis menunjukkan variasi suatu kondisi yang berkisar diantara normal dan patologi serta memerlukan upaya korektif untuk menyelesaukannya. Kemudian masalah obstetrik merupakan bagian dari diagnosis sehingga penatalaksanaan masalah tersebut memerlukan upaya penyerta atau tambahan tersendiri selain upaya korektif terhadap diagnosis kerja yang telah dibuat.

**c. Menetapkan Diagnosa Kerja atau Merumuskan Masalah**

Pada bagian ini dianalogikan dengan proses membuat pilihan definitif setelah mempertimbangkan berbagai pilihan lain dengan kondisi yang hampir sama atau mirip atau membuat satu diagnosis kerja diantara berbagai diagnosis banding. Rumusan masalah mungkin saja terkait langsung maupun tidak langsung terhadap diagnosis kerja tetapi dapat pula merupakan masalah utama yang saling terkait dengan beberapa masalah penyerta atau berbagai faktor lain yang berkontribusi dalam terjadinya masalah utama.

**d. Menilai Adanya Kebutuhan dan Kesiapan Intervensi untuk Mengatasi Masalah**

Petugas kesehatan dilini terdepan atau bidan desa tidak hanya diharapkan terampil membuat diagnosis bagi pasien atau klien yang dilayaninya tetapi juga harus mampu mendeteksi setiap situasi yang dapat mengancam keselamatan ibu dan bayi. Untuk mengenali situasi tersebut, bidan harus dapat membaca situasi klinik dan budaya masyarakat setempat sehingga tanggap dalam mengenali kebutuhan terhadap tindakan segera sebagai langkah penyelamatan bagi ibu dan bayi jika situasi gawat darurat terjadi selama atau setelah menolong persalinan.

**e. Menyusun Rencana Asuhan atau Intervensi**

Rencana asuhan atau intervensi bagi ibu bersalin disusun dari kajian data objektif dan subjektif, identifikasi kebutuhan dan kesiapan asuhan atau intervensi efektif dan mengukur sumber daya atau kemampuan yang dimiliki. Rencana asuhan harus dijelaskan secara objektif dan jujur kepada ibu dan keluarganya agar mengerti intervensi terbaik dan bermanfaat, hasil yang diharapkan dan bagaimana penolong berupaya membantu ibu dan bayi baru lahir atau neonatus dari berbagai gangguan yang dapat mengancam keselamatan atau kualitas hidupnya.

**f. Melaksanakan Asuhan atau Intervensi Terpilih**

Setelah membuat dan menyusun rencana asuhan segera laksanakan rencana tersebut secara tepat waktu dan aman. Hal ini penting untuk menghindarkan terjadinya penyulit dan meastikan bahwa ibu dan bayi baru lahir akan menerima asuhan atau perawatan yang dibutuhkan. Menjelaskan kepada ibu dan keluarga tentang beberapa intervensi yang dapat dijadikan pilihan untuk kondisi yang sesuai dengan apa yang sedang dihadapi sehingga dapat membuat pilihan yang baik dan benar. Pada beberapa keadaan, penolong sering dihadapkan pada pilihan yang sulit karena ibu dan keluarga meminta penolong untuk menentukan intervensi yang paling baik dan hal ini memerlukan konseling khusus agar ibu dan keluarga dapat membuat keputusan yang paling baik terhadap situasi yang sedang dihadapi.



**g. Memantau dan Mengevaluasi Efektivitas Asuhan atau Intervensi**

Rencana kerja yang telah dikerjakan akan dievaluasi untuk menilai tingkat efektivitasnya. Menentukan apakah perlu dikaji ulang atau dianggap sesuai dengan rencana kebutuhan saat itu. Asuhan atau intervensi dianggap membawa manfaat dan teruji efektif apabila masalah yang dihadapi dapat diselesaikan atau membawa dampak yang menguntungkan terhadap diagnosis yang telah ditegakkan. Asuhan yang diberikan harus efisien, efektif dan dapat diaplikasikan pada kasus yang sama. Namun, bila asuhan tidak membawa hasil atau dampak seperti yang diharapkan maka sebaiknya dilakukan kajian ulang dan penyusunan kembali rencana asuhan hingga pada akhirnya dapat memberi dampak yang diharapkan.

Pengambilan keputusan bersama membutuhkan keterampilan literasi kesehatan yang memadai agar wanita dapat memahami informasi serta keterampilan literasi kesehatan yang interaktif dan kritis untuk memperoleh, menghargai dan menerapkan informasi tentang pilihan yang tersedia. Wanita dalam asuhan maternitas diharapkan untuk berpartisipasi mengambil keputusan tentang pilihan yang tersedia selama persalinan (Murugesu et al., 2021).

**2. Asuhan Sayang Ibu dan Sayang Bayi**

Memahami preferensi asuhan ibu selama persalinan dan persepsi bidan tentang kebutuhan asuhan ibu selama persalinan dapat meningkatkan pengalaman kelahiran yang lebih memuaskan dan hasil kesehatan yang positif. Menghormati preferensi dan pilihan ibu serta memenuhi kebutuhan dan harapan ibu dapat membantu mencapai pengalaman melahirkan yang memuaskan serta meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan ibu (Al-Maharma et al., 2021). Perawatan suportif yang penuh hormat adalah hak asasi yang mendasar dan merupakan komponen inti rekomendasi perawatan persalinan. *World Health Organization* (WHO) merekomendasikan komunikasi yang efektif termasuk penggunaan bahasa yang sederhana dan sesuai budaya pada setiap tahapan persalinan. Penjelasan yang jelas tentang prosedur dan tujuannya harus selalu disampaikan ke wanita (WHO, 2020).

Asuhan sayang ibu adalah asuhan dengan prinsip saling menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan ibu. Salah satu prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi (Prawirohardjo, 2020). Beberapa prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi (JNPK-KR, 2017). Banyak hasil penelitian menunjukkan bahwa jika ibu diperhatikan dan diberi dukungan selama persalinan dan kelahiran bayi serta mengetahui dengan baik mengenai proses persalinan dan asuhan

yang diterima maka akan mendapatkan rasa aman dan luaran yang baik dari persalinan serta bayi yang dilahirkan karena asuhan tersebut dapat mengurangi jumlah persalinan dengan tindakan, seperti ekstraksi vakum, forceps dan seksio sesarea (Prawirohardjo, 2020). Asuhan sayang ibu dalam proses persalinan (JNPK-KR, 2017), meliputi :

- a. Panggil ibu sesuai namanya, menghargai dan memperlakukan ibu sesuai martabatnya.
- b. Jelaskan semua asuhan dan perawatan kepada ibu sebelum memulai asuhan tersebut.
- c. Jelaskan proses persalinan kepada ibu dan keluarganya.
- d. Anjurkan ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut dan khawatir.
- e. Dengarkan dan tanggapi pertanyaan dan kekhawatiran ibu.
- f. Berikan dukungan, besarkan hatinya dan tentramkan hati ibu beserta anggota-anggota keluarganya.
- g. Anjurkan ibu untuk ditemani suami dan atau anggota keluarga yang lain selama persalinan dan kelahiran bayinya.
- h. Ajarkan suami dan anggota keluarga mengenai cara-cara bagaimana mereka dapat memperhatikan dan mendukung ibu selama persalinan dan kelahiran bayinya.
- i. Secara konsisten lakukan praktik-praktik pencegahan infeksi yang baik.
- j. Hargai privasi ibu.

- k. Anjurkan ibu untuk mencoba berbagai posisi selama persalinan dan kelahiran bayi.
- l. Anjurkan ibu untuk minum dan makan makanan ringan sepanjang ibu mengiginkannya.
- m. Hargai dan perbolehkan praktik-praktik tradisional yang tidak merugikan kesehatan ibu.
- n. Hindari intervensi berlebihan dan mungkin membahayakan ibu, seperti episiotomi rutin, pencukuran dan klisma.
- o. Anjurkan ibu untuk memeluk bayinya sesering mungkin.
- p. Membantu memulai pemberian ASI dalam satu jam pertama setelah lahir.
- q. Siapkan rencana rujukan (bila perlu).
- r. Mempersiapkan persalinan dan kelahiran bayi dengan baik dan bahan-bahan, perlengkapan dan obat-obatan yang diperlukan. Siap untuk melakukan resusitasi bayi baru lahir pada setiap kelahiran.

Ashuan saya ibu pada masa pascapersalinan meliputi; anjurkan ibu selalu berdekatan dengan bayinya (rawat gabung), bantu ibu untuk mulai membiasakan menyusui dan anjurkan pemberian ASI sesuai permintaan, ajarkan kepada ibu dan keluarganya mengenai nutrisi dan istirahat yang cukup setelah melahirkan, anjurkan suami dan anggota keluarga untuk memeluk bayi dan mensyukuri kelahiran bayi serta ajarkan kepada ibu dan keluarga tentang tanda-tanda bahaya yang dapat diamati dan anjurkan ibu dan keluarga untuk mencari pertolongan

jika terdapat masalah atau kekhawatiran (Prawirohardjo, 2020). Hasil penelitian menunjukkan bahwa wanita yang mendapatkan dukungan sosial yang baik selama persalinan cenderung rata-rata memiliki persalinan yang lebih pendek, dapat mengontrol rasa nyeri engan lebih baik dan kurang membutuhkan intervensi medis (WHO, 2013).

### **3. Pencegahan Infeksi**

Tindakan pencegahan infeksi dalam pelayanan asuhan kesehatan tidak terpisah dari komponen-komponen lainnya dalam asuhan selama persalinan dan kelahiran bayi. Tindakan ini harus diterapkan dalam setiap aspek asuhan untuk melindungi ibu, bayi baru lahir, keluarga, penolong persalinan dan tenaga kesehatan lainnya dengan jalan menghindarkan transmisi penyakit yang disebabkan oleh bakteri, virus dan jamur. Juga upaya-upaya untuk menurunkan risiko terinfeksi mikroorganisme yang menimbulkan penyakit berbahaya yang hingga kini belum ditemukan cara pengobatannya seperti hepatitis dan HIV/AIDS (Prawirohardjo, 2020).

Tindakan-tindakan pencegahan infeksi dalam pelayanan asuhan kesehatan adalah untuk meminimalkan infeksi yang disebabkan oleh mikroorganisme, menurunkan risiko penularan penyakit yang mengancam jiwa seperti hepatitis dan HIV/AIDS dan penolong persalinan dapat terpapar hepatitis dan HIV ditempat kerja melalui percikan atau cairan tubuh pada mata, hidung, mulut atau melalui

diskontinuitas permukaan kulit (misalnya luka atau lecet yang kecil) kemudian luka tusuk yang disebabkan oleh jarum yang terkontaminasi atau peralatan tajam lainnya baik pada saat prosedur dilakukan maupun pada saat memproses peralatan (JNPK-KR, 2017).

Pencegahan infeksi adalah bagian esensial dari asuhan lengkap yang diberikan pada ibu dan bayi baru lahir dan harus dilaksanakan secara rutin pada saat menolong persalinan dan kelahiran, saat memberikan asuhan dasar selama kunjungan *antenatal* atau pasca persalinan atau bayi baru lahir atau saat penatalaksanaan penyulit (Prawirohardjo, 2020). Terdapat beberapa hal yang perlu diperhatikan tenaga kesehatan untuk mencegah penularan penyakit dari dan atau kepada pasien difasilitas kesehatan meliputi; menjaga kebersihan tangan, mengenakan sarung tangan, melindungi diri dari darah dan cairan tubuh, membuang sampah tajam dengan benar, membuang sampah dan limbah secara aman, mengelola pakaian dan kain yang terkontaminasi serta pemrosesan alat (Kemenkes RI, 2017). Prinsip-prinsip pencegahan infeksi (JNPK-KR, 2017) :

- a. Setiap orang (ibu, bayi baru lahir, penolong persalinan) harus dianggap dapat menularkan penyakit karena infeksi dapat bersifat asimtomatik (tanpa gejala).
- b. Setiap orang harus dianggap berisiko terkena infeksi.
- c. Permukaan benda disekitar, peralatan dan benda-benda lainnya yang akan dan telah bersentuhan

dengan permukaan kulit yang tidak utuh, lecet, selaput mukosa atau darah harus dianggap terkontaminasi hingga setelah digunakan dan harus diproses secara benar.

- d. Jika tidak diketahui apakah permukaan, peralatan atau benda lainnya telah diproses dengan benar, harus dianggap masih terkontaminasi.
- e. Risiko infeksi tidak dapat dihilangkan secara total, tetapi dapat dikurangi hingga sekecil mungkin dengan menerapkan tindakan-tindakan pencegahan infeksi secara benar dan konsisten.

Terdapat berbagai praktik pencegahan infeksi yang membantu mencegah mikroorganisme berpindah dari satu individu ke individu lainnya dan menyebarkan infeksi meliputi; cuci tangan, memakai sarung tangan, memakai perlengkapan pelindung (celemek, kaca mata, sepatu tertutup), menggunakan sepsis atau teknik aseptik, memproses alat bekas pakai, menangani peralatan tajam dengan aman dan menjaga kebersihan dan kerapian lingkungan serta pembuangan sampah secara benar (Prawirohardjo, 2020). Kebersihan tangan petugas kesehatan selama persalinan merupakan strategi penting dalam mengurangi infeksi (de Barra et al., 2021).

Definisi tindakan-tindakan dalam pencegahan infeksi adalah sebagai berikut:

**a. Asepsis atau Teknik Aseptik**

Merupakan usaha yang dilakukan dalam mencegah masuknya organisme kedalam tubuh yang mungkin akan menyebabkan infeksi. Teknik

aseptik membuat prosedur lebih aman bagi ibu, bayi baru lahir dan penolong persalinan dengan cara menurunkan jumlah mikroorganisme pada kulit, jaringan dan benda-benda mati hingga tingkat yang mana atau dengan menghilangkan secara keseluruhan (Prawirohardjo, 2020).

**b. Antiseptik**

Mengacu pada pencegahan infeksi dengan cara membunuh atau menghambat pertumbuhan mikroorganisme pada kulit atau jaringan tubuh lainnya. Larutan yang sering digunakan adalah larutan alkohol (60-90%), setrimid berbagai konsentrasi (savlon), klorheksidin glukonat (4%) meliputi hibiscrub, hibitane, hibiclens kemudian heksaklorofen (3%), paraklorometaksilenol (dettol), iodine ataupun iodofor berbagai konsentrasi (betadine) (Prawirohardjo, 2020).

**c. Dekontaminasi**

Dekontaminasi merupakan tindakan yang dilakukan untuk memastikan bahwa petugas kesehatan dapat menangani secara aman benda-benda yang terkontaminasi darah dan cairan tubuh. Peralatan medis, sarung tangan dan permukaan (seperti meja pemeriksaan) harus didekontaminasikan segera setelah terpapar darah atau cairan tubuh dengan larutan yang digunakan adalah larutan klorin 0,5% selama 10 menit (Prawirohardjo, 2020).



**d. Mencuci dan Membilas**

Tindakan-tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua darah, cairan tubuh atau benda asing dari kulit dan instrumen (Prawirohardjo, 2020).

**e. Disinfeksi**

Disinfeksi adalah tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan hampir semua mikroorganisme penyebab penyakit pada benda-benda mati atau instrumen dan larutan yang digunakan dalam larutan klorin 0,5% (Prawirohardjo, 2020).

**f. Disinfeksi Tingkat Tinggi (DTT)**

Disinfeksi tingkat tinggi (DTT) adalah tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua mikroorganisme kecuali endospora bakteri dengan cara merebus atau secara kimiawi dengan cara perebusan dalam air mendidih selama 20 menit dan menggunakan larutan klorin 0,5% selama 20 menit dan glutaraldehid 2% (Prawirohardjo, 2020).

**g. Sterilisasi**

Sterilisasi adalah tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua mikroorganisme (bakteri, jamur, dan virus) termasuk endospora bakteri pada benda-benda mati atau instrumen (Prawirohardjo, 2020).

#### 4. Pencatatan Asuhan Persalinan

Persalinan tidak hanya sekedar peristiwa fisik semata dimana janin, plasenta dan selaput dikeluarkan melalui jalan lahir namun apa yang terjadi selama persalinan dapat mempengaruhi hubungan antara ibu dan bayi. Dokumentasi kebidanan mengacu pada setiap dan semua bentuk pencatatan yang dilakukan oleh bidan dalam kapasitas profesional yang dikaitkan dengan pemberian asuhan kebidanan (Dike et al., 2015). Pencatatan adalah bagian penting dari proses membuat keputusan klinik karena memungkinkan penolong persalinan untuk terus menerus memperhatikan asuhan yang diberikan selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Catat semua asuhan yang telah diberikan kepada ibu dan atau bayi baru lahir kemudian mengkaji ulang catatan memungkinkan untuk menganalisis data yang telah dikumpulkan dan dapat lebih efektif dalam merumuskan suatu diagnosis serta membuat rencana asuhan atau perawatan bagi ibu dan bayi baru lahir (Prawirohardjo, 2020).

Dokumentasi asuhan kebidanan persalinan adalah catatan dari asuhan kebidanan yang dilaksanakan pada ibu dalam tahapan masa persalinan kala I sampai dengan kala IV meliputi pengkajian data, merumuskan diagnosis, identifikasi masalah terhadap tindakan segera dan melaksanakan kolaborasi serta menyusun asuhan kebidanan persalinan dengan tepat dan rasional berdasarkan keputusan yang dibuat pada langkah sebelumnya (Sulfianti; et al., 2020).

Pencatatan rutin penting karena hal-hal berikut (Prawirohardjo, 2020) :

- a. Dapat digunakan sebagai alat bantu untuk membuat keputusan klinik dan mengevaluasi apakah asuhan atau perawatan sudah sesuai dan efektif, untuk mengidentifikasi kesejangan pada asuhan yang diberikan dan untuk membuat perubahan dan peningkatan rencana asuhan atau perawatan.
- b. Dapat digunakan sebagai tolak ukur keberhasilan dalam proses membuat keputusan klinik sedangkan sebagai metode keperawatan informasi ini harus dapat dibagikan atau diteruskan kepada tenaga kesehatan lainnya.
- c. Merupakan catatan permanen tentang asuhan, perawatan dan obat yang diberikan.
- d. Dapat dibagikan diantara para penolong persalinan. Hal ini penting jika diperlukan rujukan dimana lebih dari satu penolong persalinan memberikan asuhan pada ibu atau bayi baru lahir.
- e. Dapat mempermudah kelangsungan asuhan dari satu kunjungan ke kunjungan berikutnya dari satu penolong persalinan ke penolong persalinan berikutnya. Melalui pencatatan rutin, penolong persalinan mendapatkan informasi yang relevan dari setiap ibu atau bayi baru lahir yang diasuhnya.
- f. Dapat digunakan untuk penelitian atau studi kasus.
- g. Diperlukan untuk memberi masukkan data statistik sebagai catatan nasional dan daerah, termasuk

catatan kematian dan kesakitan ibu atau bayi baru lahir.

Aspek-aspek penting dalam pencatatan termasuk tanggal dan waktu asuhan tersebut diberikan, indentifikasi penolong persalinan, paraf atau tanda tangan (dari penolong persalinan) pada semua catatan, mencakup informasi yang berkaitan secara tepat, dicatat dengan jelas dan dapat dibaca, suatu sistem untuk memelihara catatan pasien sehingga selalu sipa tersedia dan aspek kerahasiaan dokumen-dokumen medis (JNPK-KR, 2017).

## 5. Rujukan

Setiap wanita dan bayi baru lahir menerima asuhan sesuai dengan *evidence based* dan manajemen komplikasi selama persalinan dan periode pasca persalinan. Penilaian dan pemantauan rutin selama persalinan dan pasca persalinan sangat penting untuk memastikan perawatan esensial yang sesuai untuk mencegah timbulnya komplikasi dan mengidentifikasi risiko atau komplikasi yang memerlukan tindakan segera dan atau rujukan (WHO, 2016). Sangat sulit untuk menduga kapan penyulit akan terjadi sehingga kesiapan untuk merujuk ibu dan atau bayi baru lahir ke fasilitas kesehatan rujukan secara optimal dan tepat waktu menjadi syarat bagi keberhasilan upaya penyelamatan (JNPK-KR, 2017).

Rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu ke fasilitas kesehatan rujukan atau yang memiliki sarana lebih lengkap diharapkan mampu menyelamatkan jiwa ibu dan bayi baru lahir. Meskipun sebagian besar ibu menjalani persalinan normal, namun 10-15% diantaranya akan mengalami masalah selama proses persalinan dan kelahiran sehingga perlu dirujuk ke fasilitas kesehatan rujukan serta setiap tenaga penolong persalinan harus mengetahui lokasi fasilitas rujukan terdekat yang mampu untuk melayani kegawatdaruratan obstetri maternal dan neoanatal (Prawirohardjo, 2020). Persiapan-persiapan dan informasi kedalam rencana rujukan meliputi; siapa yang akan menemani ibu dan neonatus, tempat rujukan mana yang lebih disukai ibu dan keluarga jika lebih dari satu pilihan tempat rujukan, pilih yang paling sesuai dengan jenis asuhan yang diperlukan. Kemudian sarana transportasi yang akan digunakan dan siapa yang akan mengendarainya, tersedia donor darah jika transfusi darah diperlukan, uang yang disisihkan untuk asuhan medik, transportasi, obat-obatan dan bahan-bahan serta siapa yang akan tinggal dan menemani yang lain pada saat ibu tidak dirumah (JNPK-KR, 2017).

Singkatan BAKSOKU dapat digunakan untuk mengingat hal-hal penting dalam persiapan rujukan untuk ibu dan bayi :

B (Bidan) : Pastikan bahwa ibu dan atau bayi baru lahir didampingi oleh penolong

persalinan yang kompeten untuk menatalaksana gawat darurat obstetri dan neonatus untuk dibawa ke fasilitas rujukan.

A : Bawa perlengkapan  
(Alat) dan bahan-bahan untuk asuhan persalinan, masa nifas dan neonatus (tabung suntik, selang IV, alat resusitasi dan lain-lain) bersama ibu ketempat rujukan. Perlengkapan dan bahan-bahan tersebut mungkin diperlukan jika ibu melahirkan dalam perjalanan menuju fasilitas rujukan.

K : Beritahu ibu dan  
(Keluarga) keluarga tentang kondisi terakhir ibu dan atau bayi baru lahir dan mengapa ibu dan atau bayi baru lahir perlu dirujuk. Jelaskan alasan dan tujuan untuk merujuk ibu ke rumah sakit atau fasilitas kesehatan rujukan. Suami atau anggota keluarga yang lain harus menemani

- S  
(Surat) : Berikan surat pengantar ke tempat rujukan. Surat ini harus memberikan identifikasi tentang ibu dan neoantus, cantumkan alasan rujukan dan uraikan hasil pemeriksaan, asuhan atau obat-obatan yang diterima ibu dan atau neoantus. Bawa juga partograf yang dipakai untuk membuat keputusan klinik.
- O  
(Obat-  
obatan) : Bawa obat-obatan essensial pada saat mengantar ibu ke fasilitas kesehatan rujukan. Obat-obatan tersebut mungkin diperlukan selama diperjalanan.
- K  
(Kendaraan) : Siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu ke fasilitas kesehatan dan atur posisi ibu agar cukup nyaman. Selain itu, pastikan kondisi kendaraan cukup baik untuk

mencapai tujuan pada waktu yang tepat.

U : Ingatkan pada  
(Uang) keluarga agar membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat-obatan yang diperlukan dan bahan-bahan kesehatan lain yang diperlukan selama ibu dan neonatus tinggal difasilitas rujukan.

### C. Rangkuman

1. Pergeseran paradigma dari sikap menunggu dan menangani komplikasi menjadi mencegah komplikasi yang mungkin terjadi merupakan dasar dari asuhan persalinan normal. Dasar asuhan persalinan normal adalah asuhan yang bersih dan aman selama persalinan dan setelah bayi baru lahir serta upaya pencegahan komplikasi terutama perdarahan pascapersalinan, hipotermia dan asfiksia bayi baru lahir.
2. Lima benang merah merupakan aspek dasar dalam asuhan persalinan yang bersih dan aman. Lima benang merah meliputi membuat keputusan klinik, asuhan sayang ibu dan sayang bayi, pencegahan infeksi, pencatatan asuhan persalinan dan rujukan.
3. Membuat keputusan klinik adalah proses pemecahan masalah yang akan digunakan untuk merencanakan asuhan bagi ibu dan bayi baru lahir. Tujuh langkah



dalam membuat keputusan klinik meliputi; pengumpulan data utama dan relevan, menginterpretasikan data dan mengidentifikasi masalah, membuat diagnosis atau menentukan masalah, menilai adanya kebutuhan dan kesiapan intervensi, menyusun rencana asuhan, melaksanakan asuhan terpilih dan memantau serta mengevaluasi efektivitas asuhan atau intervensi.

4. Asuhan sayang ibu adalah asuhan dengan prinsip saling menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan ibu. Salah satu prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi.
5. Tindakan-tindakan pencegahan infeksi dalam pelayanan asuhan kesehatan adalah untuk meminimalkan infeksi yang disebabkan oleh mikroorganisme, menurunkan risiko penularan penyakit yang mengancam jiwa. Terdapat beberapa hal yang perlu diperhatikan tenaga kesehatan untuk mencegah penularan penyakit dari dan atau kepada pasien difasilitas kesehatan meliputi; menjaga kebersihan tangan, mengenakan sarung tangan, melindungi diri dari darah dan cairan tubuh, membuang sampah tajam dengan benar, membuang sampah dan limbah secara aman, mengelola pakaian dan kain yang terkontaminasi serta pemrosesan alat.
6. Pencatatan adalah bagian penting dari proses membuat keputusan klinik karena memungkinkan penolong persalinan untuk terus menerus memperhatikan asuhan yang diberikan selama proses persalinan dan kelahiran

bayi. Catat semua asuhan yang telah diberikan kepada ibu dan atau bayi baru lahir kemudian mengkaji ulang catatan memungkinkan untuk menganalisis data yang telah dikumpulkan dan dapat lebih efektif dalam merumuskan suatu diagnosis serta membuat rencana asuhan atau perawatan bagi ibu dan bayi baru lahir.

7. Setiap wanita dan bayi baru lahir menerima asuhan sesuai dengan *evidence based* dan manajemen komplikasi selama persalinan dan periode pasca persalinan. Singkatan BAKSOKU dapat digunakan untuk mengingat hal-hal penting dalam persiapan rujukan untuk ibu dan bayi. BAKSOKU meliputi bidan, alat, keluarga, surat, obat, kendaraan dan uang.

#### D. Tugas

1. Dasar asuhan persalinan normal adalah asuhan yang bersih dan aman selama persalinan dan setelah bayi baru lahir serta upaya pencegahan komplikasi terutama perdarahan pascapersalinan, hipotermia dan asfiksia bayi baru lahir. Kegiatan yang tercakup dalam asuhan persalinan normal adalah sebagai berikut.....
  - a. Penggunaan praktik pencegahan infeksi sesuai kebiasaan saja.
  - b. Memberikan intervensi berlebihan pada saat melakukan petolongan persalinan.
  - c. Pada saat proses persalinan ibu tidak boleh didampingi oleh suami dan atau keluarga agar proses persalinan berjalan lancar.
  - d. Memberikan asuhan sayang ibu secara rutin selama proses persalinan saja.

**e. Menyiapkan rujukan bagi setiap ibu bersalin atau melahirkan bayi.**

2. Seorang Perempuan, umur 30 tahun, P3A0 melahirkan spontan di PMB Jam 21.00 WIB. Pada jam 21.15 WIB plasenta lahir lengkap dengan selaputnya dilakukan masase uterus selama 15 detik. Hasil pemeriksaan : Uterus tidak berkontraksi, teraba lembek, KU Lemah, CM, TD 90/70 mmHg, N 98 x/menit, P 24 x/menit, S 36,8°C, perdarahan ± 300 cc, terlihat laserasi jalan lahir pada mukosa vagina. Kemudian bidan melakukan tindakan kompresi bimanual interna (KBI) dan kompresi bimanual eksterna (KBE) untuk menghentikan perdarahan. Pada saat bidan menentukan dan melakukan tindakan KBI dan KBE pada kasus tersebut maka bidan telah melakukan penerapan lima benang merah dalam aspek.....
- Membuat keputusan klinik.
  - Asuhan sayang ibu dan sayang bayi.
  - Pencegahan infeksi.
  - Pencatatan asuhan persalinan.
  - Rujukan.**
3. Seorang perempuan, umur 30 tahun, G2P1A0, umur kehamilan 39 minggu datang ke PMB dengan keluhan mules sejak 10 jam yang lalu. Hasil anamnesis : nyeri ulu hati, pandangan kabur, keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir. Hasil pemeriksaan : KU sedang, CM, TD 160/100 mmHg, N 88x/menit, P 26 x/menit, TFU 42 cm, punggung kanan, presentasi kepala, konvergen,

DJJ 168x/menit, kontraksi 3x/10'/40", PD : pembukaan 7 cm, selaput ketuban (+), protein urine (+++). Kemudian bidan merumuskan diagnosis Pre-Eklampsia Berat. Tindakan apakah yang paling tepat pada kasus tersebut berdasarkan aspek dasar penting lima benang merah dalam asuhan persalinan yang bersih dan aman.....

- a. Membuat keputusan klinik.
- b. Asuhan sayang ibu dan sayang bayi.
- c. Pencegahan infeksi.
- d. Pencatatan asuhan persalinan.
- e. Rujukan.

4. Seorang perempuan, umur 27 tahun, G1P0A0 hamil 40 minggu datang ke PMB jam 06.00 WIB dengan keluhan mulas sejak jam 02.00 WIB. Hasil anamnesis : cemas karena nyeri yang dirasakan, sakit daerah pinggang menjalar sampai ke perut. Hasil pemeriksaan : K/U sedang, CM, TD 120/80 mmHg, N 85x/menit, P 22x/menit, S 37,2°C, Kontraksi 3x/10'/40", TFU Pertengahan pusat-prosessus xiphoideus, punggung kanan, presentasi kepala, penurunan kepala 3/5, DJJ 144 x/menit pembukaan 7 cm, selaput ketuban (+), kepala H-III. Kemudian bidan melakukan penatalaksanaan untuk menganjurkan ibu untuk mengatur posisi selama persalinan sesuai dengan keinginan ibu, menganjurkan ibu untuk didampingi oleh suami atau anggota keluarganya dan mengajarkan ibu teknik relaksasi untuk mengurangi kecemasan ibu akibat nyeri persalinan. Penatalaksanaan yang dilakukan oleh

- bidan merupakan penerapan dari aspek dasar penting yang paling tepat dari lima benang merah dalam asuhan persalinan adalah.....
- a. Membuat keputusn klinik.
  - b. Asuhan sayang ibu dan sayang bayi.**
  - c. Pencegahan infeksi.
  - d. Pencatatatan asuhan persalinan.
  - e. Rujukan.
5. Seorang perempuan, umur 32 tahun, G3P2A0, hamil 39 minggu datang ke PMB jam 18.00 WIB dengan keluhan mulas sejak jam 03.00 WIB. Hasil anamnesis : ingin mendedan, kontraksi yang semakin lama semakin kuat dan teratur. Hasil pemeriksaan: KU sedang, CM, TD 120/70 mmHg, S 37<sup>0</sup> C, N 88 x/menit, P 25 x/menit, Kontraksi 4x/10'/45", vulva vagina membuka, perineum menonjol, tekanan anus portio tidak teraba, pembukaan 10 cm, selaput ketuban (-), Kepala H-II, DJJ : 150 x/mnt. Kemudian pada saat melakukan pertolongan persalinan bidan menggunakan sarung tangan, alat pelindung diri (celemek, kaca mata, sepatu tertutup), memproses alat bekas pakai dan mencuci tangan sebelum dan setelah menolong persalinan. Penatalaksanaan pertolongan yang dilakukan oleh bidan merupakan penerapan dari aspek lima benang merah.....
- a. Membuat keputusn klinik.
  - b. Asuhan sayang ibu dan sayang bayi.
  - c. **Pencegahan infeksi.**
  - d. Pencatatatan asuhan persalinan.
  - e. Rujukan.

## E. Referensi

- Al-Maharma, D. Y., Safadi, R. R., Durham, R., Halasa, S. N., & Nassar, O. S. (2021). Mothers' and Midwives' and Nurses' Perception of Caring Behaviors During Childbirth: A Comparative Study. *SAGE Open*, 11(2). <https://doi.org/10.1177/21582440211024555>
- Begley, K., Daly, D., Panda, S., & Begley, C. (2019). Shared decision-making in maternity care: Acknowledging and overcoming epistemic defeaters. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 25(6), 1113-1120. <https://doi.org/10.1111/jep.13243>
- Daemers, D. O. A., van Limbeek, E. B. M., Wijnen, H. A. A., Nieuwenhuijze, M. J., & de Vries, R. G. (2017). Factors influencing the clinical decision-making of midwives: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1511-5>
- de Barra, M., Gon, G., Woodd, S., Graham, W. J., de Bruin, M., Kahabuka, C., Williams, A. J., Konate, K., Ali, S. M., Said, R., & Penn-Kekana, L. (2021). Understanding infection prevention behaviour in maternity wards: A mixed-methods analysis of hand hygiene in Zanzibar. *Social Science and Medicine*, 272(November 2020). <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113543>

- Dike, F. M., Onasoga, O. A., Njoku, E., & Dike, F. M. (2015). *Documentation in labour among midwives in Madonna university teaching hospital elele , rivers state , Nigeria*. 4(5), 1404-1409.
- JNPK-KR. (2017). *Buku Acuan Asuhan Persalinan Normal : Asuhan Esensial bagi Ibu Bersalin dan Bayi Baru Lahir serta Penatalaksanaan Komplikasi Segera Pascapersalinan dan Nifas* (George Adriaansz (ed.)). Jaringan Nasional Pelatihan Klinik-Kesehatan Reproduksi (JNPK-KR).
- Kemenkes RI. (2017). Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan. In *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia* (Vol. 2, Issue 2). <http://www.ejournal.undip.ac.id/index.php/jpki/article/view/2592>
- Murugesu, L., Damman, O. C., Derksen, M. E., Timmermans, D. R. M., De Jonge, A., Smets, E. M. A., & Fransen, M. P. (2021). Women's participation in decision-making in maternity care: A qualitative exploration of clients' health literacy skills and needs for support. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), 1-16. <https://doi.org/10.3390/ijerph18031130>
- Prawirohardjo, S. (2020). *Ilmu Kebidanan Edisi Keempat* (Abdul Bari Saifuddin (ed.)). PT Bina Pustaka Sarwona Prawirohardjo.

- Sakala, B. K. (2019). Factors Influencing Midwifery Clinical Decision-making. *International Annals of Science*, 7(1), 28-32. <https://doi.org/10.21467/ias.7.1.28-32>
- Sulfianti;, Purba, D. H., Sitorus, S., Yuliani, M., Haslan, H., Ismawati;, Sari, M., Pulungan, P. W., Hutabarat, W. J., Anggraini, D. D., Purba, A. M., & Aini, F. N. (2020). *Asuhan Kebidanan Pada Persalinan* (J. Simarmata (ed.); Cetakan I,).
- WHO. (2013). *Support During Labour and Childbirth* (pp. 1-8). WHO, Geneva. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK304186/>
- WHO. (2016). Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. In *Who* (Vol. 2021).
- WHO. (2020). *WHO Labour Care Guide User's Manual*. WHO Publication.



## **BAB IV ASUHAN PERSALINAN KALA I**

(Wahidah Sukriani, SST.,M.Keb.)

### **A. Tujuan pembelajaran :**

Setelah mengikuti Perkuliahan ini, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Memahami Batasan dan Fase Kala I Persalinan
2. Memahami Asuhan Kebidanan Pada Kala I Persalinan
3. Memahami Pendokumentasian Pada Kala I Persalinan
4. Memahami Persiapan Pertolongan Persalinan
5. Memahami Asuhan Sayang Ibu pada Kala I Persalinan

### **B. Materi**

#### **1. Batasan Kala I Persalinan**

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi yaitu bayi, plasenta serta selaput ketuban dari rahim seorang ibu. Persalinan dimulai saat uterus (rahim) ibu hamil berkontraksi yang menyebabkan adanya pembukaan dan penipisan serviks. Masa di saat dimulainya proses persalinan ini disebut inpartu.

Tanda dan gejala dimulainya proses persalinan yaitu:

- ✓ Adanya penipisan dan pembukaan serviks
- ✓ Adanya kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan serviks, minimal 2 kali dalam 10 menit
- ✓ Adanya pengeluaran lendir bercampur darah melalui vagina (“show”)

Kala I Persalinan dimulai sejak adanya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat frekuensi dan kekuatannya hingga serviks membuka 10 cm (pembukaan lengkap)

## 2. Fase pada Kala I Persalinan

Kala I persalinan dibagi menjadi dua fase yaitu fase laten dan fase aktif.

- ✓ Fase laten yaitu dimulai sejak adanya kontraksi yang mengakibatkan perubahan pada serviks hingga pembukaan kurang dari 4cm. Fase ini umumnya berlangsung selama 6-8 jam.
- ✓ Fase aktif yaitu dimulai dari pembukaan 4 cm hingga 10 cm (pembukaan lengkap). Pada fase ini kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap kekuatan dan durasinya. Kontraksi dianggap adekuat atau memadai jika terjadi minimal 3 kali dalam 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih. Fase aktif umumnya akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1cm per jam pada nullipara atau primigravida dan hingga 2 cm per jam pada multipara.

## 3. Asuhan pada Kala I Persalinan

- a. Anamnesis Pada Ibu Bersalin

Anamnesis pada ibu bersalin bertujuan untuk mengumpulkan informasi yang akan digunakan untuk membuat keputusan klinik untuk menentukan diagnosis dan membuat rencana asuhan sesuai dengan yang dibutuhkan oleh ibu. Pada saat anamnesis selain mencatat hasil anamnesa, tenaga kesehatan juga agar memperhatikan respon non verbal dari pasien, selain itu, perhatikan adanya tanda-tanda penyulit ataupun kegawatdaruratan.

Pada ibu bersalin, tanyakan:

- a. Identitas ibu: nama, umur, alamat, agama, suku/bangsa, pendidikan, pekerjaan dan no telepon
- b. Keluhan yang dirasakan terkait proses persalinan yang sedang dialami
- c. Hari pertama haid terakhir dan hari perkiraan lahir
- d. Riwayat kehamilan sekarang, meliputi:
  - Apakah ibu rutin melakukan pemeriksaan kehamilan? Dimana? Kepada siapa? Jika iya minta buku KIA atau kartu periksa selama kehamilan
  - Apakah ada masalah atau penyulit selama kehamilan ini?
  - Kapan kontraksi mulai dirasakan? Apakah teratur? Berapa lama durasi kontraksi dan seberapa sering?
  - Apakah ibu masih merasakan gerakan bayi?

- Apakah ada air yang merembes keluar dari vagina? Jika ya, sejak kapan? Apa warna cairan tersebut dan bagaimana konsistensinya?
  - Kapan ibu makan dan minum terakhir?
  - Apakah ibu ada keluhan atau kesulitan buang air kecil?
- e. Riwayat obstetri (gravida, para) dan tanyakan:
- Apakah ada masalah selama persalinan sebelumnya? Misalnya hipertensi, preeklampsia, perdarahan atau lainnya.
  - Bagaimana cara persalinan sebelumnya? Apakah normal pervaginam, bedah caesar, dengan induksi atau dengan bantuan ekstraksi vakum?
  - Berapa berat badan bayi terbesar yang pernah ibu lahirkan?
  - Apakah ibu memiliki bayi bermasalah pada kehamilan atau persalinan sebelumnya? Seperti bayi dengan kelainan kongenital, bayi mengalami asfiksia dan lain sebagainya
- f. Riwayat medis ibu sebelumnya seperti riwayat kesehatan ibu dan keluarga terkait penyakit menular, menurun, gangguan jiwa dan lainnya.
- g. Permasalahan medis saat ini, misalnya mengalami sakit kepala hebat, gangguan penglihatan, nyeri epigastrium dan sebagainya.
- h. Tanyakan hal-hal lainnya yang belum jelas seperti kekhawatiran ibu dengan persalinan ini

dan lainnya untuk memperkaya informasi yang di dapatkan.

Dokumentasikan semua hasil anamnesis pasien secara lengkap, dan segera lakukan pemeriksaan fisik

**b. Pemeriksaan Fisik Pada Ibu Bersalin**

Pemeriksaan fisik dimaksudkan untuk menilai kondisi ibu dan janin yang akan dilahirkan. Jelaskan kepada ibu dan keluarga tentang maksud dan tujuan pemeriksaan yang akan dilakukan. Anjurkan ibu dan keluarga untuk bertanya jika saat pemeriksaan ada yang tidak dimengerti.

Sebelum melakukan pemeriksaan, lakukan prosedur berikut:

- Lepas semua perhiasan dan cuci tangan dengan 7 langkah
- Tunjukkan sikap ramah, sopan dan santun agar ibu merasa nyaman saat dilakukan pemeriksaan dan minta ibu menarik napas perlahan jika merasa tegang dan gelisah
- Meminta ibu untuk mengosongkan kandung kemih, ibu boleh berjalan ke Toilet jika memungkinkan

Pemeriksaan fisik meliputi:

**a. Keadaan Umum**

Amati dan Periksa keadaan umum ibu terkait kesadaran, kestabilan emosi, tingkat kegelisahan, dan atau tingkat nyeri

**b. Tanda-tanda Vital**

Pemeriksaan tanda vital sangat penting dilakukan pada ibu bersalin, meliputi pemeriksaan suhu, nadi, tekanan darah dan laju pernafasan. pemeriksaan ini dilakukan untuk deteksi dini komplikasi yang dapat terjadi pada ibu bersalin. Lakukan pemeriksaan ini diantara dua kontraksi.

**c. Pemeriksaan Head to Toe**

Pemeriksaan head to toe pada ibu bersalin dilakukan dengan hati-hati dan dilakukan dengan tepat.

1) Kepala

Periksa atau lihat keadaan rambut ibu seperti kebersihan rambut.

2) Wajah

Periksa apakah terdapat oedema pada wajah, konjungtiva (anemis/tidak), sklera (ikterik/tidak), keadaan hidung (apakah terdapat polip atau keadaan lainnya), mulut (apakah ada tanda dehidrasi pada bibir) dan gigi (kebersihan mulut, karies dan plak pada gigi, perdarahan pada gusi dan lainnya)

3) Leher

Periksa apakah ada pembesaran kelenjar limfa, kelenjar tiroid dan vena jugularis

4) Dada dan payudara

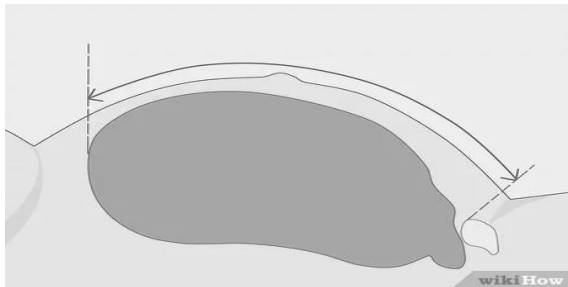
Dengarkan bunyi jantung dan paru-paru untuk mengidentifikasi jika terdapat kelainan.

5) Perut (abdomen)

Pemeriksaan abdomen pada ibu bersalin yaitu:

a. Menentukan tinggi fundus uteri

Lakukan palpasi leopold 1 untuk menentukan bagian bayi yang berada difundus, lakukan pengukuran tinggi fundus dengan pita pengukur saat tidak ada kontraksi. Tinggi fundus yaitu jarak antara tepi atas simfisis pubis dan puncak fundus uteri



(sumber

gambar:

<https://id.wikihow.com/Mengukur-Tinggi-Fundus>)

b. Memantau kontraksi uterus

Letakkan tangan pemeriksa dengan hati-hati pada fundus uteri atau bagian atas dari uterus, tentukan durasi dan frekuensi kontraksi yang dialami ibu. Pemeriksaan dilakukan dalam 10 menit. Gunakan jam dinding atau jam tangan untuk menghitung lamanya kontraksi.

c. Memantau denyut jantung janin (DJJ)

Pemeriksa dapat menggunakan fetoskop pinnard atau doppler untuk mendengarkan dan menghitung DJJ. Hitung DJJ minimal dalam waktu 60 detik. Dengarkan DJJ pada titik terkuat suara DJJ terdengar. Pemeriksa dapat melakukan palpasi leopold II untuk menentukan bagian punggung janin untuk memudahkan menentukan titik mendengarkan DJJ. Lakukan pemeriksaan DJJ sebelum dan selama kontraksi. DJJ normal adalah 120-160x/menit. Jika hasil DJJ kurang atau lebih dari normal maka kemungkinan mengalami gawat janin. Segera posisikan ibu dengan posisi miring ke kiri, anjurkan ibu untuk relaksasi dan dapat diberikan oksigen 4-6 L/menit. Jika tidak ada perbaikan segera rujuk ibu.



d. Menentukan presentasi

Lakukan perasat Leopold III untuk menentukan presentasi bayi dengan langkah sebagai berikut:

- Pemeriksa berdiri disamping ibu dan menghadap ke arah wajah ibu. Posisikan ibu dengan menekuk sendi panggul dan lutut)
- Tentukan presentasi janin dengan mempertimbangkan bentuk, ukuran, dan kepadatan bagian yang terbawah. Bagian yang berbentuk bulat, keras, terbatas tegas dan mudah di gerakkan (jika belum masuk rongga panggul) biasanya adalah kepala, sedangkan jika bentuknya teraba kenyal, kurang tegas dan relatif lebih besar biasanya adalah bokong.
- Tentukan apakah bagian terbawah janin sudah masuk ke rongga panggul. Jika telah masuk ke rongga panggul maka bagian tersebut akan sulit di gerakkan atau tidak dapat digerakkan lagi.

e. Menentukan penurunan bagian terbawah

Pada palpasi abdomen, penentuan penurunan bagian terbawah janin dilakukan dengan metode lima jari (perlimaan). Penilaian ini dilakukan

dengan menghitung proporsi janin bagian terbawah janin yang masih berada di atas simfisis.

Hasil pemeriksaan dengan per lima yaitu:

- 5/5 jika bagian terendah janin masih seluruhnya teraba di atas simfisis
- 4/5 jika sebagian (1/5) bagian telah memasuki rongga panggul (hanya 4 jari pemeriksa yang dapat mengakomodasi bagian terendah di simfisis pubis)
- 3/5 jika sebagian (2/5) bagian telah memasuki rongga panggul (hanya 3 jari pemeriksa yang dapat mengakomodasi bagian terendah di simfisis pubis)
- 2/5 jika sebagian (3/5) bagian telah memasuki rongga panggul (hanya 2 jari pemeriksa yang dapat mengakomodasi bagian terendah di simfisis pubis)
- 1/5 jika 4/5 bagian telah memasuki rongga panggul (hanya 1 jari pemeriksa yang dapat mengakomodasi bagian terendah di simfisis pubis)
- 0/5 jika seluruh bagian telah masuk ke rongga panggul atau

sudah tidak dapat teraba oleh tangan pemeriksa

Pada primigravida, jika pada fase aktif kepala janin masih 5/5 maka patut waspada terhadap indikasi adanya ketidaksesuaian kepala-panggul atau CPD (Cephalopelvik disproportion)

6) Ektremitas (Tangan dan Kaki)

Periksa adanya oedema, varises, kebersihan kuku

7) Genetalia

Periksa apakah ada luka atau massa (benjolan) pada daerah genetalia, apakah ada lendir darah yang keluar pervaginam, apakah ada cairan yang keluar pervaginam. Lakukan pemeriksaan dalam untuk menentukan pembukaan dan penipisan serviks. Jika terdapat perdarahan pervaginam, maka jangan lakukan pemeriksaan dalam.

Langkah pemeriksaan dalam:

- Perhatikan privasi pasien
- Minta pasien untuk berkemih jika vesika urinarian teraba atau terlihat penuh
- Posisikan pasien
- Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir
- Gunakan sarung tangan DTT atau steril

- Lakukan vulva higiene dengan mengusapkan kapas DTT yang telah di celupkan ke air DTT dengan arah usapan dari depan ke belakang atau ke arah anus.
- Nilai keadaan genetalia eksterna, apakah ada bekas luka, ataupun terdapat massa atau benjolan dan kelainan lainnya
- Nilai cairan yang keluar pervaginam
- Dengan hati-hati, masukkan jari tengah dan dari telunjuk pemeriksa
- Nilai pembukaan dan penipisan serviks
- Nilai keadaan selaput ketuban, apakah masih utuh/tidak. Jika selaput ketuban masih utuh jangan melakukan amniotomi, kecuali syarat amniotomi terpenuhi.
- Pastikan tidak ada bagian terkecil janin atau tali pusat yang berada di bagian terendah janin.
- Nilai penurunan bagian terendah janin. Tentukan apakah bagian tersebut telah turun memasuki rongga panggul. Penilaian penurunan dapat menggunakan bidang Hodge. Bandingkan dengan hasil pemeriksaan penurunan melalui palpasi.

Hodge I: pintu atas panggul yaitu bagian datar yang melalui bagian atas simpisis dan promontorium.

Hodge II: sejajar dengan bidang hodge I, terletak setinggi bagian bawah simpisis;

Hodge III: sejajar dengan bidang hodge I dan hodge II, terletak setinggi spina isciadika kanan dan kiri;

Hodge IV: sejajar dengan bidang hodge I, II, dan III, terletak setinggi os coccygis

- Tentukan penunjuk bagian terendah janin. Pada presentasi kepala penunjuk dapat menggunakan posisi ubun-ubun kecil janin.
- Jika pemeriksaan sudah lengka, keluarkan tangan pemeriksa dengan hati-hati
- Celupkan tangan ke dalam larutan clorin dan lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik
- Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman
- Beritahukan hasil pemeriksaan

c. Pemeriksaan Laboraturium Pada Ibu Bersalin

Pemeriksaan laboraturium pada ibu bersalin meliputi: pemeriksaan rutin seperti golongan darah,

hemoglobin, pemeriksaan atas indikasi atau situasi tertentu misalnya pemeriksaan pada situasi pandemi covid maka di perlukan pemeriksaan status covid pasien, dan pemeriksaan atas adanya indikasi penyakit tertentu misalnya HIV/AIDS dan lainnya.

#### 4. Pendokumentasian Kala I Persalinan

Ketika hasil anamnesis dan pemeriksaan telah lengkap, catan dengan dengan teliti. Tentukan apakah ibu sudah inpartu, berada pada fase laten atau aktif, tentukan ada tidak masalah, penyulit atau kegawat daruratan dan lakukan. Pada ibu yang telah memasuki fase aktif, kemajuan persalinan dipantau melalui partograf (di bahas pada BAB lainnya). Buatlah rencana asuhan setelah semua hasil pemeriksaan di dokumentasikan dan sampaikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan yang didapatkan. Pendokumentasian dapat dilakukan dengan metode SOAP

#### 5. Penapisan pada persalinan

Jika pasien berada di fasilitas pelayanan pertama seperti klinik bidan, puskesmas non poned maka segera rujuk ibu jika terdapat salah satu penyulit berikut:

- a. Riwayat sectio caesaria
- b. Perdarahan pervaginam
- c. Persalinan premature (< 37 minggu)
- d. Ketuban pecah di sertai mekonium yang kental
- e. Ketuban pecah lama (lebih dari 24 jam)

- f. Ketuban pecah pada persalinan premature
  - g. Ikterus
  - h. Anemia berat
  - i. Tanda/gejala infeksi
  - j. Preeklampsia atau hipertensi dalam kehamilan
  - k. Tinggi fundus 40 cm atau lebih
  - l. Gawat janin
  - m. Primipara dengan kelapa 5/5 pada fase aktif
  - n. Presentasi bukan belakang kepala
  - o. Presentasi ganda (majemuk)
  - p. Kehamilan ganda atau gemelli
  - q. Tali pusat menumbung
  - r. Syok
6. Persiapan Pertolongan Persalinan
- a. Persiapan Ruangan

Persalinan dapat terjadi di klinik, puskesmas, rumah sakit dan lainnya. Pastikan ruangan persalinan bersih dan nyaman:

- Ruangan bersih dan hangat, sirkulasi udara ruangan baik
- Tersedia sumber air yang bersih dan mengalir
- Terdapat air disinfeksi tingkat tinggi untuk membersihkan vagina, vulva, perineum dan tubuh ibu setelah melahirkan
- Tersedia kamar mandi yang bersih dan pastikan lantai kamar mandi tidak licin
- Tempat yang cukup lapang untuk ibu jika ingin berjalan pada kala I persalinan
- Penerangan yang cukup

- Tempat tidur yang bersih untuk ibu dan bayi setelah lahir.
  - Meja atau tempat untuk meletakkan alat dan bahan selama persalinan
  - Meja atau tempat datar untuk tindakan resusitasi bayi
- b. Persiapan Alat, Bahan dan Obat-obatan

Alat, bahan dan obat-obatan yang diperlukan dalam persalinan harus di persiapkan sebelum persalinan dimulai. Berikut daftar alat, bahan dan obat-obatan yang harus tersedia:

**Alat dan Bahan:**

- 1) Partus set, yang terdiri dari: ½ Kocher, klem kocher 2 buah, gunting episiotomi, gunting tali pusat, pengikat tali pusat, kassa DTT/Steril, 2 pasang sarung tangan DTT/Steril
- 2) Hecting Set, yang terdiri dari: Jarum, benang/catgut, nalvuder, gunting benang, pinset anatomis/silurgis, duk / kain bersih
- 3) Alat Vital Sign : stetoskop, tensimeter, termometer
- 4) Fetoskop atau dopler
- 5) Pita pengukur
- 6) Jam
- 7) Partograf



- 8) Infus Set
- 9) S spuit : 1 cc, 3cc, 5 cc, 10 cc
- 10) Resusitasi set: Meja datar, pengisap lendir, sungkup, balon resusitasi, lampu sorot
- 11) Kassa DTT
- 12) Sarung Tangan DTT/ Steril Panjang
- 13) Sarung Tangan Karet
- 14) Alat Pelindung Diri ( Celemek, masker, kaca mata, sepatu boot)
- 15) Air mengalir
- 16) Handuk/ lap tangan/ Tissue
- 17) Sabun
- 18) Alas Bokong
- 19) Handuk Bersih diatas perut ibu
- 20) Kain Ganti untuk Menyelimuti ibu dan Bayi
- 21) Topi Bayi
- 22) Pakaian Ganti Ibu
- 23) Pakaian Bayi
- 24) larutan klorin 0,5 % dalam wadah/baskom
- 25) Air DTT didalam wadah/ baskom
- 26) Tempat sampah medis
- 27) Tempat sampah non medis

- 28) Tempat pakaian Kotor
- 29) Larutan Klorin untuk Desinfeksi
- 30) Waslap

Obat-obatan:

- 1) 8 ampul oksitosin
  - 2) 2 ampul metil ergometrin
  - 3) 20 ml Lidokain 1% tanpa epinefrin atau 10 ml Lidokain 2% tanpa epinefrin dan air steril atau cairan garam fisiologis (Ns) untuk pengenceran
  - 4) 2 vial larutan Magnesium Sulfat 40% (25 gram)
  - 5) Vit K
  - 6) 2 vial MgSO<sub>4</sub>
  - 7) 3 botol Ringer Laktat / cairan garam fisiologis (Ns)
  - 8) Salep mata tetrasiklin 1 %
- c. Persiapan Rujukan

Rujukan yang tepat waktu diharapkan dapat menyelamatkan ibu dan bayinya. Penyulit atau kegawatdaruratan terkadang sulit diprediksi, sehingga tenaga kesehatan harus siap untuk melakukan rujukan kapanpun. Sebelum melakukan rujukan, yang terpenting bagi tenaga kesehatan adalah melakukan stabilisasi pra rujukan. Minta ibu dan keluarga sejak dalam kehamilan atau paling

lambat di awal persalinan untuk mempersiapkan rencana rujukan. Hal penting dalam persiapan rujukan agar mudah diingat biasanya disingkat dengan BAKSOKU:

- B (Bidan) : Pada saat melakukan rujukan, pastikan Bidan mendampingi ibu dan atau bayi menuju ke fasilitas kesehatan rujukan
- A (Alat) : Bawa Alat, bahan dan obat-obatan saat melakukan rujukan sebagai antisipasi jika diperlukan atau jika ibu melahirkan diperjalanan ke tempat rujukan.
- K (Keluarga) : Suami atau anggota keluarga lainnya harus ada yang menemani selama proses rujukan. Jelaskan kepada ibu dan keluarga mengenai kondisi ibu dengan sebenarnya
- S (Surat) : Fasilitas kesehatan yang merujuk harus membekali pasien dengan

surat pengantar rujukan yang menjelaskan secara lengkap mengenai kondisi ibu, alasan rujukan, dan asuhan dan atau obat-obatan yang telah di terima ibu hingga sampai di tempat tujuan rujukan. Pada pasien yang sudah berada di fase aktif, partograf di sertakan dalam surat rujukan.

O (Obat) : Bawa obat-obatan essensial dan atau obat-obatan yang akan diperlukan selama di perjalanan menuju tempat rujukan.

K(Kendaraan) : Siapkan kendaraan yang akan membaea ibu ke tempat rujukan. Pastikan kendaraan yang digunakan dalam kondisi baik sehingga dapat mengantarkan ke tujuan tepat waktu

U (Uang) : Ingatkan keluarga agar membawa uang atau dana yang cukup untuk membeli keperluan obat-

obatan atau lainnya yang mungkin di perlukan selama ibu di fasilitas rujukan. Asuransi kesehatan (jika ada) juga agar di bawa untuk memudahkan proses administrasi

#### 7. Asuhan Sayang Ibu Pada Kala I Persalinan

Persalinan adalah sebuah proses yang emosional bagi ibu dan keluarganya. Tenaga kesehatan diharapkan dapat membantu menjadikan proses ini sebagai pengalaman yang menyenangkan bagi ibu dan keluarga. Asuhan sayang ibu selama proses persalinan yang dapat diberikan kepada ibu adalah:

- a. Menyapa ibu dengan ramah dan sopan, bertindak tenang
- b. Menjawab pertanyaan ibu dan keluarganya
- c. Memberikan dukungan emosional
- d. Membantu pengaturan posisi ibu
- e. Memberikan cairan dan nutrisi
- f. Memberikan ibu keleluasaan untuk penggunaan kamar mandi
- g. Bekerja sama dengan keluarga untuk memberikan kenyamanan bagi ibu seperti mengucapkan kata-kata yang membesarkan hati ibu, memberikan sentuhan dan pijatan yang

- membuat ibu lebih rileks, menciptakan suasana ruang persalinan yang nyaman
- h. Melakukan pencegahan infeksi

### C. Rangkuman

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi yaitu bayi, plasenta serta selaput ketuban dari rahim seorang ibu. Persalinan dimulai saat uterus (rahim) ibu hamil berkontraksi yang menyebabkan adanya pembukaan dan penipisan serviks. Kala I Persalinan dimulai sejak adanya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat frekuensi dan kekuatannya hingga serviks membuka 10 cm (pembukaan lengkap). Kala I persalinan dibagi menjadi dua fase yaitu fase laten dan fase aktif. Fase laten yaitu dimulai sejak adanya kontraksi yang mengakibatkan perubahan pada serviks hingga pembukaan kurang dari 4cm. Fase ini umumnya berlangsung selama 6-8 jam. Fase aktif yaitu dimulai dari pembukaan 4 cm hingga 10 cm (pembukaan lengkap).

Asuhan persalinan pada kala I mencakup: anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium. Hasil anamnesis dan pemeriksaan merupakan acuan dalam menetapkan diagnosa dan merencanakan asuhan yang akan di berikan. Seluruh Asuhan yang dilaksanakan pada kala I persalinan di dokumentasikan. Pada kala I fase aktif, pencatatan dilakukan juga dengan partograf. Pendokumentasian dapat dilakukan dengan metode SOAP

## D. Tugas

Untuk dapat lebih memahami materi yang telah disajikan, maka kerjakanlah tugas berikut dengan melakukan diskusi berkelompok

- i. Seorang perempuan datang ke Praktik Mandiri Bidan pukul 08.00WIB mengatakan merasakan mules sejak pukul 04.00 WIB, kehamilan ini adalah kehamilan pertama ibu. Asuhan kebidanan apakah yang dapat diberikan bidan pada kasus ini? Jelaskan!
- ii. Seorang perempuan sedang dalam proses persalinan di Praktik Mandiri Bidan. Ibu mengeluhkan merasa sangat cemas menghadapi proses persalinan ini. Jelaskan asuhan sayang ibu yang dapat diberikan oleh bidan!

## E. Referensi APA syle

Albers, L. L. (2007). The Evidence for Physiologic Management of the Active Phase of the First Stage of Labor. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 52(3), 207-215. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2006.12.009>

Arlenti, L. (2021). Manajemen Pelayanan Kebidanan. *Jakarta:EGC*, h.25-29.

Fitriahadi. (2019). Buku Ajar Asuhan Persalinan & Managemen Nyeri Persalinan. *Universitas Aisyiyah Yogyakarta*, 284

hlm.

Hutchison J, Mahdy H, H. J. (2023). *Stages of Labor*. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing;

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544290/>

JNPK-KR. (2017). *Asuhan Persalinan Normal*. JNPK-KR.

Kurniarum, A. (2016). *Modul Buku Ajar Cetak Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Pusdik SDM Kesehatan, KEMENKES.

Varney, H., Kriebs, J. M., & Carolyn L. Gegor. (2004). *Varney's Midwifery: Fourth Edition* (Vol. 13, Issue 1). Jones and Bartlett Publisher.

Yulizawati, Insani, A. A., Sinta, L. El, & Andriani, F. (n.d.). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan pada Persalinan*. Indomedia Pusataka.



## **BAB V PARTOGRAF**

**(Rosdiana, SPd, M. Kes)**

### **A. Tujuan Pembelajaran :**

Mahasiswa Mampu Memahami Partograf

### **B. Materi**

#### **1. Partograf**

Selama ini pencatatan dan pelaporan persalinan yang dilakukan sehari - hari di tempat pelayanan kesehatan meliputi: Pencatatan dalam Sistem Informasi Manajemen Pelayanan Kesehatan (SP2TP), Kartu Ibu, *Informed Consent*, Kartu Menuju Sehat (KMS) Ibu Hamil / Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), Register Kohort Ibu dan Bayi , Partograf ,Kartu Persalinan Nifas , Laporan hasil Audit Maternal Perinatal (AMP).

Beberapa hasil pencatatan ini kemudian dilaporkan pada pihak - pihak terkait. Keseluruhan jenis pencatatan ini, tidak semua secara jelas \ kartu persalinan dan nifas.

#### **a. Pengertian Partograf**

Partograf adalah alat bantu untuk membuat keputusan klinik, memantau, mengevaluasi dan

menatalaksana persalinan<sup>28</sup>. Partograf dapat dipakai untuk memberikan peringatan awal bahwa suatu persalinan berlangsung lama, adanya gawat ibu dan janin, serta perlunya rujukan<sup>28</sup>.

b. Waktu pengisian partograf.

Waktu yang tepat untuk pengisian partograf adalah saat proses persalinan telah berada dalam kala I fase aktif yaitu saat pembukaan serviks dari 4 sampai 10 cm dan berakhir pada pemantauan kala IV<sup>29</sup>.

c. Isi partograf

Partograf dikatakan sebagai data yang lengkap bila seluruh informasi ibu, kondisi janin, kemajuan persalinan, waktu dan jam, kontraksi uterus, kondisi ibu, obat-obatan yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, keputusan klinik dan asuhan atau tindakan yang diberikan dicatat secara rinci sesuai cara pencatatan partograf.

Isi partograf antara lain:

1) Informasi tentang ibu

- a) Nama dan umur;
- b) Gravida, para, abortus.;
- c) Nomorcatatan medik/nomor puskesmas;
- d) Tanggal dan waktu mulai dirawat;
- e) Waktu pecahnya selaput ketuban.

- 2) Kondisi janin:
  - a) Denyut jantung janin;
  - b) Warna dan adanya air ketuban;
  - c) Penyusupan(molase) kepala janin.
- 3) Kemajuan persalinan
  - a) Pembukaan serviks; b) Penurunan bagian terbawah atau presentasi janin; c) Garis waspada dan garis bertindak.
    - 1) Waktu dan jam
      - a) Waktu mulainya fase aktif persalinan.
      - b) Waktu aktual saat pemeriksaan atau penilaian.
    - 2) Kontraksi uterus
      - a) Frekuensi kontraksi dalam waktu 10 menit.
      - b) Lama kontraksi (dalam detik).
    - 3) Obat-obatan yang diberikan
      - a) Oksitosin.
      - b) Obat-obatan lainnya dan cairan IV yang diberikan.
    - 4) Kondisi ibu
      - a) Nadi, tekanan darah dan temperatur tubuh.
      - b) Urin (volume, aseton atau protein).
  - b. Cara pengisian partograf.
 

Pencatatan dimulai saat fase aktif yaitu pembukaan serviks 4 cm dan berakhir titik dimana pembukaan lengkap. Pembukaan lengkap diharapkan terjadi jika laju pembukaan adalah 1 cm per jam. Pencatatan selama fase aktif

persalinan harus dimulai di garis waspada. Kondisi ibudan janin dinilai dan dicatat dengan cara:

- 1) Denyut jantung janin : setiap 30 menit.
  - 2) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus : setiap 30 menit
  - 3) Nadi : setiap 30 menit.
  - 4) Waktu dan jam
    - a) Waktu mulainya fase aktif persalinan.
    - b) Waktu aktual saat pemeriksaan atau penilaian.
  - 5) Kontraksi uterus
    - a) Frekuensi kontraksi dalam waktu 10 menit.
    - b) Lama kontraksi (dalam detik).
  - 6) Obat-obatan yang diberikan
    - a) Oksitosin.
    - b) Obat-obatan lainnya dan cairan IV yang diberikan.
  - 7) Kondisi ibu
    - a) Nadi, tekanan darah dan temperatur tubuh.
    - b) Urin (volume, aseton atau protein).
- c. Cara pengisian partograf.

Pencatatan dimulai saat fase aktif yaitu pembukaan serviks 4 cm dan berakhir titik dimana pembukaan lengkap. Pembukaan lengkap diharapkan terjadi jika laju pembukaan adalah 1 cm per jam. Pencatatan selama fase aktif persalinan harus dimulai di garis waspada. Kondisi ibudan janin dinilai dan dicatat dengan cara:

- 1) Denyut jantung janin : setiap 30 menit.
- 2) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus : setiap 30 menit.
- 3) Nadi : setiap 30 menit
  - 4) Pembukaan serviks : setiap 4 jam
  - 5) Penurunan bagian terbawah janin : setiap 4 jam.
  - 6) Tekanan darah dan temperatur tubuh : setiap 4 jam<sup>30</sup>.
  - 7) Produksi urin (2 - 4 Jam), aseton dan protein : sekaliCara pengisian partograf adalah sebagai berikut:
  - 8) Lembar depan partograf.
    - a) Informasi ibu ditulis sesuai identitas ibu. Waktu kedatangan ditulis sebagai jam. Catat waktu pecahnya selaput ketuban, dan catat waktu merasakan mules<sup>27</sup>.
    - b) Kondisi janin.
      - (1) Denyut Jantung Janin.

Nilai dan catat denyut jantung janin (DJJ) setiap 30 menit (lebih sering jika terdapat tanda-tanda gawat janin). Setiap kotak menunjukkan waktu 30 menit. Kisaran normal DJJ tertera diantara garis tebal angka 180 dan 100. Bidan harus waspada jika DJJ mengarah di bawah

120 per menit (bradycardi) atau diatas 160 permenit (tachikardi).

Beri tanda ‘•’ (tanda titik) pada kisaran angka 180 dan 100. Hubungkan satu titik dengan titik yang lain

- (2) Warna dan adanya air ketuban.  
Catat warna air ketuban setiap melakukan pemeriksaan vagina, menggunakan lambang-lambang berikut:

U : Selaput ketuban Utuh

J : Selaput ketuban pecah,  
dan air ketuban Jernih. M :  
Air ketuban bercampur  
Mekonium.

D : Air ketuban bernoda Darah.

K : Tidak ada cairan  
ketuban/Kering.

- (3) Penyusupan/molase tulang kepala

janin.

### C. Rangkuman

1. Pengertian  
Partograf adalah alat bantu yang digunakan selama fase aktif persalinan.
2. Tujuan utama dari penggunaan partograf adalah untuk:
  - a. Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam.
  - b. Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal. Dengan demikian, juga dapat melakukan deteksi secara dini setiap kemungkinan terjadinya partus lama (Depkes RI, 2007).
3. Jika digunakan secara tepat dan konsisten, maka partograf akan membantu penolong persalinan untuk:
  - a. Mencatat kemajuan persalinan.
  - b. Mencatat kondisi ibu dan janinnya.
  - c. Mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran.
  - d. Menggunakan informasi yang tercatat untuk secara dini mengidentifikasi adanya penyulit.
  - e. Menggunakan informasi yang ada untuk membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat waktu
4. Penggunaan Partograf
  - a. Untuk semua ibu dalam fase aktif kala satu persalinan sebagai elemen penting asuhan persalinan. Partograf harus digunakan, baik tanpa ataupun adanya penyulit. Partograf akan membantu penolong persalinan dalam memantau, mengevaluasi dan membuat keputusan klinik baik persalinan normal maupun yang disertai dengan pe-nyulit.
  - b. Selama persalinan dan kelahiran di semua tempat (rumah, puskesmas, klinik bidan swasta, rumah sakit, dll).

- c. Secara rutin oleh semua penolong persalinan yang memberikan asuhan kepada ibu selama persalinan dan kelahiran (Spesialis Obgin, bidan, dokter umum, residen dan mahasiswa kedokteran).
  - d. Penggunaan partograf secara rutin akan memastikan para ibu dan bayinya mendapatkan asuhan yang aman dan tepat waktu. Selain itu, juga mencegah terjadinya penyulit yang dapat mengancam keselamatan jiwa mereka (Prawirohardjo, 2002).
5. Kondisi ibu dan bayi juga harus dinilai dan dicatat secara seksama, yaitu:
- a. Denyut jantung janin setiap 1/2 jam
  - b. Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap 1/2 jam
  - c. Nadi: setiap 1/2 jam
  - d. Pembukaan serviks setiap 4 jam
  - e. Penurunan: setiap 4 jam
  - f. Tekanan darah dan temperatur tubuh setiap 4 jam
  - g. Produksi urin, aseton dan protein setiap 2 sampai 4 jam

#### **D. Tugas**

1. Seorang perempuan, umur 33 tahun G3P2A0 datang ke Puskesmas PONED dengan keluhan kencing-kencing disertai dengan keluar lendir darah. kontraksi sejak pukul 05.00 WIB. Hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik: G3P2A0, usia 33 tahun, Usia kehamilan 40 mgg, kencing-kencing sejak jam 05.00. Air ketuban belum keluar, lendir darah sudah keluar. Pemeriksaan Fisik Keadaan Umum : Baik, Compos Mentis Vital sign : Tensi : 110/60 mmHg, nadi : 82 x/menit, suhu : 36,7 derajat celcius. Abdomen : Palpasi: janin tunggal, memanjang, presentasi kepala, punggung kanan, kepala teraba 4/5 bagian, his 2 kali dalam 10 menit selama 20 detik, DJJ 130 kali/menit, TFU 30 cm Pemeriksaan dalam: Portio lunak mendatar ditengah,



pembukaan 3 cm, presentasi kepala effacement 50%, Kulit ketuban (+), Penunjuk belum dapat dinilai, Air ketuban (-), Kepala Hodge II, STLD (+) Apakah Diagnosis Kasus diatas ?  
Daftar Isi

## **E.Referensi**

Amelia, Kiki. 2020. "Tesis Model Partograf Digital sebagai Media Pembelajaran Asuhan Persalinan Normal"

Harvey. 2010. "Penggunaan Partograf Oleh Tenaga Kesehatan". Jakarta.

Lavender, Dame Tina Et Al. 2013. "Kebidanan Sebuah Studi KuasiEksperimental Percontohan Untuk Menentukan Kelayakan Penerapan Alat Partograf E-Learning Untuk Pelatihan Siswa Bidan Di Nairobi." 29: 876-84

Sidik, Muhammad dan Kusri. 2012. "Aplikasi Partograf sebagai Media Bantu dalam Proses Persalinan di Rumah Sakit Ibu dan Anak Arvita Bunda Yogyakarta. Jurnal DASI : Vol.13 No. 2



## **BAB VI ASUHAN PERSALINAN KALA II**

**(Kartini Pekabanda, SST, M. Kes)**

**A. Tujuan pembelajaran :** Mampu memahami Asuhan Persalinan Kala II (d disesuaikan dengan materi )

### **B. Materi**

#### **1. Pengertian Persalinan kala II**

Persalinan adalah suatu proses dimana serviks membuka dan menipis serta janin turun ke dalam jalan lahir (Prawirohardjo, 2010). Persalinan adalah kejadian alami, meskipun disertai oleh pengejangan otot rahim dan rasa sakit yang dirasakan oleh ibu yang akan bersalin. Persalinan adalah proses pengeluaran hasil dari konsepsi yang viabel melalui jalan lahir (Mochtar, 2012). Kala II/kala pengeluaran Dimulai dari pembukaan lengkap sampai lahirnya bayi. Kala II pada primigravida/ibu yang hamil untuk pertama kali, biasanya berlangsung selama 2 jam dan 1 jam pada multigravida/ibu yang hamil lebih dari satu kali (JNPK-KR, 2017).

Kala II persalinan dimulai ketika dilatasi serviks sudah lengkap dan berakhir ketika janin sudah lahir, kala II persalinan ini disebut juga stadium ekspulsi janin. Proses fisiologis kala II persalinan diartikan sebagai serangkaian peristiwa yang terjadi sepanjang periode tersebut dan di akhiri dengan lahirnya bayi secara normal (Prawirohardjo, 2010). Gejala dan tanda kala II merupakan mekanisme alamiah bagi ibu dan penolong persalinan bahwa proses

pengeluaran bayi sudah dimulai. Pemberian asuhan sayang ibu diberikan pada kala II dengan memberikan keleluasaan pemilihan posisi untuk mengurangi rasa ketidaknyamanannya pada proses persalinan. (JNPK-KR, 2012)

Kala II, yang tidak berlangsung secara normal, atau disebut kala II yang memanjang, adalah persalinan dengan his yang mamadai tetapi tidak ada kemajuan dalam dilatasi serviks, penurunan kepala, dan rotasi internal/putaran paksi dalam 2 jam terakhir. Faktor penyebab terjadinya kala dua lama antara lain kelainan posisi janin, kelainan panggul, kelainan his dan mengejan, pimpinan persalinan yang tidak tepat, janin besar, ketuban pecah dini dan posisi saat persalinan. Mengatasi kala II yang memanjang, yaitu tetap melakukan asuhan sayang ibu, mendorong ibu untuk tetap didampingi keluarganya, untuk membantu ibu dalam posisi meneran dan pemberian dukungan oleh penolong persalinan (Widyastuti, 2010).

Pada persalinan normal, kala II persalinan berlangsung dari pembukaan lengkap hingga bayi lahir. Proses ini memakan waktu 2 jam untuk ibu primipara dan 1 jam untuk ibu multipara. Penelitian telah menunjukkan bahwa ketika seorang wanita mengambil posisi melahirkan yang diinginkan maka banyak keuntungan yang didapatkan ibu selama persalinan, yaitu berkurangnya rasa sakit dan ketidaknyamanan, durasi kala dua yang lebih singkat, dan robekan perineum yang lebih sedikit. Membantu ibu pada saat meneran dan skor Apgar yang lebih baik. (Saifuddin, 2009)

Menurut (Holmes, 2011) Kemajuan persalinan ditentukan oleh tiga faktor yaitu power (kekuatan) adalah efisiensi kontraksi uterus, passenger (janin) dan passage

(rahim, leher rahim dan tulang panggul). Jika satu atau lebih faktor di atas tidak normal, dapat memperlambat kemajuan pada proses persalinan. Salah satu faktor yang mempengaruhi proses kelahiran adalah power. Kekuatan berasal dari perubahan fisiologis ibu bersalin itu sendiri dan dari tenaga meneran ibu. Seorang ibu bersalin memerlukan tenaga meneran yang kuat untuk membantu mempercepat proses persalinannya. (Cashion, Perry, 2013)

## 2. Tanda-Tanda Persalinan Kala II

Menurut (Prawirohardjo, 2010), beberapa tanda dan gejala persalinan kala II yaitu :

- a. Ibu merasakan ingin mengejan bersamaan terjadinya kontraksi
- b. Ibu merasakan peningkatan tekanan pada rectum atau vaginanya
- c. Perineum terlihat menonjol
- d. Vulva vagina dan sfingter ani terlihat membuka
- e. Peningkatan pengeluaran lendir darah.

Diagnosis kala II persalinan dapat ditegakkan atas dasar hasil pemeriksaan dalam yang menunjukkan :

- a. Pembukaan serviks telah lengkap (10 cm)
- b. Biasanya ketuban pecah sendiri; bila pembukaan lengkap tapi ketuban masih positif, maka dilakukan amniotomi
- c. Terlihatnya bagian kepala bayi pada introitus vagina

- d. UUK biasanya akan memutar ke depan; pada primigravida kala II berlangsung rata-rata 1,5 jam dan pada multipara rata-rata 0,5 jam

Pada kala II his terkoordinir, kuat, cepat dan lama, kira-kira 2-3 menit sekali. Kepala janin telah turun masuk ruang panggul sehingga terjadi tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflek timbul rasa mencedan. Karena tekanan pada rectum, ibu seperti ingin buang air besar dengan tanda anus terbuka. Pada waktu his kepala janin mulai terlihat, vulva membuka dan perineum meregang. Dengan his mencedan yang terpimpin akan lahir kepala dengan diikuti seluruh badan janin. Kala II pada primi: 1 ½ - 2 jam, pada multi ½ - 1 jam (Mochtar, 2012). Pada kala II persalinan, nyeri tambahan disebabkan oleh regangan dan robekan jaringan misalnya pada perineum dan tekanan pada otot skelet perineum. Nyeri diakibatkan oleh rangsangan struktur somatik superfisial dan digambarkan sebagai nyeri yang tajam dan terlokalisasi, terutama pada daerah yang disuplai oleh saraf pudendus (Mander, 2012). Tanda pasti kala II ditentukan melalui pemeriksaan dalam: Pembukaan serviks telah lengkap 10 cm. dan Terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina.

### **3. Perubahan Fisiologi dan Perubahan Psikologis Kala II**

#### **a. Fisiologi Kala II Persalinan**

##### **1) Keadaan segmen atas dan segmen bawah rahim**

Sejak akhir kehamilan, rahim jelas terdiri dari 2 bagian, yaitu segmen atas rahim yang dibentuk oleh korpus uteri dan segmen bawah rahim yang dihasilkan oleh isthmus uteri. Dalam persalinan, perbedaannya bahkan lebih mencolok. Segmen atas berkontraksi dan dindingnya menebal seiring kemajuan persalinan.

Sebaliknya, segmen bawah rahim dan leher rahim mengendur dan melebar menjadi saluran tipis memanjang yang akan dilalui bayi.

Segmen atas menjadi semakin kecil, sedangkan segmen bawah memanjang dan menipis, dan isi rahim berangsur-angsur berpindah ke segmen bawah. Karena segmen atas lebih tebal dan segmen bawah lebih tipis, batas antara segmen atas dan bawah menjadi jelas. Batas ini disebut lingkaran penyusutan fisiologis. Jika segmen bawah diregangkan dengan kuat, lingkaran retraksi bahkan lebih menonjol dan naik ke tengah dan disebut lingkaran retraksi patologis (Circle of Bandl). Lingkaran Bandl adalah tanda ancaman laserasi uterus yang terjadi ketika segmen anterior tidak dapat bergerak maju, seperti panggul yang sempit.

#### 2) Perubahan bentuk rahim

Dengan setiap kontraksi, panjang sumbu rahim bertambah panjang sementara dimensi transversal dan ukuran permukaan belakang berkurang.

#### 3) Faal ligamentum rotundum dalam persalinan

Ligamen rotundum berisi otot polos dan ketika rahim berkontraksi, otot-otot ligamen rotundum juga berkontraksi sehingga ligamen rotundum menjadi lebih pendek.

#### 4) Perubahan serviks

Leher Rahim/serviks akan mengalami pembukaan yang biasanya didahului dengan servikal obliterasi, yaitu pemendekan saluran serviks yang semula berupa saluran

sepanjang 1-2 cm, menjadi hanya berupa lubang dengan tepian yang tipis. Kemudian lubang luar akan melebar, yang sebelumnya merupakan lubang berdiameter beberapa milimeter, menjadi lubang yang dapat dilalui anak, sekitar 10 cm. Pada pembukaan lengkap, bibir portio tidak lagi teraba, segmen bawah rahim, serviks, dan vagina menjadi satu saluran.

#### 5) Perubahan pada vagina

Sejak hamil, vagina telah mengalami perubahan sedemikian rupa sehingga bayi dapat melewatinya. Setelah ketuban pecah, semua perubahan, terutama di dasar panggul, diregangkan dalam saluran berdinding tipis di bagian depan bayi. Saat kepala mencapai vulva, lubang vulva menghadap ke depan atas.

#### 6) Tekanan darah.

Tekanan darah bisa naik 15 sampai 25 mm Hg selama kontraksi pada kala dua. Saat ibu mencedan juga bisa mempengaruhi tekanan darah, menyebabkan tekanan darah naik, lalu turun, dan akhirnya naik sedikit di atas normal. Karena itu, penting untuk memantau tekanan darah dengan hati-hati di antara kontraksi. Untunglah rata-rata peningkatan tekanan darah 10 mm Hg di antara kontraksi pada saat ibu mencedan adalah hal yang normal.

#### 7) Metabolisme.

Peningkatan metabolisme yang terus-menerus berlanjut sampai kala dua disertai dengan upaya mencedan ibu yang akan meningkatkan aktivitas otot rangka untuk memperbanyak peningkatan metabolisme.

#### 8) Denyut nadi



Frekuensi denyut nadi ibu bervariasi pada setiap kali mendedan. Secara keseluruhan, frekuensi nadi meningkat selama kala dua persalinan disertai takikardi yang mencapai puncaknya pada saat persalinan.

9) Suhu

Peningkatan suhu terbesar terjadi pada saat melahirkan dan segera setelahnya. Kenaikan normal adalah antara 0,5 hingga 1°C

10) Perubahan system pernafasan

Sedikit peningkatan laju pernapasan adalah normal karena peningkatan curah jantung yang lebih besar selama persalinan dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi.

11) Perubahan ginjal

Poliuria sering terjadi selama persalinan. Kondisi ini dapat diakibatkan oleh peningkatan curah jantung lebih lanjut selama persalinan dan mungkin dari peningkatan laju filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal. Poliuria kurang terlihat pada posisi terlentang karena posisi ini mengurangi aliran urin selama kehamilan.

12) Perubahan gastrointestinal

Penurunan motilitas lambung berlanjut pada fase hingga kala dua. Muntah biasanya hanya terjadi sesekali. Muntah yang terus-menerus dan terus-menerus tidak normal dan dapat mengindikasikan komplikasi kebidanan, seperti ruptur uterus.

### 13) Dorongan mengejan

Perubahan fisiologis terjadi sebagai akibat dari intensifikasi kekuatan serupa yang telah bekerja sejak jam pertama persalinan, tetapi aktivitas ini mengalami akselerasi setelah pembukaan serviks sepenuhnya/lengkap; Namun, akselerasi ini tidak terjadi secara tiba-tiba. Beberapa ibu merasakan dorongan untuk mengejan sebelum serviks benar-benar melebar, dan beberapa ibu tidak merasakan aktivitas ini sampai sepenuhnya dikeluarkan. Kontraksi menjadi ekspulsif saat janin turun lebih jauh ke dalam vagina. Menekan bagian presentasi janin merangsang reseptor saraf di dasar panggul (ini disebut refleks Ferguson), dan ibu merasakan dorongan untuk mengejan. Refleks ini awalnya dapat dikendalikan sampai batas tertentu, tetapi menjadi lebih kompulsif, intens, dan involunter pada setiap kontraksi. Tanggapan ibu adalah menggunakan kekuatan ekspulsi sekundernya dengan mengontraksikan otot perut dan diafragma.

### 14) Pergeseran jaringan lunak

Saat kepala janin yang keras turun, jaringan lunak panggul bergeser. Di anterior, kandung kemih didorong keatas kedalam abdomen, di mana risiko cedera kandung kemih lebih kecil saat turun kepala janin. Akibatnya uretra meregang dan menyempit, sehingga lumen uretra menyempit. Selanjutnya, posterior rectum menjadi rata dengan kurva sacrum, dan penekan kepala menyebabkan sisa feses dikeluarkan. Otot levator ani melebar, menipis, dan bergerak ke samping, dan badan perineal menjadi datar, meregang dan tipis. Kepala janin terlihat di vulva, maju pada setiap kontraksi dan mundur di antara kontraksi sampai terjadinya crowning.

### 15) Perubahan hematologi

Hemoglobin meningkat rata - rata 1.2 gm/ 100 ml selama persalinan dan kembali ke kadar sebelum persalinan pada hari pertama paska partum jika tidak ada kehilangan darah yang abnormal.

#### **b. Perubahan Psikologis Kala II**

Pada kala II, ibu mengalami perubahan emosi yang tidak stabil, dan peran anggota keluarga dekat beserta suami sangat penting untuk mendukung ibu agar tidak cemas atau khawatir. Saat melahirkan, beberapa wanita tenang dan bangga dengan kelahiran bayinya, sementara yang lain takut. Perubahan psikologis yang terjadi adalah: panik dan kaget dengan apa yang terjadi saat pembukaan lengkap, bingung dengan apa yang terjadi saat pembukaan lengkap, kesal dan marah, tidak peduli dengan apapun atau siapapun di ruang bersalin, rasa lelah dan sulit mengikuti instruksi, pusat pada dirinya sendiri

Menurut Haward (2004), masalah psikologis saat persalinan adalah kecemasan. Saat melahirkan, ada wanita yang tenang dan bangga dengan kelahiran anaknya, namun ada juga yang takut. Kecemasan adalah gangguan suasana hati yang ditandai dengan ketakutan dan kekhawatiran yang mendalam dan terus-menerus. Ibu yang melahirkan mengalami gangguan dalam penilaiannya terhadap realitas, namun kepribadiannya tetap utuh. Perilaku boleh saja terganggu, namun masih dalam batas normal

Secara fisiologis, tubuh merespon kecemasan dengan mengaktifkan sistem saraf otonom (simpatis dan parasimpatis). Sistem saraf simpatis mengaktifkan proses tubuh, sedangkan sistem saraf parasimpatis menyebabkan tubuh bereaksi. Ketika korteks otak menerima rangsangan, rangsangan dikirim melalui saraf simpatik ke kelenjar adrenal, yang melepaskan adrenal/adrenalin, menghasilkan pernapasan yang lebih dalam, detak jantung meningkat, dan tekanan darah meningkat. Darah dialirkan terutama ke jantung, sistem saraf pusat, dan otak. Saat glikogenolisis meningkat, gula darah meningkat. Secara psikologis, kecemasan mempengaruhi koordinasi atau refleks, kesulitan mendengar atau mengganggu hubungan dengan orang lain. Kecemasan dapat menyebabkan orang menarik diri dan mengurangi keikutsertaan orang lain (Nugraheny, 2013).

#### **4. Asuhan Persalinan Kala II Menyiapkan Pertolongan Persalinan**

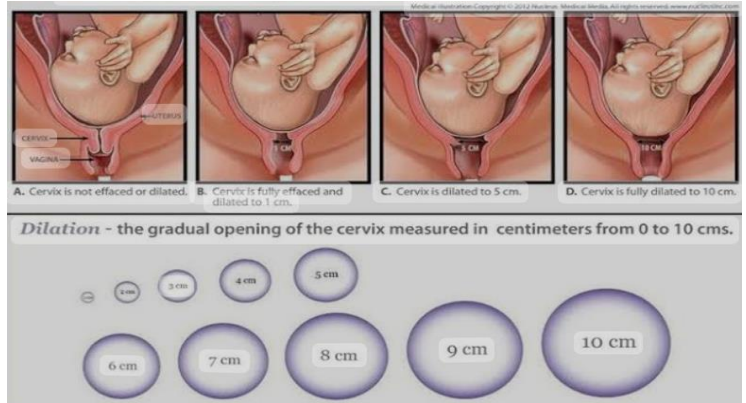
- a. Mendengar dan melihat adanya tanda persalinan kala II
- b. Memastikan perlengkapan, bahan dan obat - obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai kedalam partus set.
- c. Mengenakan baju penutup atau celemek plastic yang bersih
- d. Melepaskan semua perhiasan yang dipakai dibawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabin dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai / pribadi yang bersih.
- e. Memakai satu sarung dengan DTT atau steril untuk

- pemeriksaan dalam
- f. Mengisap oksitosin 10 unit kedalam atbung suntik (dengan memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali di partus set steril tanpa mengkontaminasi tabung suntik.

### **Memastikan Pembukaan Lengkap**

- a. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati - hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air disinfeksi tingkat tinggi. Jika mulut vagina, perineum atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar di dalam larutan dekontaminasi)
- b. Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah dan pembukaan sudah lengkap lakukan amniotomi.
- c. Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya didalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan.
- d. Memeriksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120 - 160 x/menit).

- 1) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal
- 2) Mendokumentasi hasil - hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf.



Gambar 6.1 Penipisan dan Pelebaran Serviks

### Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses pimpinan meneran

- a. Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya.
  - 1) Menunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran. Melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif dan mendekontaminasikan temuan - temuan.

- 2) Menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana mereka dapat mendukung dan memberi semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran.
- b. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (pada saat his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman)
- c. Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai derongan yang kuat untuk meneran :
  - 1) Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
  - 2) Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran
  - 3) Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (tidak meminta ibu berbaring terlentang)
  - 4) Menganjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi
  - 5) Mengajarkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu
  - 6) Menganjurkan asupan cairan per oral
  - 7) Menilai DJJ setiap 5 menit
  - 8) Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum terjadi segera dalam waktu 120 menit meneran untuk primipara atau 60 menit untuk multipara, merujuk segera.
  - 9) Jika ibu tidak mempunyai keinginan untuk meneran, maka : menjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit, menganjurkan ibu untuk muali meneran pada puncak kontraksi - kontraksi tersebut dan beristirahat diantara kontraksi.
- d. Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai (JNPK-KR, 2017).

## **Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi**

- a. Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5 - 6 cm, meletakkan handuk bersih diatas perut untuk mengeringkan bayi.
- b. Meletakkan kain yang bersih dilipat  $\frac{1}{3}$  bagian, dibawah bokong ibu.
- c. Membuka tutup partus set dan memastikan kembali kelengkapan alat
- d. Memakai sarung tangan DTT atau sterill pada kedua tangan

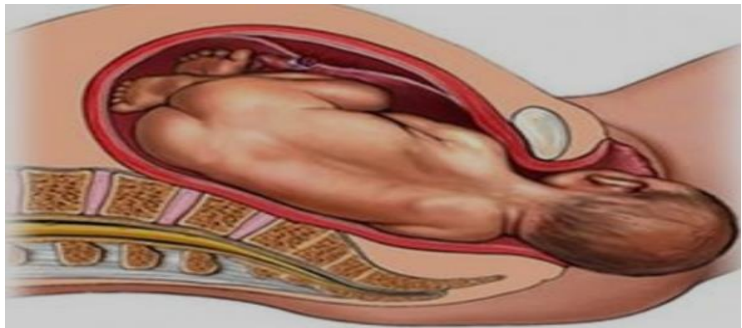
## **Menolong Kelahiran Bayi**

### **Lahirnya kepala**

- a. Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5 - 6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakan tangan yang lain dikepala dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepa keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan - lahan atas bernafas cepat saat kepala lahir. Jika ada meconium dalam cairan ketuban, segera hisap mulut dan hidung setelah kepala lahir menggunakan penghisap lender deelee disinfeksi tingkat tinggi atau steril atau bola karet penhisap yang baru dan bersih.
- b. Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi.



- 1) Jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.
  - 2) Jika tali pusat melilit leher bayi dengan erat, mengklempnya di satu tempat dan memotongnya.
- c. Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan (JNPK-KR, 2017).



Gambar 6.2 Melahirkan Kepala

### Lahir Bahu

- a. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing - masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah keluar hingga bahu anterior muncul dibawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.



Gambar 6.3 Lahirkan Bahu Bayi

### Lahir Badan Tungkai

- a. Setelah kedua bahu dilahirkan , menelusurkan tangan muali kepala bayi yang berada dibagian bawah kearah perineum tangan membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tetangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.
- b. Setelah tubuh dari lengan, menelusurkan tangan yang ada atas (anterior) dari punggung kearah kaki bayi untuk menyangganya saat panggung dari kaki lahir. Memegang kedua kaki bayi dengan hati - hati membantu kelahiran kaki (JNPK-KR, 2017).

### Penanganan bayi baru lahir

- c. Menilai bayi dengan cepat, kemudian meletakkan bayi diatas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi ditempat yang memungkinkan)
- d. Segera mengeringkan bayi, membungkus kepala dan badan bayi kecuali bagian pusat. Ganti handuk atau kain yang kering. Biarkan bayinya berada diatas perut.
- e. Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari umbilicus bayi. Melakukan urutan tali pusat kea rah ibu dan memasang klem diantara kedua 2 cm dari klem pertama.
- f. Memegang tali pusat diatara 2 klem menggunakan tangan kiri, memotong tali pusat diantara kedua klem. Bila bayi tidak bernafas spontan lihat penganan khusus bayi baru lahir.
- g. Menganti pembungkus bayi dengan kain kering dan bersih, membungkus bayi hingga kepala.
- h. Memberikan bayi pada ibu untuk disusui bila ibu menghendaki.
- i. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua (JNPK-KR, 2017).



Gambar 6.4 Penanganan Bayi Baru Lahir

## Asuhan Sayang Ibu Kala II

Asuhan sayang ibu merupakan asuhan yang didasarkan pada prinsip saling menghormati budaya, kepercayaan dan keinginan ibu. Oleh karena itu, sangat penting untuk diperhatikan saat ibu akan melahirkan. Kala II adalah kala dimana dimulai dari pembukaan lengkap serviks sampai keluarnya bayi. Asuhan yang dapat dilakukan pada ibu bersalin adalah :

- a. Pendampingan ibu selama proses persalinan sampai kelahiran bayinya oleh suami dan anggota keluarga yang lain.
- b. Keterlibatan anggota keluarga dalam memberikan asuhan antara lain:
  - 1) Membantu ibu untuk berganti posisi.
  - 2) Melakukan rangsangan taktil.
  - 3) Memberikan makanandan minuman.
  - 4) Menjadi teman bicara/pendengar yang baik.
  - 5) Memberikan dukungan dan semangat selama persalinan sampai kelahiran bayinya.
- c. Keterlibatan penolong persalinan selama proses persalinan & kelahiran dengan:
  - 1) Memberikan dukungan dan semangat kepada ibu dan keluarga.
  - 2) Menjelaskan tahapan dan kemajuan persalinan.
  - 3) Melakukan pendampingan selama proses persalinan dan kelahiran.
- d. Membuat hati ibu merasa tenteram selama kala II persalinan dengan cara memberikan bimbingan dan menawarkan bantuan kepada ibu.
- e. Menganjurkan ibu meneran bila ada dorongan kuat dan spontan untuk meneran dengan cara memberikan

- kesempatan istirahat sewaktu tidak ada his.
- f. Mencukupi asupan makan dan minum selama kala II.
  - g. Memberika rasa aman dan nyaman dengan cara:
    - 1) Mengurangi perasaan tegang.
    - 2) Membantu kelancaran proses persalinan dan kelahiran bayi.
    - 3) Memberikan penjelasan tentang cara dan tujuan setiap tindakan penolong.
    - 4) Menjawab pertanyaan ibu.
    - 5) Menjelaskan apa yang dialami ibu dan bayinya.
    - 6) Memberitahu hasil pemeriksaan.
  - h. Pencegahan infeksi pada kala II dengan membersihkan vulva dan perineum ibu.
  - i. Membantu ibu mengosongkan kandung kemih secara spontan.



Gambar 6.5 Persalinan Ditolong Tenaga Kesehatan dan Kehadiran Pendampingan Persalinan'

### C. Rangkuman

Kala II persalinan dimulai ketika dilatasi serviks sudah lengkap dan berakhir ketika janin sudah lahir, kala II persalinan

ini disebut juga stadium ekspulsi janin. Proses fisiologis kala II persalinan diartikan sebagai serangkaian peristiwa yang terjadi sepanjang periode tersebut dan di akhiri dengan lahirnya bayi secara normal. Gejala dan tanda kala II merupakan mekanisme alamiah bagi ibu dan penolong persalinan bahwa proses pengeluaran bayi sudah dimulai. Pemberian asuhan sayang ibu diberikan pada kala II dengan memberikan keleluasaan pemilihan posisi untuk mengurangi rasa ketidaknyamanannya pada proses persalinan. Asuhan sayang ibu merupakan asuhan yang didasarkan pada prinsip saling menghormati budaya, kepercayaan dan keinginan ibu. Oleh karena itu, sangat penting untuk diperhatikan saat ibu akan melahirkan seperti pendampingan ibu selama proses persalinan sampai kelahiran bayinya oleh suami dan anggota keluarga yang lain serta keterlibatan penolong persalinan selama proses persalinan & kelahiran dengan memberikan dukungan dan semangat kepada ibu dan keluarga. Membuat hati ibu merasa tenteram selama kala II persalinan dengan cara memberikan bimbingan dan menawarkan bantuan kepada ibu dan mencukupi asupan makan dan minum ibu selama kala II.

#### **D. Tugas**

1. Sebutkan pengertian persalinan kala II?
2. Sebutkan tanda-tanda persalinan kala II?
3. Jelaskan perubahan fisiologi dan perubahan psikologi ibu pada kala II?
4. Jelaskan asuhan persalinan kala II?
5. Jelaskan asuhan sayang ibu pada kala II?

## E. Referensi APA syle

Mochtar, R. Sinopsis Obstetri. Jakarta: Buku Kedokteran EGC, Jakarta, 2012.

Prawirohardjo, S. Ilmu Kebidanan. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta, 2010.

JNPK-KR. 2012. Buku Acuan Asuhan Persalinan Normal. Jakarta : Jaringan Nasional Latihan Klinik

Cashion, Perry, L. (2013). *Keperawatan Maternitas* (Edisi 8). Elsevier Morby.

Holmes, D. & B. (2011). *Buku Ajar Ilmu Kebidanan*. EGC.

JNPK-KR. (2017). *Asuhan Persalinan Normal & Inisiasi Menyusui Dini*. Depkes RI.

Mander, R. (2012). *Nyeri Persalinan*. Buku Kedokteran EGC.

Mochtar, R. (2012). *Pendidikan Kebidanan* (5th ed.). Pustaka Pelajar.

Nugraheny, S. dan. (2013). *Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin*. Salemba Medika.

Prawirohardjo, S. (2010). *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. : PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Saifuddin. (2009). *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. YBP-SP.

Widyastuti. (2010). *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin*. Fitramaya.





## **BAB VII DETEKSI TANDA BAHAYA PADA KALA II PERSALINAN DAN CARA MENGATASINYA**

(Antonetha Rosni H. ,SST., M.Kes)

### **A. Tujuan Pembelajaran:**

Mampu mengenal dan melaksanakan deteksi tanda bahaya pada kala II persalinan dan cara mengatasinya meliputi; temuan normal dan abnormal dari partograf, persalinan dengan bahu macet atau dystocia bahu, persalinan letak muka, persalinan sungsang dan persalinan gemelli atau kembar.

### **B. Materi**

#### **1. Temuan Normal dan Abnormal dari Partograf**

Partograf digunakan untuk mengidentifikasi dini adanya distosia persalinan, yaitu persalinan lama, sulit atau abnormal yang timbul akibat berbagai kondisi yang berhubungan dengan lima faktor persalinan (setiap keadaan berikut dapat menyebabkan distosia. (Gita Kostania, 2014).

Catatan hasil pemeriksaan meliputi kesejahteraan janin (DJJ, air ketuban, penyusupan kepala), dan kesejahteraan ibu atau kemajuan persalinan (pembukaan serviks, penurunan kepala, kontraks/his, nadi, tekanan darah, suhu dan pemeriksaan urine).

a. Temuan Normal dari Partograf.

Temuan normal berdasarkan parameter penilaian kemajuan persalinan dalam partograf adalah sebagai berikut:

**Tabel 7.1.**  
**Temuan normal dari partograf.**

Parameter	Temuan normal	Tanda
DJJ	Kisaran normal 120-160x/menit	
Ketuban	Selaput masih Utuh Selaput pecah, air ketuban Jernih	U J
Molase	Tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura mudah dipalpsi. Tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan	0 1
Pembukaan serviks	Fase laten (pembukaan 1-4 cm) berlangsung sekitar 8-12 jam, Fase aktif (pembukaan 5-10 cm) berlangsung sekitar 3-5 jam.	X
Penurunan kepala janin	2/5 = jika hanya 2 dari 5 jari bagian kepala janin teraba di atas simfisis pubis. Berarti hampir seluruh kepala telah turun ke dalam saluran panggul (bulatnya kepala tidak dapat diraba dan kepala janin tidak dapat digerakkan).	0

	<p>3/5 = jika hanya 3 dari 5 jari bagian kepala janin teraba diatas simfisi pubis.</p> <p>4/5 = jika sebagian besar kepala janin berada di atas simfisis pubis.</p> <p>5/5 = jika keseluruhan kepala janin dapat diraba di atas simfisis pubis.</p>	
Kontraksi uterus (dalam 10 menit)	Kontraksi uterus terjadi 3-4 kali dalam 10 menit, selama 40-60 detik dengan interval 2-3 menit.	
Nadi	80 x/menit	
Tekanan darah	120/90 mmHg	
Urine	Jumlah urine normal 1500-1600 ml/24 jam	

b. Temuan Abnormal dari Partograf.

GARIS WASPADA (Alert) dan GARIS TINDAKAN (Action) merupakan rambu-rambu yang tertera pada lembar partograf. Garis waspada dimulai pada pembukaan serviks 4 cm atau fase aktif persalinan. Pencatatan selama fase aktif dimulai digaris waspada dan berakhir pada titik dimana pembukaan 1 cm perjam. Jika pembukaan mengarah ke sebelah kanan garis waspada (pembukaan kurang dari 1 cm/jam) maka harus dipertimbangkan adanya penyulit persalinan. Pertimbangkan untuk rujukan ke faskes primer atau akhiri persalinan di FKRTL Garis tindakan tertera sejajar garis waspada jika pembukaan serviks berada disebelah

kanan garis tindakan, maka persalinan harus segera diakhiri. (Gita Kostania, 2014).

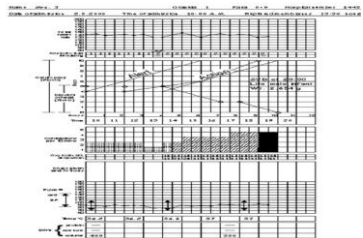
Persalinan abnormal atau persalinan yang panjang dapat disebabkan oleh berbagai kondisi antara lain yang berhubungan dengan lima faktor persalinan (setiap keadaan berikut dapat menyebabkan distosia) :

- 1) Persalinan disfungsi
- 2) Perubahan struktur pelvis dan atau jalan lahir (*passage*).
- 3) Sebab-sebab pada janin
- 4) Indikator lain pada partograf ditunjukkan dengan DJJ <110 atau >160 kali per menit.
- 5) Posisi ibu selama persalinan dan melahirkan.
- 6) Respon psikologis ibu terhadap persalinan.

#### c. Persalinan Disfungsi

Persalinan disfungsi dapat disebabkan oleh karena kontraksi uterus yang tidak normal sehingga memperlambat kemajuan pembukaan serviks normal, kemajuan pendataran serviks dan kemajuan penurunan kepala. Pada kala dua, “persalinan disfungsi” yaitu kontraksi uterus tidak adekuat sehingga upaya mengejan tidak mampu untuk mendorong janin keluar rahim. Upaya mengejan menjadi lebih berat dapat disebabkan oleh: penggunaan analgesik dalam jumlah besar, pemberian anastesi, ibu kelelahan, hidrasi yang tidak adekuat, dan posisi ibu. Dibawah ini potret dari partograf pada persalinan disfungsi dengan tindakan pemberian oxytocin untuk memperbaiki kontraksi uterus. . (Saefuddin, A.B. 2000)

- Partograf yang memperlihatkan kontraksi uterin yang kurang memadai dengan dikoreksi dengan pemberian oxytocin



**Gambar 7.1. Partograf pada persalinan disfungsional**

- d. Faktor Jalan Lahir dan Perubahan Struktur Pelvis (*passage*).

Kemacetan atau distosia karena kelainan jalan lahir (*passage*) terutama tulang panggul atau pelvis, dapat menyebabkan kontraktur diameter pelvis yang mengurangi kapasitas tulang pelvis (pintu atas panggul, pintu tengah panggul, pintu bawah panggul, dan atau setiap kombinasi tulang-tulang tersebut). Kelainan karena pelvis mengakibatkan kala dua menjadi lebih lama oleh karena kelainan anatomi dan ketidaksesuaian ukuran pelvis dan janin, dapat mengakibatkan kelainan presentasi, dan menghambat penurunan janin.

- e. Sebab-Sebab pada Janin

Komplikasi yang berhubungan dengan distosia berasal dari janin antara lain: risiko asfiksia neonatal, cedera atau fraktur kepala dan tulang janin, perlukaan jalan lahir, perdarahan pada ibu. Faktor janin yang mengalami kelainan, dapat dilahirkan per vaginam,

namun beresiko kelahiran dengan tindakan atau alat (forcep rendah dan ekstraksi vacuum) dan operasi sesaria meningkat.

Faktor lain dari janin adalah ketika ditemukan indikasi pada partograf ditunjukkan dengan denyut jantung janin (DJJ) <110 atau >120 kali per menit, setelah diberikan upaya memperbaiki kondisi janin dengan pemberian oxygen, merubah posisi ibu, rehidrasi namun tidak menunjukkan indicator normal maka persalinan harus diakhiri dengan tindakan untuk penyelamatan janin. (JNPK. 2002)

#### f. Posisi Ibu

Posisi ibu dapat mempengaruhi kontraksi uterus, pengaturan posisi saat persalinan dapat memberi keuntungan maupun kerugian mekanis terhadap mekanisme persalinan atau kelahiran janin dengan mengubah efek gravitasi dan hubungan antara bagian-bagian tubuh yang penting

Hubungan fungsional antara kontraksi uterus, janin, dan panggul ibu berubah akibat posisi ibu. Terhambatnya gerakan maternal atau ibu termasuk pembatasan posisi saat kala dua persalinan terhadap posisi dorsal recumbent dan litotomi, dapat juga menghambat kelancaran proses kelahiran, meningkatkan kemacetan persalinan dan meningkatkan risiko pertolongan persalinan dengan tindakan forcep rendah dan ekstraksi vacuum serta tindakan operasi sesaria.

## g. Respon Psikologi

Psikologi ibu sangat rentan mengalami stress terutama pada tahap kala dua persalinan disebabkan kesakitan, cemas, takut dan gelisah, sehingga mempengaruhi pelepasan hormone yang berhubungan dengan stress meningkat ( *$\beta$ -endorfin, hormone adrenokortikotropik/ACTH, kortisol dan epinefrin*), menyebabkan distosia pada kala dua meningkat. Sumber stress dapat bervariasi pada setiap individu, namun faktor yang paling berpengaruh terhadap kejadian distosia atau memanjangnya kala dua adalah nyeri serta tidak adanya dukungan.

Posisi berbaring dan pembatasan gerak ibu dapat menambah stress psikologis yang berpotensi menambah stress fisiologis akibat kurangnya pergerakan terutama pada ibu bersalin yang tidak mendapat pengobatan. (Saefuddin, A.B. 2000)

## 2. Persalinan Bahu Macet atau *Dystocia* Bahu

### a. Pengertian

Kemacetan bahu atau dystocia adalah kondisi dimana lahirnya kepala janin dengan bahu depan (anterior) macet atau kedua bahu janin tidak bisa melewati tulang promontorium. *The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* tahun 2005 : Insiden keseluruhan adalah 2-3% dari kelahiran dengan; 48% kasus terjadi pada bayi berat badan normal, 0,3% pada bayi dengan berat 2500-4000gram, 5-7% pada bayi dengan berat 4000-4500 gram. *American College of Obstetrician and Gynecologist* (2002) menyatakan bahwa

angka kejadian distosia bahu bervariasi antara 0.6-1.4% dari persalinan normal. (Sarwono, 2014)

Distocia bahu merupakan kegawatdaruratan obstetric sehingga dibutuhkan tindakan segera, ketrampilan dan kemampuan teknik persalinan yang tepat untuk menghindari morbiditas dan mortalitas perinatal, persalinan macet terjadi ketika bahu depan terjepit oleh simphisis pubis atau bahu belakang terjepit oleh tulang sacral promotorium sehingga terjadi kegagalan kelahiran bahu. Persalinan letak kepala umumnya diikuti persalinan bahu dalam waktu 24 detik, sedangkan pada persalinan bahu lebih dari 60 detik dianggap sebagai dystocia bahu.

#### b. Penyebab

Penyebab utama distosia bahu adalah ukuran bahu bayi yang lebih besar daripada ukuran panggul ibu (cephalopelvic disproportion), diameter panggul ibu kecil, atau janin berada pada posisi yang salah (malpresentasi) ketika memasuki jalan lahir.

*The American College of Obstetrician and Gynecologist* (1997,2000) meninjau penelitian-penelitian yang diklasifikasikan menurut metode evidence-based yang dikeluarkan oleh *the United States Preventive Service Task Force*, menyimpulkan bahwa:

- 1) Sebagian besar kasus distosia bahu tidak dapat diramalkan atau dicegah karena tidak ada metode yang akurat untuk mengidentifikasi janin mana yang akan mengalami komplikasi ini.
- 2) Pengukuran ultrasonic untuk memperkirakan makrosomia memiliki akurasi yang terbatas.



- 3) Seksio sesarea elektif yang didasarkan atas kecurigaan makrosomia bukan merupakan strategi yang beralasan.
- 4) Seksio sesarea elektif dapat dibenarkan pada wanita non-diabetik dengan perkiraan berat janin lebih dari 5000 gram atau wanita diabetik yang berat lahirnya diperkirakan melebihi 4500 gram.  
[\(<http://info.gexcess.com/id/Askeb>\)](http://info.gexcess.com/id/Askeb)

c. Faktor Resiko *Dystocia* Bahu

- 1) Usia ibu hamil lebih dari 35 tahun
- 2) Ukuran janin besar (makrosomia)
- 3) Bentuk tulang panggul ibu tidak normal akibat kelainan bawaan atau kelainan ukuran panggul
- 4) Tinggi badan ibu hamil <135 cm
- 5) Ibu hamil menderita obesitas atau diabetes
- 6) Riwayat distocia bahu pada persalinan sebelumnya
- 7) Kehamilan post-term atau umur kehamilan >42 minggu
- 8) Kehamilan kembar
- 9) Persalinan induksi (Sarwono, 2014)

d. Diagnosis *Distocia* Bahu

Mendiagnosis *dystocia* bahu jika pada persalinan mengalami kondisi dibawah ini:

- 1) Kepala janin dapat dilahirkan tetapi tetap berada di dekat vulva dan tidak dapat mengalami putar paksi luar yang normal.
- 2) Daggu tertarik kedalam dan menekan perinium.
- 3) Tarikan pada kepala gagal melahirkan bahu yang terperangkap dibelakang simphisis pubis.

e. Penatalaksanaan dan Penanganan Dystocia Bahu

**Penatalaksanaan**

1) Pendekatan Standar (*HELPERR*)

*H=Call for help*

*E=Evaluate for epidiotomy*

*L=legs into McRobert position*

*P=Pressure (suprapubic)*

*E=Enter the vagina*

*R=Remove te posterior arm*

*R=Roll the patient unto hands and knees*

f. Manajemen dystocia bahu (*ALARM*)

*Ask for help*

*Lift-the buttocks -the lags*

*Anterior disimpaction of shoulder (suprapubic pressure. Rotate to oblique)*

*Rotation of the posterior shoulder ( woods”maneuver, Robin+wood/cockscrew)*

*Manual removal of posterior arm (schwartz)*

*Episiotomy (consider)*

*Roll over (onto 2-4 or knee chest/Gaskin).*

<http://www.spinningbabies>)

**Penanganan Distocia Bahu.**

Hernandez dan Wendell (1990) menyarankan untuk melakukan serangkaian tindakan emergensi berikut ini pada kasus distosia bahu, diantaranya:

g. Minta bantuan asisten anaesthesi dan ahli anaesthesi

1) Kosongkan vesica urinaria bila penuh.

2) Atur posisi ibu atau geser posisi ibu hingga bokong berada dipinggir tempat tidur agar memudahkan traksi curam kebawah kepala janin

3) Pakai sarung tangan DTT atau steril

4) Lakukan episiotomy mediolateral luas.

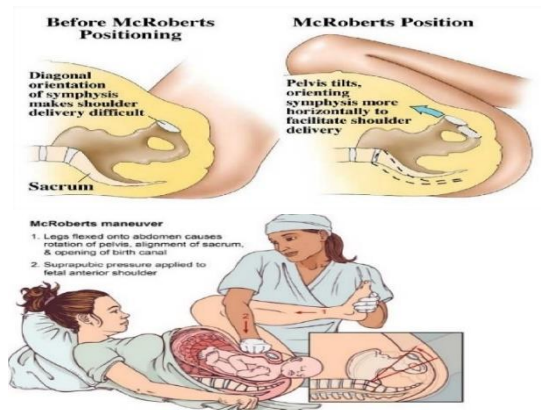
<http://www.spinningbabies>)

5) Lakukan Manuver *McRoberts* dengan bantuan 2 asisten

Dengan posisi berbaring minta ibu menarik kedua lutut sejauh mungkin kearah dada dibantu asisten atau keluarga.

Tekan kepala janin secara mantap dan terus-menerus kearah bawah untuk menggerakkan bahu anterior dibawah symphysis pubis. Hindari tekanan yang berlebihan, dan jangan menekan fundus uterus

Secara bersamaan minta salah satu asisten untuk memberikan sedikit tekanan supra pubis ke arah bawah dengan lembut. (Sarwono, 2014)



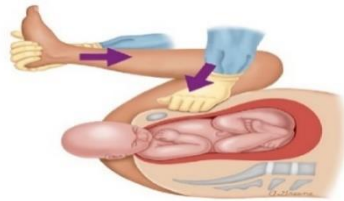
Gambar7. 2. Manuver *McRobert*

6) Lakukan *Anterior disimpaction* penekanan *Suprapubic* oleh asisten. (Manuver Massanti)

- a) Lakukan fleksi maksimal pada sendi paha dan sendi lutut kedua tungkai ibu

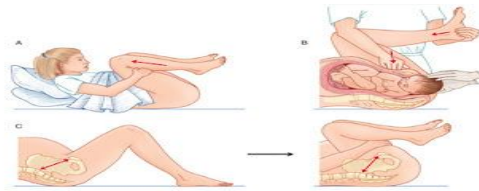
*sedemikian rupa sehingga lutut hampir menempel pada bahu. Penolong persalinan menahan kepala janin dan pada saat yang sama seorang asisten memberikan tekanan diatas simfisis.*

- b) Tekan kepala bayi secara mantp dan terus menerus kearah bawah (kearah anus ibu) untuk menggerakkan bahu anterior di bawah simfisis pubis



Gambar 7.3. Teknik penekanan suprapubis

- c) Tekanan suprapubic ini dimaksudkan untuk membebaskan bahu depan dari tepi bawah simpisis pubis
- d) Ibu diminta untuk meneran sekuat tenaga saat penolong persalinan berusaha untuk melahirkan bahu.
- e) Meminta seorang asisten untuk melakukan tekanan secara simultan kearah bawah pada daerah suprapubis untuk membantu persalinan bahu.
- f) Tekanan ringan pada suprapubis dilakukan tekanan ringan pada daerah suprapubic dan secara bersamaan dilakukan traksi curam bawah pada kepala janin. (tidak boleh menekan fundus)

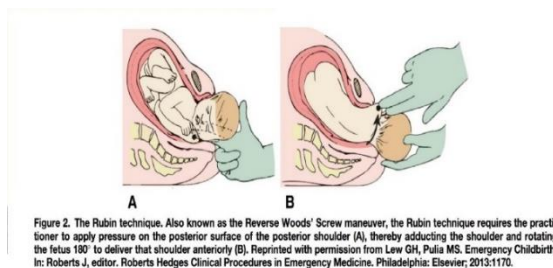


Gambar 7.4. Manuver Massanti

## 7) Manuver Rubin

Terdiri dari 2 langkah

- a) Memutar bahu janin dari satu sisi ke sisi lain dengan melakukan tekanan pada abdomen ibu, bila tidak berhasil maka dilakukan langkah berikutnya yaitu
- b) Tangan penolong mencari bahu janin yang paling mudah untuk dijangkau dan kemudian ditekan kedepan kearah dada janin. Tindakan ini untuk melakukan abduksi kedua bahu janin sehingga diameter bahu mengecil dan melepaskan bahu depan dari simfisis pubis



Gambar 7.5. Manuver Rubin

- c) Diameter bahu terlihat antara kedua tanda panah

- d) Bahu janin yang paling mudah dijangkau didorong kearah dada janin sehingga diameter bahu mengecil dan membebaskan bahu anterior yang terjepit. (<http://www.spinningbabies>).

8) Manuver Corkscrew Woods

- a) Rotation of posterior shoulder-*langkah 1 dengan melakukan rotasi bahu posterior 180 derajat secara “crock screw” (penekanan bahu belakang) maka bahu anterior yang terjepit pada simfisis pubis akan terbebas.*



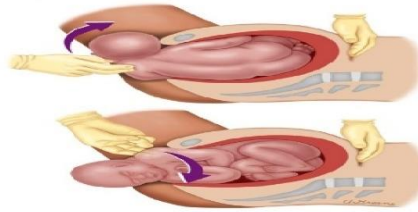
Gambar 7.6 *Rotation of posterior shoulder-langkah*

1

- b) **Rotation of posterior shoulder-langkah 2** Melakukan penekanan pada bahu depan (anterior) kemudian diputar 180 derajat sehingga bahu anterior terbebas dari tepi bawah simfisis pubis kemudian melahirkan bahu belakang.
- c) **Rotation of posterior shoulder-langkah 3**, Bisa diulang bila proses persalinan tidak tercapai pada langkah 1 dan 2.

Bila prosedur ini dapat diselesaikan dalam waktu kurang dari 5 menit maka diperkirakan tidak akan terjadi cedera pada otak anak. Komplikasi yang mungkin terjadi adalah fraktura *klavikula-fraktura humerus-Erb's* paralysis (paralisa pleksus *brachialis*).

Jangan buang-buang waktu dengan melakukan manuver yang tidak efektif.



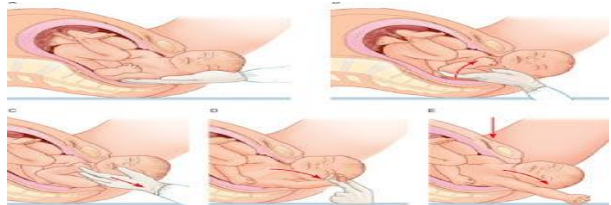
Gambar 7.7. *Rotation of posterior shoulder*-langkah 3

- d) **Manual removal of posterior arm**-langkah 4, Bila bahu belum berhasil dilahirkan, penolong atau operator memasukkan tangan ke dalam vagina menyusuri *humerus posterior* janin dan kemudian melakukan fleksi pada siku.

Menekan fossa antercubital (atas didepan dada) untuk mempertahankan posisi fleksi tangan

Usap tangan sepanjang dada, raih lengan depan atau jari-jari tangan untuk dikeluarkan

Tangan janin dicekap dan lengan diluruskan melalui wajah janin, Lengan posterior dilahirkan. (<http://www.spinningbabies>).

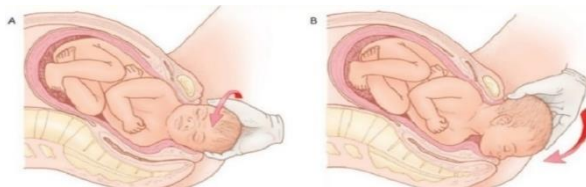


Gambar 7.8. *Manual removal of posterior arm*-langkah 4

9) **Lakukan Manuver zavanelli**

- a) Mengembalikan kepala ke dalam jalan lahir dan anak dilahirkan melalui SC.

- b) Memutar kepala anak menjadi occiput anterior atau posterior sesuai dengan putar paksi luar (PPL) yang sudah terjadi.
- c) Membuat kepala anak menjadi fleksi dan secara perlahan mendorong kepala kedalam vagina.



Gambar 7.9. Manuver Zavanelli

### 3. Persalinan dengan Presentasi Muka

#### a. Pengertian

Presentasi muka terjadi bila sikap atau kepala janin ekstensi maksimal sehingga oksiput kearah punggung janin dan dagu menjadi bagian terendah atau presentasinya. Faktor predisposisi pada kejadian presentasi dahi adalah malformasi janin (0,9%), berat badan lahir <1500 gr (0,71%), Polihidramnion (0,63%), postmaturitas (0,18%) dan multiparitas (0,16%). Janin dengan presentasi muka masih dapat dilahirkan vaginal apabila posisi dagunya di depan atau anterior. (Sarwono, 2014)

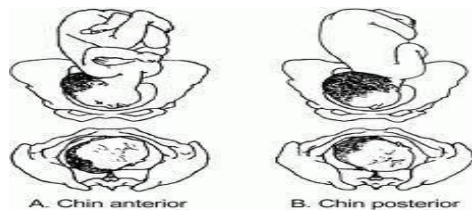
#### b. Etiologi

- 1) Janin besar
- 2) Panggul sempit
- 3) Multiparitas&perut menggantung
- 4) Kelainan bentuk janin (ansefal, tumor dsb)
- 5) IUFD tidak ada tonus otot pada janin. (JNPK. 2002)



#### 4. Diagnosis

Presentasi muka ditegakkan bila pada pemeriksaan dalam (VT) teraba mulut, hidung, tepi orbita dan dagu. Pada presentasi muka bagian terendah teraba dagu. Palpasi abdomen dapat teraba tonjolan kepala janin didekat punggung janin. Saat persalinan muka menjadi edema sehingga dapat keliru sebagai presentasi bokong, banyak kasus presentasi muka tidak terdiagnosis sebelum kala II.



Gambar 7.10. Presentasi Muka

A. Posisi dagu anterior B. Posisi dagu posterior

#### 5. Penanganan

Posisi dagu anterior merupakan syarat yang harus terpenuhi dalam merencanakan persalinan per vaginam atau normal. Apabila dagu masih berada di depan pada pembukaan lengkap, maka mekanisme persalinan dilanjutkan dengan persalinan spontan. SC dilakukan bila pada pembukaan lengkap posisi dagu masih pada posterior dan didapatkan tanda-tanda disproporsi atau indikasi obstetrik lainnya.

Pemberian oksitosin hanya diperkenankan pada posisi dagu di depan dan tidak ada tanda-tanda disproporsi. Melakukan perubahan posisi dagu secara manual kearah anterior atau mengubah presentasi muka menjadi presentasi belakang kepala sebaiknya tidak dilakukan karena dapat beresiko. Pada

presentasi muka tidak diperkenankan dilakukan ekstraksi vakum. (JNPK. 2002)

#### Penatalaksanaan

- a. Periksa untuk memastikan tidak ada kelainan pada panggul
- b. Observasi detak jantung janin dilakukan dengan monitor eksternal
- c. Dapat dicoba prasat *Schart* untuk memperbaiki letak deflaksi
  - 1) Kepala janin dimobilisasi dan diletakkan pada fossa iliaca pada punggung bayi
  - 2) Penolong berdiri pada bagian perut janin, satu tangan menarik bokong sedangkan satu tangan dikepalkan dan menolak dada anak
  - 3) Sesudah lordose berkurang maka tangan yang tadinya memolak dada memegang daerah belakang kepala dan mendekatkannya dengan bokong
  - 4) Dalam persalinan asal tidak ada kelainan panggul, terapi bersifat konservatif mengingat bahwa letak muka dan lahir spontan
  - 5) Jika dagu terdapat sebelah belakang masih ada kemungkinan bahwa dagu memutar ke depan dan persalinan berlangsung spontan
  - 6) Jika ada indikasi untuk menyelesaikan persalinan maka forcep hanya dieprgunakan jika kepala sudah sampai di hodge IV dan dagu terdapat disebelah depan.

Jika syarat-syarat ini tidak terpenuhi sebaiknya dilakukan SC. (Prowirohardjo, 2014)

## 6. Persalinan dengan Presentasi Bokong atau Sungsang

Presentasi bokong atau sungsang merupakan kelainan letak janin. Beberapa tipe letak sungsang antara lain frank breech (50-70%), complete breech (5-10%), footing (10-30%). Kematian perinatal yang disebabkan karena persalinan presentasi bokong sebesar 4-5 kali dibanding presentasi kepala. (Prowirohardjo, 2014)



Gambar 7.11. Presentasi Bokong

## 7. Pengertian

Presentasi bokong dimana letak janin memanjang, kepala berada di fundus uteri, sedangkan bokong, kaki, atau kombinasi merupakan bagian terbawah dan berada di daerah pintu atas panggul atau simfisis (Manuaba 1998).

## 8. Bentuk-bentuk letak sungsang (Manuaba, 1998)

Berdasarkan komposisi dari bokong, kaki atau kombinasi dapat ditentukan bentuk letak sungsang sebagai berikut:

### a. Letak Bokong murni

1) *Teraba bokong.*

2) *Tungkai terletak sepanjang badan.*

- 3) *Fleksi pada pinggul dan ekstensi pada lutut. Kejadian pada aterm sebesar 2.25%.*
  - 4) Letak bokong kaki
    - a) *Teraba bokong, kaki terletak dekat bokong.*
    - b) *Fleksi tungkai pada pinggul dan pada kaki.*
    - c) *Kejadian pada aterm sebesar 0.75%.*
  - 5) Letak bokong tak sempurna
    - a) *Teraba bokong.*
    - b) *Satu atau kedua tungkai ekstensi pada pinggul.*
    - c) *. Lutut terletak dibawah bokong.*
  - 6) Letak Kaki
    - a) *Bila bagian terendah teraba salah satu dan atau kedua kaki atau lutut.*
    - b) *Dapat dibedakan letak kaki bila kaki terendah, atau letak bila lutut terendah. (Prawirohardjo Sarwono, 2014)*
- c. Penyebab
- 1) Faktor ibu
  - 2) Keadaan rahim: mioma uteri, rahim arkuatus, septum pada rahim, uterus dupleks
  - 3) Keadaan placenta: placenta letak rendah, placenta previa

- 4) Keadaan jalan lahir: kesempitan panggul, deformitas tulang panggul. Tumor jalan lahir, jalan lahir.
- 5) Faktor janin
  - a) Tali pusat pendek atau lilitan talipusat.
  - b) Hedrosefalus atau ansefalus.
  - c) Kehamilan kembar.
  - d) Hidroamnion atau aligohidromnion.
  - e) Prematuritas (Prawirohardjo, 2014)
- d. Gejala Klinik
 

Tanda dan Gejala

  - 1) *Keluhan selama kehamilan terasa lebih berat*
  - 2) *Tanda-tanda yang sering terlihat antara lain*
  - 3) Ukuran uterus lebih besar dari usia kehamilan.
  - 4) Kenaikan berat badan ibu berlebihan
  - 5) Polihidramnion
  - 6) Riwayat ART
  - 7) Palpasi teraba banyak bagian kecil janin
  - 8) Denyut jantung terdengar di dua tempat atau terdengar 2 denyut jantung janin (DJJ)
  - 9) Pemeriksaan vaginal bagian terendah masih tinggi, tidak teraba kepala yang mengeras, teraba lunak, kadang teraba kaki.
  - 10) Pemeriksaan sinar x berguna untuk menegakkan diagnosa dan menunjukkan posisi janin, serta kelainan-kelainan lainnya. ((Manuaba 1998).

## 9. Teknik Persalinan dengan Presentasi Bokong

Beberapa teknik persalinan sungsang antara lain: teknik spontan pervaginam (spontan Bracht), teknik muller jika bahu tidak bisa dilahirkan, teknik ekstraksi parsial

(manual aid), teknik lovset, Teknik klasik, pada letak kaki Teknik ekstraksi bokong dan kaki.

a. Teknik Pertolongan Sungsang dengan Spontan *Bracht*  
Pada Persalinan secara Bracht ada 3 tahap:

- 1) Fase lambat (bokong lahir sampai umbilikus/scapula anterior).
- 2) Fase cepat (dari umbilicus sampai mulut/scapula anterior).
- 3) Fase lambat (dari mulut/ hidung sampai seluruh kepala lahir).

Teknik pertolongan dengan spontan *Bracht*

- 1) Lakukan pemeriksaan dalam dan pastikan pembukaan sudah lengkap. instruksi pasien agar meneran dengan teknik yang benar.
- 2) Biarkan persalinan berlangsung dengan sendirinya (tanpa intervensi) hingga bokong membuka vulva.
- 3) Lakukan episiotomi mediolateral secukupnya. Biarkan bokong lahir hingga nampak tulang scapula dan longgarkan tali pusat, dengan lembut dan menggunakan kain basah pegang bokong janin sedemikian rupa, kedua ibu jari penolong berada pada bagian pangkal paha dan empat jari pada bokong janin.
- 4) Saat ada his, tanpa melakukan tarikan, angkatlah kaki, bokong dan badan janin kemudian lakukan gerakan hiperlordosis dan mengarahkan punggung janin ke perut hingga berturut-turut lahir perut, dada, bahu dan lengan, dagu, mulut dan seluruh kepala.
- 5) Saat melahirkan kepala meminta asisten melakukan tekanan suprasymphis searah jalan lahir dengan tujuan mempertahankan posisi fleksi kepala janin. (Varney, Hellen. 1997)



Gambar 7.12. Teknik Spontan Bracht

b. Persalinan dengan Teknik *Muller*

Melahirkan bahu dan tangan secara muller dilakukan jika dengan *bracht* bahu dan tangan tidak bisa dilahirkan.

Teknik pertolongan persalinan bahu dengan *Muller*.

- 1) Bokong dipegang secara femuro pelvic.
- 2) Dengan cara traksi curam kebawah tubuh janin sampai bahu depan, dibawah arcus pubis dan selanjutnya lengan depan dilahirkan dengan mengait lengan depan bagian bawah.
- 3) Setelah bahu dan lengan depan lahir, kemudian kaki dicekap dengan tangan kanan dan dilakukan elevasi serta traksi keatas, traksi dan elevasi sampai bahu belakang lahir dengan sendirinya, bila tidak dapat lahir dengan sendirinya, kait dan lahirkan lengan belakang janin.

(<http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/07>)

Bila lengan yang menunjuk adalah lengan posterior (belakang).

- 1) Tubuh janin dicekap sedemikian rupa sehingga kedua ibu jari penolong berada dipunggung janin sejajar dengan sumbu tubuh janin dan jari-jari lain berada didepan dada
- 2) Badan janin diputar 180<sup>0</sup> searah dengan menunjuk lengan yang dibelakang leher, sehingga lengan tersebut akan berada didepan dada (lengan depan).

- 3) Selanjutnya lengan depan dilahirkan dengan teknik persalinan bahu cara klasik, lengan kiri menunjuk kekanan, tubuh janin diputar searah dengan lengan kanan, kemudian menurunkan lengan anak. Bila lengan yang menunjuk lengan anterior maka penanganan dilakukan dengan cara yang sama, perbedaan pada cara memegang tubuh janin dimana kedua ibu jari penolong berada didepan dada sementara jari-jari lain dipunggung janin.

Melahirkan lengan yang menjungkit atau lengan anak lurus dikepala janin, keadaan ini menjadi sulit untuk persalinan pervaginam. Cara terbaik adalah melahirkan lengan anak dengan cara lovset. (<http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/07>)

c. Teknik Pertolongan Sungsang dengan Esktraksi Parsial (Manual Aid)

Pada teknik ekstraksi parsial atau melahirkan bahu dan lengan terdiri dari 3 tahapan yakni Bokong sampai umbilicus lahir secara spontan (pada frank breach), persalinan bahu dengan lengan dibantu oleh penolong dan persalinan kepala dibantu oleh penolong.

Berikut Langkah-langkah pertolongan bokong dengan teknik ekstraksi parsial atau manual aid:

- 1) Panggul janin dipegang sedemikian rupa sehingga ibu jari penolong berdampingan pada os sacrum dengan kedua jari telunjuk pada krista iliaka anterior superior: ibu jari pada sakrum sedangkan jari-jari yang lain berada didepan pangkal paha.
- 2) Setelah bokong dipegang lakukan traksi curam ke bawah sampai menemui rintangan jalan lahir.
- 3) Selanjutnya lahirkan bahu dengan menggunakan Teknik lovset atau klasik atau muller. (Prawirohardjo Sarwono, 2014)

d. Melahirkan Bahu Dengan Teknik Lovset.



Prinsip pada teknik lovset adalah memutar badan janin setengah lingkaran  $180^{\circ}$  searah berlawanan dengan jarum jam sambil melakukan traksi curam kebawah sehingga bahu semula berada dibelakang akan lahir didepan atau dibawah simphisis.

- 1) Tubuh janin dipegang secara femuro pelvic kemudian memutar badan janin  $180^{\circ}$  sambil melakukan traksi curam ke bawah sehingga bahu belakang menjadi bahu depan dibawah arcus pubis dan dapat dilahirkan.



Gambar 7.13 Tangan dengan pegangan femuropelvik

- 2) Sambil melakukan traksi curam ke bawah, tubuh janin diputar  $180^{\circ}$  kearah yang berlawanan sehingga bahu belakang menjadi bahu depan dibawah arcus pubis.



Gambar 7.14. Gerakan traksi curam kebawah, tubuh janin diputar  $180^{\circ}$

- 3) Tubuh janin diputar kembali  $180^{\circ}$  kearah berlawanan sehingga bahu belakang kembali menjadi bahu depan dibawah arcus pubis sehingga bahu janin dapat dilahirkan.. (Wiknjosastro H. 2005)



Gambar 7.15 Tubuh bayi diputar 180<sup>0</sup> ke arah berlawanan  
e. Persalinan Dengan Cara Klasik

Prinsip pada teknik klasik adalah melahirkan lengan belakang lebih dahulu dan kemudian melahirkan lengan depan dibawah arcus pubis.

- 1) *Kedua pergelangan kaki dipegang dengan ujung jari tangan kanan penolong yang berada diantara kedua pergelangan kaki janin, kemudian di elevasi sejauh mungkin dengan gerakan mendekatkan perut janin ke perut ibu.*



Gambar 7.16 Teknik melahirkan lengan belakang

- 2) *Tangan kiri penolong dimasukkan kedalam jalan lahir, jari tengah dan jari telunjuk tangan kiri menyelusuri bahu sampai menemukan fosa cubiti dan kemudian*

*dengan gerakan “mengusap muka janin” lengan posterior bawah bagian muka janin dilahirkan.*



Gambar 7.17 Teknik melahirkan lengan depan

- 3) *Untuk melahirkan lengan depan, pegang pada pergelangan kaki janin diubah.*

Dengan tangan kanan penolong, pergelangan kaki janin dipegang dan sambil dilakukan traksi curam bawah melakukan gerakan seolah “mendekatkan punggung janin pada punggung ibu” dan kemudian lengan depan dilahirkan dengan cara yang sama.

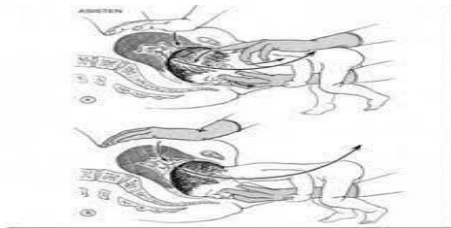
- 4) *Bila dengan cara diatas lengan sulit dilahirkan maka bawah lengan depan menjadi lengan belakang dengan cara.*
- 5) *Pegang bahu dan lengan yang sudah lahir kemudian dicekap dengan kedua tangan penolong sedemikian rupa sehingga kedua ibu jari penolong terletak dipunggung janin dan sejajar dengan sumbu badan janin, sedangkan jari-jari lain didepan dada.*
- 6) *Dilakukan pemutaran tubuh janin kearah perut dan dada janin sehingga lengan depan menjadi terletak*

*dibelakang dan dilahirkan dengan cara yang sama.*  
<http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/07>)

f. Melahirkan Kepala.

Pertolongan melahirkan kepala pada presentasi bokong dapat dilakukan dengan teknik Mauriceau dan cara prague terbalik.

- 1) Cara Mauriceau
- 2) Tangan penolong masuk searah dengan tubuh janin, jari tengah dimasukkan kedalam mulut janin dan jari telunjuk serta jari manis diletakkan pada fosa canina.
- 3) *Tubuh janin diletakkan diatas lengan penolong seolah-olah janin menunggang kuda*
- 4) *Lalu cekap leher janin bagian belakang diantara jari telunjuk dan jari tengah tangan yang lainnya.*
- 5) *Asisten melakukan penekanan pada daerah supra simphisis untuk mempertahankan posisi fleksi kepala janin.*
- 6) *Traksi curam ke bawah terutama pada tangan yang mencekap leher.*



Gambar 7.17. Melahirkan dengan Teknik *Mauriceau*

g. Cara Prague Terbalik

- 1) *Dilakukan bila muka janin menghadap simphisis dan posisi occiput dibelakang.*
- 2) *Satu tangan mencekap leher di bagian belakang dan punggung anak diletakkan di atas telapak tangan tersebut.*
- 3) *Tangan penolong yang lain memegang pergelangan kaki dan kemudian di elevasi keatas sambil melakukan traksi pada bahu janin sedemikian rupa sehingga perut anak mendekati perut ibu.*
- 4) *Dengan larynx sebagai hypomochlion kepala anak dilahirkan.*

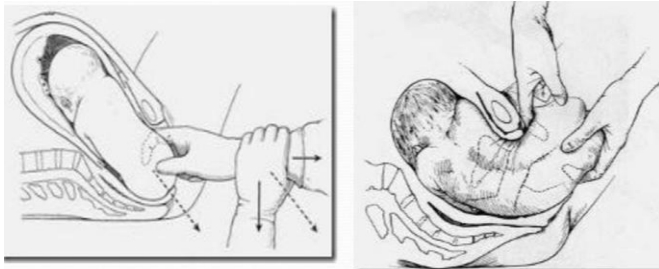


Gambar 7.18 Melahirkan kepala cara prague terbalik

h. Ekstraksi Bokong

Dilakukan pada letak bokong murni dengan bokong yang sudah berada di dasar panggul. Teknik persalinan dengan ekstraksi bokong dengan langka-langkah sebagai berikut:

- 1) *Jari telunjuk penolong dengan bagian kecil janin dinaikkan ke jalan lahir dan diletakkan pada lipatan paha depan janin dengan jari tersebut lipatan paha dikait, tangan yang lain mencekap pergelangan tangan yang dikait dan ikut melakukan traksi kebawah.*
- 2) *Bila trochanter depan sudah terlihat dibawah arcus pubis, jari telunjuk tangan yang lain mengait lipatan paha belakang dan secara serentak melakukan traksi lebih lanjut untuk melahirkan bokong.*
- 3) *Setelah bokong lahir, bokong dipegang secara femuro pelvic dan janin dilahirkan dengan cara pada ekstraksi bokong persial.*  
*(<http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/07>)*



Gambar 7.19 Traksi dengan kedua jari untuk melahirkan bokong

## i. Ekstraksi Kaki

- 1) Memasukkan tangan penolong secara obstetric yang sejajar dengan bagian kecil janin kedalam jalan lahir kemudian tangan yang lainnya membuka labia.
- 2) Tangan penolong mencari kaki dan menelusuri bokong-pangkal paha sampai belakang lutut dan kemudian melakukan fleksi dan abduksi pada janin sehingga sendi lutut menjadi fleksi.
- 3) Tangan yang diluar berada di fundus uteri mendekatkan kaki janin untuk mempermudah tindakan mencari kaki janin tersebut diatas.
- 4) Setelah lutut fleksi pergelangan kaki anak dipegang diantara jari ke dua dan ketiga dan dituntun keluar dari jalan lahir.

Langkah menurunkan kaki dengan manuver Pinard

- 1) Kedua tangan penolong memegang betis janin dengan meletakkan kedua ibu jari dibelakang betis sejajar dengan sumbu panjang janin dan jari-jari yang lain didepan tulang kering, dilakukan traksi curam kebawah pada kaki sampai pangkal paha lahir.
- 2) Pegangan kaki dipindahkan keatas setinggi mungkin dengan kedua ibu jari dibelakang paha dan jari lain

*didepan paha. Paha di tarik curam kebawah sampai trochanter depan lahir.*

- 3) *Kemudian dilakukan traksi curam pada pangkal paha untuk melahirkan trochanter belakang sehingga akhirnya seluruh bokong lahir. Setelah bokong lahir dilakukan pegangan femuro pelvic dan dilakukan traksi curam kebawah dan selanjutnya untuk menyelesaikan persalinan bahu dan lengan serta kepala. (Prawirohardjo, 2014)*

## **10. Persalinan Kembar atau Gemeli**

Kehamilan kembar merupakan kehamilan dengan dua janin atau lebih yang terdapat dalam kandungan selama proses kehamilan. (Wiknjosatno, 2017). Hamil kembar terdiri dari dua, kembar berasal dari satu telur disebut monozigot dan kembar berasal dari dua telur disebut dizigot. Dari seluruh kelahiran kembar sepertiganya adalah monozigot. Kembar dizigot merupakan dua telur matang dalam waktu bersamaan kemudian dibuahi oleh satu sel sperma. (Bella et al., 2020)

### **a. Penyebab Kehamilan Gemelli**

Kehamilan kembar dipengaruhi oleh beberapa faktor:

- 1) Faktor bangsa, umur dan jumlah kelahiran sering mempengaruhi kehamilan dua telur
- 2) Faktor obat-obat induksi ovulasi proferti dan hormon gonadotropin dapat menyebabkan kehamilan dizigot dan kembar lebih dari dua.
- 3) Faktor keturunan.
- 4) Faktor nutrisi.
- 5) Faktor yang lain belum diketahui.



b. Letak dan Presentasi janin kembar.

Mocktar Rustam, 2012. Berbagai kombinasi letak, presentasi dan posisi bisa terjadi yang paling sering dijumpai adalah:

- 1) Kedua janin dalam letak membujur presentasi kepala (44-47%)
- 2) Letak membujur, presentasi kepala bokong (37-38%)
- 3) Kedua presentasi bokong (8-10%)
- 4) Letak lintang dan presentasi kepala (5-5.2%)
- 5) Letak lintang dan presentasi bokong (1.5-2%)
- 6) Kedua letak lintang (0.2-0.6%)
- 7) Letak dan presentasi 69 adalah letak yang berbahaya karena dapat terjadi kunci-mengunci (interlocking).

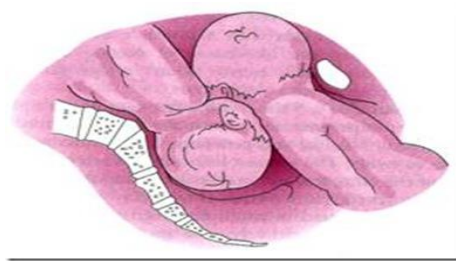
c. Diagnosa

- 1) Pada anamnese adanya riwayat kembar. \
- 2) Palpasi: fundus uteri melebihi hamil tunggal, disertai hidramnion, teraba banyak bagian kecil, teraba dua bagian besar berdekatan.
- 3) Auskultasi: terdengar dua pungtum maksimum detak jantung janin
- 4) USG: dua kepala dan dua bokong, dua pungtum maksimum DJJ janin, tampak dua janin. (Bennett, V.R. and L.K. Brown. 1996)

d. Penatalaksanaan Persalinan.

- 1) Sebelum masuk kamar bersalin posisi janin pertama harus ditentukan
- 2) Bila anak pertama letaknya melintang, maka persalinan tidak bisa dengan persalinan pervaginam, rencanakan persalinan sectio caesar

- 3) Bila janin anak pertama maka boleh persalinan pervaginam
- 4) Bila janin pertama letak lintang dan janin kedua letak kepala, resiko terjadi interlocking sehingga persalinan anak pertama mengalami *after coming head*
- 5) Setelah janin pertama lahir, biasanya kontraksi uterus menghilang atau berkurang maka perlu pemberian oksitocin per infus setelah janin kedua lahir untuk mencegah perdarahan.



Gambar 7.20 Posisi Interlocking pada persalinan kembar

- 6) Pengawasan kala IV terhadap kemungkinan terjadinya perdarahan postpartum: berikan suntikan sintometrin yaitu 10 satuan sintosinon tambah 0,2 mg methergin intravena. (Wiknjosatro, 2017).

### C. Rangkuman

Partograf digunakan untuk mengidentifikasi dini adanya distosia persalinan, yaitu persalinan yang panjang, sulit atau abnormal yang timbul akibat berbagai kondisi yang berhubungan dengan lima faktor persalinan. Catatan hasil pemeriksaan meliputi kesejahteraan janin (DJJ, air ketuban, penyusupan kepala), dan kesejahteraan ibu atau kemajuan persalinan (pembukaan serviks, penurunan kepala, kontraks/his, nadi, tekanan darah, suhu dan pemeriksaan urine).

Kemacetan bahu atau dystocia adalah kondisi dimana lahirnya kepala janin dengan bahu depan (anterior) macet atau kedua bahu janin tidak bisa melewati tulang promontorium. Distocia bahu merupakan kegawatdaruratan obstetric sehingga dibutuhkan tindakan segera, ketrampilan dan kemampuan teknik persalinan yang tepat untuk menghindari morbiditas dan mortalitas perinatal. Penyebab utama distosia bahu adalah ukuran bahu bayi yang lebih besar daripada ukuran panggul ibu (*cephalopelvic disproportion*), diameter panggul ibu kecil, atau janin berada pada posisi yang salah (malpresentasi) ketika memasuki jalan lahir.

Kehamilan dengan presentasi bokong dimana janin letaknya sesuai dengan sumbu ibu, kepala janin berada di fundus uteri. Beberapa teknik persalinan sungsang antara lain: teknik spontan pervaginam (spontan Bracht), teknik muller jika bahu tidak bisa dilahirkan, teknik ekstraksi parsial (manual aid), teknik lovset, Teknik klasik, pada letak kaki Teknik ekstraksi bokong dan kaki.

#### **D. Tugas**

1. Seorang perempuan usia 35 tahun datang di rumah sakit dengan keluhan ingin melahirkan anak ketiga. Hasil VT pembukaan 10 cm, pendataran serviks 100%, ketuban (-), presentasi bokong, penurunan H IV. Dilakukan pertolongan persalinan dengan melahirkan bahu depan terlebih dahulu. Tindakan melahirkan bahu tersebut adalah metode...
  - a. Bracht
  - b. Lovset
  - c. Klasik
  - d. Manual aid
  - e. **Muller**

2. Seorang perempuan usia 32 tahun datang di rumah sakit dengan keluhan ingin melahirkan anak ketiga. Hasil VT pembukaan 10 cm, pendataran serviks 100%, ketuban (-), presentasi bokong, penurunan H IV. Dilakukan pertolongan persalinan dengan melahirkan bahu belakang terlebih dahulu. Tindakan melahirkan bahu tersebut adalah metode...
  - a. Bracht
  - b. Lovset
  - c. **Klasik**
  - d. Manual aid
  - e. Muller
3. Seorang perempuan usia 39 tahun datang ke BPM untuk memeriksakan kehamilannya, berdasarkan hasil anamnesis usia kehamilan 32 minggu dengan keluhan sering pusing dan gerakan anak sering, hasil pemeriksaan menunjukkan TFU 3 jr bawah Px, HB 9 mg%, palpasi menunjukkan tiga bagian besar janin, diagnose yang tepat dari kasus tersebut adalah..
  - a. Posterm
  - b. Preterm
  - c. **Gemelli**
  - d. Kehamilan normal
  - e. Kehamilan resiko tinggi
4. Seorang perempuan umur 27 tahun, G1P0A0, UK 40 minggu, datang di RSUD dengan Riwayat DM. saat ini dalam proses persalinan kala II, setelah kepala lahir, tidak terjadi putaran paksi luar dan dagu janin menekan perinium. Diagnose yang tepat pada kasus tersebut adalah...
  - a. Partus lama
  - b. **Dystocia bahu**
  - c. Partus tidak maju
  - d. Partus serotinus
  - e. Partus presipitatus
5. Seorang perempuan umur 32 tahun, G3P2A0, UK 41 minggu, datang ke klinik bersalin dengan keluhan mau melahirkan

sudah ada tanda sejak pk 08,00 pagi, kontraksi teratur 4 jam yg lalu, sesak nafas dan bengkak pada kedua ekstermitas bawah. Hasil pemeriksaan TFU 41 cm, VT pembukaan 10 cm, ketuban (-), bagian terendah teraba masih tinggi, tidak teraba kepala, teraba kaki. Diagnosa yang tepat pada kasus tersebut adalah...

- a. Kehamilan kembar
- b. Presentasi bokong**
- c. Kehamilan bokong
- d. Hidramnion
- e. Presentasi muka

## F. Referensi

Bennett, V.R. and L.K. Brown. 1996. *Myles Textbook for Midwives*. 12th Edition. London : Churchill Livingstone  
JNPK. 2002. *Buku Acuan Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta.

JHPIEGO, PUSDIKNAKES dan WHO. 2003. *Konsep Asuhan Kebidanan*. Jakarta.

*Maternal dan Neonatal*, Yayasan Bidan Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta

*Prof.Dr.Ida Bagus Gede Manuaba,SpOG;1998.Illmu KebidananPenyakit Kandungan dan Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan.Jakarta,EGC.*

Prawirohardjo Sarwono, 2014. *Ilmu Kebidanan*. PT.Bina Pustaka: Jakarta

Rukiyah, A., Y., 2010, *Asuhan Kebidanan IV (Patologi Kebidanan)*. Jakarta : TIM.

Saefuddin, A.B. 2000. Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Ed. 1. Cet. 2. Jakarta : YBP-SP.]

Saifudin, Abdul Bari .2002. Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal, Jakarta Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo

Varney, Hellen. 1997. Varney's Midwifery Textbook. Third Edition. New York : Jones and Bartlett

Wiknjosastro H. 2005,. Ilmu Kebidanan. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta 2005.

<http://cloudcullen09.blogspot.com/2010/01/askeb-deteksi-dini-terhadap-kelainan.html>

[http://info.gexcess.com/id/Askeb\\_\(Asuhan\\_Kebidanan\)/Deteksi\\_Dini\\_Penyakit\\_Ibu\\_Hamil.info](http://info.gexcess.com/id/Askeb_(Asuhan_Kebidanan)/Deteksi_Dini_Penyakit_Ibu_Hamil.info)

<http://www.spinningbabies.com/spinning-babies-and/resolving-shoulder-dystocia>

<http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/07/letak-sungang-presentasi-bokong.html#ixzz494GPCoVvn>

## G. Glosarium

DJJ

: Denyut Jantung Janin

Sebuah indicator atau dalam sebuah pemeriksaan kandungan yang menandakan bahwa ada kehidupan di dalam kandungan seorang ibu.

FKRTL

: Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut

Fasilitas Kesehatan yang melakukan pelayanan Kesehatan perorangan yang bersifat spesialisik atau sub spesialisik yang meliputi rawat

jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan dan rawat inap di ruangan perawatan khusus.

ACTH : Adrenocorticotropic hormone

Hormon yang dibentuk oleh kelenjar hipofisis bagian depan. ACTH merangsang pembentukan hormon steroid dalam kelenjar ginjal.

VT : Vagina Thouche

Pemeriksaan genetalia bagian dalam mulai dari vagina sampai ke serviks menggunakan dua jari.

ACTH : Adrenocorticotropic hormone

Hormon yang mengatur metabolisme tubuh dan tekanan darah.

DTT : Desinfeksi Tingkat Tinggi

Tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua mikroorganisme kecuali endospore bakteri dengan cara merebus atau kimiawi.

SC : Sectio Caesarea

Suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada

dinding perut ibu dan dinding Rahim dengan syarat Rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram.

**NSAID** : Non Steroidal Anti Inflammatpru Drugs

Kelompok obat yang digunakan untuk peradangan, meredakan nyeri dan menurunkan demam.

**IUFD** : Intrauterine Fetal Death

Kondisi janin yang meninggal di dalam kandungan setelah kehamilan berusia 20 minggu.

**TFU** : Tinggi Fundus Uteri

Jarak yang bisa didapatkan seorang Wanita hamil dari atas tulang kemaluan hingga atas perut yang dihitung secara vertical.

**USG** : Ultrasonografi

Prosedur pengambilan gambar dari bagian tubuh tertentu, sebagai penunjang ketepatan dalam mendiagnosa penyakit yang dialami.

**IM** : Intra muskuler



Pemberian obat/cairan dengan memasukkan langsung kedalam otot (muskulus).

PPL : Praktek Pengalama Lapangan

Praktik pembelajaran, kegiatan lainnya yang ada keitan dengan proses pembelajaran.

UK : Umur Kahamilan

Ukuran usia kehamilan yang diambil dari awal periode menstruasi terakhir Wanita, atau usia kehamilan yang sesuai yang diperkirakan dengan metode yang lebih akurat.

Hb Haemoglobin

Zat warna yang terdapat dalam darah merah yang mengangkut oksigen (O<sub>2</sub>) dan karbondioksida Co<sub>2</sub> dalam tubuh.



## **BAB VIII ASUHAN BAYI BARU LAHIR**

**(Dr. Legawati, SSiT., MPH)**

### **A. TUJUAN PEMBELAJARAN**

Bab ini memberikan materi tentang prosedur keterampilan dasar kebidanan dan manajemen kebidanan pada asuhan persalinan Bayi Baru Lahir.

Topik Materi yang disampaikan adalah :

Topik 1: Aдаftasi Fisiologi Bayi Baru Lahir

Topik 2: Asuhan bayi baru lahir

### **B. MATERI**

#### **1. Aдаftasi Fisiologis Bayi Baru Lahir**

##### **a. Pengertian**

Bayi baru lahir (neonatal) adalah masa 28 hari pertama kehidupan manusia. Pada masa ini terjadi proses penyesuaian sistem tubuh bayi dari kehidupan dalam rahim ke kehidupan di luar rahim. Masa ini adalah masa yang perlu mendapatkan perhatian dan perawatan yang ekstra, karena terjadi peningkatan morbiditas dan mortalitas neonatus (JNPKKR, 2017)

##### **b. Ciri-ciri bayi baru lahir sehat**

- 1) BB= 2500-4000 gram
- 2) Panjang badan 46-53 cm
- 3) Lingkar kepala 33-35 cm

- 4) Denyut jantung pada pertama kali 120-140x/menit. RR = 40-60x/menit
- 5) Kulit kemerahan, Apgar score 8-10, reflek baik
- 6) Kuku agak panjang dan lemas
- 7) Genetalia : Jika perempuan genetalia mayora ditutupi labia minora, jika laki-laki testisnya sudah turun
- 8) Eliminasi baik urine dan mekonium akan keluar dalam 24 jam

c. Perubahan Fisiologis Bayi Baru Lahir

## 2. Termoregulasi

Mekanisme kehilangan panas tubuh yang mungkin terjadi sejak bayi baru lahir, dapat terjadi melalui evaporasi yaitu kehilangan panas melalui evaporasi atau perpindahan panas dengan cara mengubah cairan menjadi uap. Proses kehilangan panas yang kedua adalah keluarnya panas dari tubuh bayi baru lahir ke benda-benda di sekitarnya yang bersentuhan langsung dengan tubuh bayi. Mekanisme kehilangan panas yang ketiga adalah konveksi, adalah hilangnya panas tubuh yang terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin. Mekanisme kehilangan panas yang keempat adalah konduksi, yaitu kehilangan panas yang terjadi karena bayi diletakkan di tempat yang lebih dingin

### a. Sistem Pernafasan

Napas pertama bayi baru lahir biasanya terjadi dalam 30 detik setelah lahir. Tekanan pada rongga dada bayi melalui persalinan pervaginam menyebabkan cairan paru-paru berkurang sepertiga menjadi 80-100 ml, sehingga volume yang hilang digantikan oleh

udara. Paru-paru mengembang sehingga rongga dada kembali ke bentuk semula, pernafasan bayi baru lahir terutama pernafasan diafragma dan perut seringkali frekuensi dan kedalaman pernafasan tetap tidak teratur. Upaya napas pertama adalah mengeluarkan cairan dari paru-paru dan memperluas jaringan

b. Sistem Pencernaan

Secara fungsional, saluran pencernaan bayi belum matang dibandingkan dengan orang dewasa. Sebelum janin cukup bulan lahir, ia akan mulai menghisap dan menelan. Kapasitas lambung sangat terbatas, kurang dari 30 ml untuk neonatus cukup bulan. Kapasitas perut ini akan berangsur-angsur bertambah seiring dengan pertumbuhan bayi. Penting untuk mengatur pemberian makan sendiri secara teratur, seperti pemberian makan sesuai permintaan atau pemberian ASI sesuai permintaan (*on demand*).

c. Sistem Kardiovaskular dan Darah

Setelah lahir, darah bayi baru lahir harus melewati paru untuk mengambil oksigen dan bersirkulasi keseluruh tubuh guna menghantarkan oksigen ke jaringan. Perubahan sirkulasi ini terjadi akibat perubahan tekanan pada seluruh sistem pembuluh darah tubuh. Jadi, perubahan tekanan tersebut langsung berpengaruh pada aliran darah. Oksigen menyebabkan sistem pembuluh darah mengubah tekanan dengan cara mengurangi atau meningkatkan

resistensinya sehingga mengubah aliran darah. Vena umbilikus, duktus venosus, dan arteri hipogastrika pada tali pusat menutup secara fungsional dalam beberapa menit setelah bayi lahir dan setelah talipusat di klem. Penutupan anatomi jaringan fibrosa berlangsung dalam 2-3 bulan.

d. Metabolisme Glukosa

Otak memerlukan glukosa dalam jumlah tertentu. Setelah talipusat diklem, seorang bayi harus mulai mempertahankan kadar glukosa darahnya sendiri. Pada setiap bayi baru lahir kadar glukosa darah akan turun dalam waktu 1-2 jam. Bayi baru lahir yang tidak dapat mencerna makanan dalam jumlah yang cukup akan membuat glukosa dari glikogen. Hal ini hanya terjadi jika bayi mempunyai persediaan glikogen yang cukup. Seorang bayi yang sehat akan menyimpan glukosa sebagai glikogen, terutama dalam hati, selama bulan-bulan terakhir kehidupan dalam rahim. Keseimbangan glukosa tidak sepenuhnya tercapai hingga 3-4 jam pertama pada bayi cukup bulan yang sehat. Jika semua persediaan digunakan dalam satu jam pertama, otak bayi akan mengalami risiko. Bayi baru lahir kurang bulan, IUGR, dan gawat janin merupakan kelompok yang paling berisiko, karena simpanan energi mereka berkuang atau digunakan sebelum lahir

b. Sistem Ginjal

Menurut Muslihatun (2010) Sebagian besar bayi baru lahir berkemih dalam 24 jam pertama setelah lahir, dan dua sampai enam

kali sehari pada 1-2 hari pertama, setelah itu mereka berkemih 5 sampai 20 kali dalam 24 jam. Urine dapat keruh karena lendir dan garam asam urat, noda kemerahan dapat diamati pada popok karena kristal asam urat. Fungsi ginjal belum sempurna karena jumlah *nefron* masih belum sebanyak orang dewasa, ketidak seimbangan luas permukaan glomerulus dan volume tubulus proksimal, serta *renal blood flow* relatif kurang bila dibandingkan orang dewasa.

## 2. Pelayanan Esensial Bayi Baru Lahir

### a. 0-6 Jam

- Menjaga bayi tetap hangat
- Inisiasi Menyus Dini (IMD)
- Pemotongan dan Perawatan Tali Pusat
- Pemberian Suntikan Vit K1
- Pemberian salep mata antibiotik
- Pemberian imunisasi Hepatitis B0
- Pemeriksaan fisik bayi baru lahir
- Pemantauan tanda bahaya
- Penanganan asfiksia bayi baru lahir
- Merujuk kasus yang tidak dapat ditangani dalam kondisi stabil, tepat waktu ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih mampu

### b. 6 jam- 28 hari

- Perawatan tali pusat
- Pemeriksaan bayi baru lahir
- Perawatan metode kangguru (BBLR)

- Pemeriksaan status vit K1 profilaksi dan imunisasi
- Penanganan bayi baru lahir sakit dan kelainan bawaan
- Merujuk kasus yang tidak dapat ditangani dalam kondisi stabil, tepat waktu ke fasilitas yang lebih mampu.

**3. Kunjungan Neonatus (KN)**

Kunjungan neonatus dilakukan sebanyak 3 kali, meliputi KN1 (6-48 jam), KN2 (3-7 hari) dan KN3 (8-28 hari).

**4. Asuhan Bayi baru Lahir**

**a. Pencegahan infeksi**

Bayi baru lahir sangat rentan terhadap mikroorganisme dan terkontaminasi selama proses persalinan berlangsung maupun beberapa saat setelah lahir. Sehubungan dengan hal ini, maka asuhan bayi baru lahir membutuhkan peralatan esensial termasuk pakaian dalam keadaan bersih dan bebas infeksi..

**b. Penilaian segera setelah lahir**

Penilaian pada bayi baru lahir, dilakukan meliputi apakah bayi lahir cukup bulan, apakah air ketuban jernih dan tidak bercampur mekonium, apakah bayi menangis atau bernapas dan apakah tonus otot bayi baik (bayi bergerak aktif).



### c. Pencegahan kehilangan panas

Segera setelah bayi lahir upayakan untuk mencegah hilangnya panas dari tubuh bayi, hal ini dapat dilakukan dengan cara mengeringkan tubuh bayi, selimuti bayi terutama pada bagian kepala dengan kain yang kering, menunda untuk memandikan bayi sebelum suhu tubuh stabil, yaitu 6 jam setelah bayi lahir, dan menjaga lingkungan agar tetap hangat atau bayi ditempatkan bersama dengan ibu di ruangan dengan suhu  $>25^{\circ}\text{C}$ .

### d. Asuhan pada tali pusat

Setelah tali pusat dipotong dan diikat, biarkan tali pusat tetap dalam keadaan terbuka tanpa mengoleskan cairan atau bahan apapun ke puntung tali pusat. Apabila tali pusat berdarah, bernanah, kemerahan yang meluas dan berbau maka segera ke pelayanan kesehatan untuk segera ditangani.

### e. Inisiasi menyusui dini

Bayi harus mendapatkan kontak kulit dengan ibunya segera setelah lahir selama kurang lebih 1 jam (IMD). Bayi dibiarkan tetap berada diatas perut ibu, untuk meningkatkan *bonding attachment*.

### f. Manajemen laktasi

Memberikan ASI sedini mungkin akan membina ikatan emosional dan kehangatan ibu dan bayi. Manajemen laktasi meliputi masa antenatal,

segera setelah bayi lahir, masa neonatal dan masa menyusui selanjutnya.

**g. Pencegahan infeksi mata**

Penggunaan antibiotik profilaksis seperti *Gentamicin* 0,3% atau oksitetrasiklin 1% dianjurkan untuk mencegah penyakit mata karena klamidia (penyakit menular seksual).

**h. Penyuntikan vitamin K1**

Vitamin K1 diberikan secara injeksi IM dengan dosis 1 mg, waktu pemberian setelah kontak kulit atau proses inisiasi menyusui dini (IMD) selama 1 jam. Penyuntikkan vitamin K1 bertujuan untuk mencegah penyakit akibat defisiensi vitamin K yang dialami sebagian bayi baru lahir

**i. Pemberian imunisasi**

Imunisasi hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi penyakit hepatitis terhadap bayi, terutama jalur penularan melalui ibu kepada bayi. Imunisasi ini diberikan 1 jam setelah pemberian vitamin K1, pada saat bayi berumur 2 jam.

**j. Pemeriksaan bayi baru lahir**

Pemeriksaan bayi baru lahir dapat dilakukan 1 jam setelah kontak ke kulit. Pemeriksaan ini meliputi pemeriksaan antropometri, pemeriksaan fisik, pemeriksaan refleks, dan pemeriksaan

penunjang (laboratorium) wajib sebagai bagian dari skrining atau deteksi dini untuk penyakit tertentu, misalkan *Skrining Hipothyroid Kongenital*.

## 5. Penilaian Usia Kehamilan (Gestasi) menggunakan Ballard Score.

Sistem penilaian ini dikembangkan oleh Dr. Jeanne L Ballard, MD untuk menentukan usia gestasi bayi baru lahir melalui penilaian neuromuskular dan fisik. Penilaian ini dilakukan pada bayi baru lahir, khususnya untuk penilaian apakah ada tanda-tanda prematuritas (misalkan ibu lupa tanggal HPHT). Penilaian neuromuskular meliputi postur, *square window*, *arm recoil*, sudut popliteal, *scarf sign* dan *heel to ear maneuver*. Penilaian fisik yang diamati adalah kulit, *lanugo*, permukaan plantar, payudara, mata/telinga, dan genitalia.

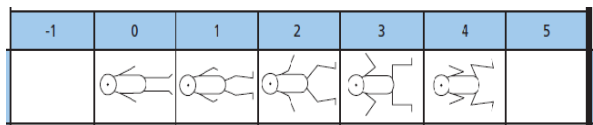
### a. Penilaian Maturitas Neuromuskular

#### 1) Postur

Tonus otot tubuh tercermin dalam postur tubuh bayi saat istirahat dan adanya tahanan saat otot diregangkan (Gambar 1.1). Ketika pematangan berlangsung, berangsur-angsur janin mengalami peningkatan tonus fleksor pasif dengan arah sentripetal, dimana ekstremitas bawah sedikit lebih awal dari ekstremitas atas. Pada awal kehamilan hanya pergelangan kaki yang fleksi. Lutut mulai fleksi

bersamaan dengan pergelangan tangan. Pinggul mulai fleksi, kemudian diikuti dengan abduksi siku, lalu fleksi bahu. Pada bayi prematur tonus pasif ekstensor tidak mendapat perlawanan, sedangkan pada bayi yang mendekati matur menunjukkan perlawanan tonus fleksi pasif yang progresif.

Untuk mengamati postur, bayi ditempatkan terlentang dan pemeriksa menunggu sampai bayi menjadi tenang pada posisi nyamannya. Jika bayi ditemukan terlentang, dapat dilakukan manipulasi ringan dari ekstremitas dengan memfleksikan jika ekstensi atau sebaliknya. Hal ini akan memungkinkan bayi menemukan posisi dasar kenyamanannya. Fleksi panggul tanpa abduksi memberikan gambaran seperti posisi kaki kodok.



Gambar 8.1: *Posture*

## 2) *Square Window*

Fleksibilitas pergelangan tangan dan atau tahanan terhadap peregangan ekstensor memberikan hasil sudut fleksi pada pergelangan tangan. Pemeriksa meluruskan jari- jari bayi dan menekan punggung tangan dekat dengan jari- jari dengan lembut. Hasil sudut antara telapak tangan dan lengan bawah bayi dari preterm hingga posterm diperkirakan berturut- turut > 90 °, 90 °, 60 °, 45 °, 30 °, dan 0 ° (Gambar 1.2)



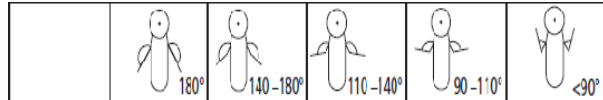
Gambar 8.2: *Square Window*

## 3) *Arm Recoil*

Manuver ini berfokus pada fleksor pasif dari tonus otot biseps dengan mengukur sudut mundur singkat setelah sendi siku difleksi dan ekstensikan. *Arm recoil* dilakukan dengan cara evaluasi saat bayi terlentang. Pegang kedua tangan bayi, fleksikan lengan bagian bawah sejauh mungkin dalam 5 detik, lalu rentangkan kedua lengan dan lepaskan. Amati reaksi bayi saat lengan dilepaskan. Skor 0: tangan tetap

terentang/ gerakan acak, Skor 1: fleksi parsial 140-180 °, Skor 2: fleksi parsial 110- 140 °, Skor 3: fleksi parsial 90-100 °, dan Skor 4: kembali ke fleksi penuh (Gambar 1.3)

-1	0	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---	---

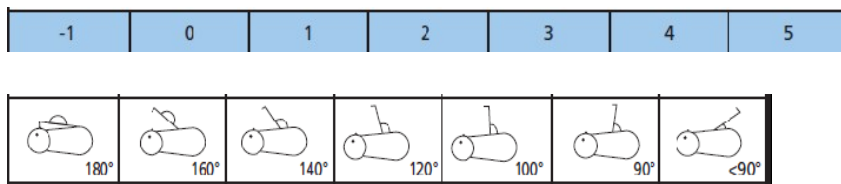


Gambar 8.3 : *Arm Recoil*

#### 4) *Popliteal Angle*

Manuver ini menilai pematangan tonus fleksor pasif sendi lutut dengan menguji resistensi ekstremitas bawah terhadap ekstensi. Dengan bayi berbaring telentang, dan tanpa popok, paha ditempatkan lembut di perut bayi dengan lutut tertekuk penuh. Setelah bayi rileks dalam posisi ini, pemeriksa memegang kaki satu sisi dengan lembut dengan satu tangan sementara mendukung sisi paha dengan tangan yang lain. Jangan memberikan tekanan pada paha belakang, karena hal ini dapat mengganggu interpretasi.

Kaki diekstensikan sampai terdapat resistensi pasti terhadap ekstensi. Ukur sudut yang terbentuk antara paha dan betis di daerah popliteal. Perlu diingat bahwa pemeriksa harus menunggu sampai bayi berhenti menendang secara aktif sebelum melakukan ekstensi kaki. Posisi *Frank Breech* pralahir akan mengganggu manuver ini untuk 24 hingga 48 jam pertama usia karena bayi mengalami kelelahan fleksor berkepanjangan intrauterine. Tes harus diulang setelah pemulihan telah terjadi

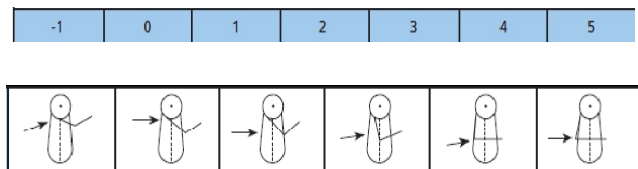


Gambar 8.4: *Popliteal Angle*

#### 5) *Scarf Sign*

Manuver ini menguji tonus pasif fleksor gelang bahu. Dengan bayi berbaring telentang, pemeriksa

mengarahkan kepala bayi ke garis tengah tubuh dan mendorong tangan bayi melalui dada bagian atas dengan satu tangan dan ibu jari dari tangan sisi lain pemeriksa diletakkan pada siku bayi. Siku mungkin perlu diangkat melewati badan, namun kedua bahu harus tetap menempel di permukaan meja dan kepala tetap lurus dan amati posisi siku pada dada bayi dan bandingkan dengan angka pada lembar kerja, yakni, penuh pada tingkat leher (-1); garis aksila kontralateral (0); kontralateral baris puting (1); prosesus xyphoid (2); garis puting ipsilateral (3); dan garis aksila ipsilateral (4) (Gambar 5)

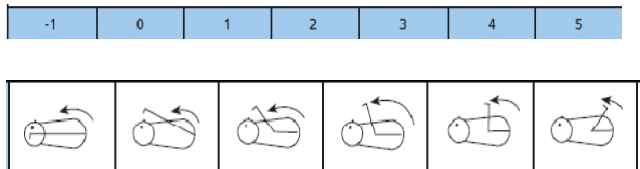


Gambar 8.5: Scarft Sign



f. *Heel to Ear*

Manuver ini menilai tonus pasif otot fleksor pada gelang panggul dengan memberikan fleksi pasif atau tahanan terhadap otot-otot posterior fleksor pinggul. Dengan posisi bayi terlentang lalu pegang kaki bayi dengan ibu jari dan telunjuk, tarik sedekat mungkin dengan kepala tanpa memaksa, pertahankan panggul pada permukaan meja periksa dan amati jarak antara kaki dan kepala serta tingkat ekstensi lutut (bandingkan dengan angka pada lembar kerja). Penguji mencatat lokasi dimana resistensi signifikan dirasakan. Hasil dicatat sebagai resistensi tumit ketika berada pada atau dekat: telinga (-1); hidung (0); dagu (1); puting baris (2); daerah pusar (3); dan lipatan femoralis (4) (Gambar 1.6)



Gambar 8.6: *Heel to Ear*

## b. Penilaian Maturitas Fisik

### 1) Kulit

Pematangan kulit janin melibatkan pengembangan struktur intrinsiknya bersamaan dengan hilangnya secara bertahap dari lapisan pelindung, yaitu vernix caseosa. Oleh karena itu kulit menebal, mengering dan menjadi keriput dan / atau mengelupas dan dapat timbul ruam selama pematangan janin. Fenomena ini bisa terjadi dengan kecepatan berbeda-beda pada masing-masing janin tergantung pada pada kondisi ibu dan lingkungan intrauterin. Sebelum perkembangan lapisan epidermis dengan stratum corneumnya, kulit agak transparan dan lengket ke jari pemeriksa. Pada usia perkembangan selanjutnya kulit menjadi lebih halus, menebal dan menghasilkan pelumas, yaitu vernix, yang menghilang menjelang akhir kehamilan. pada keadaan matur dan pos matur, janin dapat mengeluarkan mekonium dalam cairan ketuban. Hal ini dapat mempercepat proses pengeringan kulit, menyebabkan mengelupas, pecah-pecah, dehidrasi, seperti sebuah perkamen.

### 2 ) Lanugo

Lanugo adalah rambut halus yang menutupi tubuh fetus. Pada *extreme prematurity* kulit janin sedikit sekali terdapat lanugo. Lanugo mulai tumbuh pada usia gestasi 24 hingga 25 minggu dan biasanya sangat banyak, terutama di bahu dan punggung atas ketika memasuki minggu ke 28. Lanugo mulai menipis

dimulai dari punggung bagian bawah. Daerah yang tidak ditutupi lanugo meluas sejalan dengan maturitasnya dan biasanya yang paling luas terdapat di daerah lumbosakral. Pada punggung bayi matur biasanya sudah tidak ditutupi lanugo. Variasi jumlah dan lokasi lanugo pada masing-masing usia gestasi tergantung pada genetik, kebangsaan, keadaan hormonal, metabolik, serta pengaruh gizi. Sebagai contoh bayi dari ibu dengan diabetes mempunyai lanugo yang sangat banyak.

Pada melakukan skoring pemeriksa hendaknya menilai pada daerah yang mewakili jumlah relatif lanugo bayi yakni pada daerah atas dan bawah dari punggung bayi (Gambar 1).



Gambar 8.7: *Lanugo*

### 3)Permukaan Plantar

Garis telapak kaki pertama kali muncul pada bagian anterior ini kemungkinan berkaitan dengan posisi bayi ketika di dalam kandungannya. Bayi dari ras selain kulit putih mempunyai sedikit garis telapak kaki lebih sedikit saat lahir. Di sisi lain pada bayi kulit hitam

dilaporkan terdapat percepatan maturitas neuromuskular sehingga timbulnya garis pada telapak kaki tidak mengalami penurunan. Namun demikian penilaian dengan menggunakan skor *Ballard* tidak didasarkan atas ras atau etnis tertentu.

Bayi *very premature* dan *extremely immature* tidak mempunyai garis pada telapak kaki. Untuk membantu menilai maturitas fisik bayi tersebut berdasarkan permukaan plantar maka dipakai ukuran panjang dari ujung jari hingga tumit. Untuk jarak kurang dari 40 mm diberikan skor -2, untuk jarak antara 40 hingga 50 mm diberikan skor -1. Hasil pemeriksaan disesuaikan dengan skor di tabel (Gambar II.10).



Gambar 8.8: Permukaan *Plantar*

#### 4) Payudara

Areola mammae terdiri atas jaringan mammae yang tumbuh akibat stimulasi esterogen ibu dan

jaringan lemak yang tergantung dari nutrisi yang diterima janin. Pemeriksa menilai ukuran areola dan menilai ada atau tidaknya bintik-bintik akibat pertumbuhan papila *Montgomery* (Gambar 3). Kemudian dilakukan palpasi jaringan mammae di bawah areola dengan ibu jari dan telunjuk untuk mengukur diameternya dalam milimeter 9.



Gambar 8.9: Payudara

#### 5) Mata/Telinga

Daun telinga pada fetus mengalami penambahan kartilago seiring perkembangannya menuju matur. Pemeriksaan yang dilakukan terdiri atas palpasi ketebalan kartilago kemudian pemeriksa melipat daun telinga ke arah wajah kemudian lepaskan dan pemeriksa mengamati kecepatan kembalinya daun telinga ketika dilepaskan ke posisi semula (Gambar 2.4).



Gambar:8.10: Daun Telinga

Pada bayi prematur daun telinga biasanya akan tetap terlipat ketika dilepaskan. Pemeriksaan mata pada intinya menilai kematangan berdasarkan perkembangan palpebra. Pemeriksa berusaha membuka dan memisahkan palpebra superior dan inferior dengan menggunakan jari telunjuk dan ibu jari. Pada bayi *extremely premature* palpebra akan menempel erat satu sama lain (Gambar II.13). Dengan bertambahnya maturitas palpebra kemudian bisa dipisahkan walaupun hanya satu sisi dan meninggalkan sisi lainnya tetap pada posisinya.

Hasil pemeriksaan pemeriksa kemudian disesuaikan dengan skor dalam tabel. Perlu diingat bahwa banyak terdapat variasi kematangan palpebra pada individu dengan usia gestasi yang sama. Hal ini dikarenakan terdapat faktor seperti stres intrauterin dan faktor humoral yang mempengaruhi perkembangan kematangan palpebra.



Gambar 8.11: *Palpebra*

## 6) Genital (Pria)

Testis pada fetus mulai turun dari cavum peritoneum ke dalam scrotum kurang lebih pada minggu ke 30 gestasi. Testis kiri turun mendahului testis kanan yakni pada sekitar minggu ke 32. Kedua testis biasanya sudah dapat diraba di canalis inguinalis bagian atas atau bawah pada minggu ke 33 hingga 34 kehamilan. Bersamaan dengan itu, kulit skrotum menjadi lebih tebal dan membentuk rugae

Testis dikatakan telah turun secara penuh apabila terdapat di dalam zona berugae. Pada neonatus *extremely premature* scrotum datar, lembut, dan kadang belum bisa dibedakan jenis kelaminnya. Berbeda halnya pada neonatus matur hingga posmatur, scrotum biasanya seperti pendulum dan dapat menyentuh kasur ketika berbaring.

Pada *cryptorchidismus* scrotum pada sisi yang terkena kosong, hipoplastik, dengan rugae yang lebih

sedikit jika dibandingkan sisi yang sehat atau sesuai dengan usia kehamilan yang sama.



Gambar 8.12: *Genitalia* (laki-laki)

#### 7) Genital (wanita)

Untuk memeriksa genitalia neonatus perempuan maka neonatus harus diposisikan telentang dengan pinggul abduksi kurang lebih 45o dari garis horisontal. Abduksi yang berlebihan dapat menyebabkan labia minora dan klitoris tampak lebih menonjol sedangkan aduksi menyebabkankeduanya tertutupi oleh labia mayora

Pada neonatus *extremely premature* labia datar dan klitoris sangat menonjol dan menyerupai penis. Sejalan dengan berkembangnya maturitas fisik, klitoris menjadi tidak begitu menonjol dan labia minora menjadi lebih menonjol. Mendekati usia kehamilan matur labia minora dan klitoris menyusut dan cenderung tertutupi oleh labia majora yang membesar

Labia majora tersusun atas lemak dan ketebalannya bergantung pada nutrisi intrauterin.



Nutrisi yang berlebihan dapat menyebabkan labia majora menjadi besar pada awal gestasi. Sebaliknya nutrisi yang kurang menyebabkan labia majora cenderung kecil meskipun pada usia kehamilan matur atau posmatur dan labia minora serta klitoris cenderung lebih menonjol.



Gambar 8.13: *Genitalia* (Perempuan)

### 3. Interpretasi Hasil Pemeriksaan

Masing-masing hasil penilaian baik maturitas neuromuskular maupun fisik disesuaikan dengan skor di dalam tabel (Tabel 1) dan dijumlahkan hasilnya. Interpretasi hasil dapat dilihat pada tabel skor.

	-1	0	1	2	3	4	5
Sikap tubuh							
Persegi jendela (pergelangan tangan)	> 90°	90°	60°	45°	30°	0	
Rekoni lengan							
Sudut popliteal	180°	160°	140°	120°	100°	90°	< 90°
Tanda selempang							
Tumit ke kuping							

Tabel *The New Ballard Score 3*

Maturitas Fisik

Kulit	Lengket-fibrotik-transparan	Getahsus merah trenlaseo	Merah halus, tampak gambaran vena	Pemukaan terkekpas dan atau ruam tampak bb vena	Pecah-pecah daerah gundul, vena sangat sedikit	Parchment terlihat dalam, tak terlihat vena	Lesathery cracked wrinkled
Lanugo	Tidak ada	Jarang	Banyak	Halus	Daerah kebotsakan	Umumnya tanpa lanugo	
Pernukaan plantar	Tumit-jari kaki 40-50 mm -1 < 43 mm -2	> 50 mm tanpa garis kaki	faint bercak kemerahan	garis kaki hanya di anterior	garis kaki sampai dengan 2/3 anterior	garis kaki di seluruh telapak	
Payudara	Imperceptible	sedikit perceptible	Arooa rata, tanpa bantalan	Arooa agak menonjol, bantalan 1-2 mm	Arooa menonjol, bantalan 3-4 mm	Arooa sangat menonjol bantalan 5-10 mm	
Mata/telinga	Kersipatan kelopak longgar -1 rsprat -2	Kalopak terbuka, daun telinga rata, tetap terlipat	Sedikit melengkung, lunak rekoni lambat	Langsung terbentuk baik, lunak, tapi rekoni baik	Bentuk & kekerasan sudah baik, rekoni langsung	Ti rawan cukup tebal, daun telinga sudah kaku	
Genital (pria)	Skrotum rata, halus	Skrotum kosong, guratn kulit halus	Testis di bagian atas kanal, guratn kulit jarang	Testis sudah turun, terlihat guratn cukup jelas	Testis jelas dalam skrotum, ruga cukup jelas	Testis sudah bergelayut, ruga cukup dalam	
Genital (wanita)	Kloris menonjol, labia rata	Kloris menonjol, labia minor kecil	Kloris menonjol, labia minor membesar	Labia minor dan mayor sama menonjol	Labia mayor besar, labia minor kecil	Labia mayor menutup kloris dan labia minor	

Tingkat maturitas

Skor	Minggu
-10	20
-5	22
0	24
5	26
16	28
15	30
26	32
25	34
30	36
35	38
46	40
45	42
56	44

### C. RANGKUMAN

1. Penatalaksanaan persalinan dikatakan berhasil apabila selain ibunya, bayi yang dilahirkan juga berada dalam kondisi yang optimal
2. Memberikan asuhan segera, aman dan bersih untuk bayi baru lahir merupakan bagian esensial dari asuhan BBL
3. Asuhan bayi baru lahir diberikan 0-28 hari.
4. Penilaian usia kehamilan, pada bayi dengan perkiraan atau dugaan prematur menggunakan *Ballard score*

### D. TUGAS

Pilihlah salah satu jawaban yang paling benar

1. Penilaian awal pada bayi baru lahir dilakukan pada ....
  - A. Saat mengeringkan bayi
  - B. Pada pemotongan tali pusat
  - C. 1 menit bersamaan dengan penilaian APGAR
  - D. 0-30 detik setelah bayi baru lahir
2. Tindakan segera untuk bayi baru lahir sebagai berikut, **kecuali** :
  - a. Mengisap lendir
  - b. Mengeringkan bayi dari air ketuban
  - c. Membungkus bayi dengan kain yang kering dan bersih
  - d. Merawat tali pusat
3. Untuk menghindari terjadinya hipotermi pada bayi baru lahir, sebaiknya dimandikan :
  - a. Segera setelah lahir
  - b. 30 menit setelah lahir
  - c. 6 jam setelah lahir
  - d. 12 jam setelah lahir

4. Kehilangan panas yang terjadi saat bayi terpapar dengan udara sekitar yang lebih dingin :
  - A. Evaporasi
  - B. Konduksi
  - C. Konveksi
  - D. Radiasi
5. Kehilangan panas terjadi karena penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh bayi :
  - a. Evaporasi
  - b. Konduksi
  - c. Konveksi
  - d. Radiasi
6. Bukan upaya pencegahan infeksi pada bbl :
  - a. Pertolongan persalinan aman
  - b. Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan
  - c. Menyusui asi dini
  - d. Deteksi dini infeksi

## E. REFERENSI

- Jaringan Nasional Pelatihan Klinik Kesehatan Reproduksi (JNPKKR) 2017. *Auhan Persalinan Normal*. Buku Acuan. Jakarta
- Kemendes RI 2014. Upaya Kesehatan Anak. Peraturan Menteri Kesehatan No 25.
- Kemendes RI 2023. Buku KIA (Kesehatan Ibu dan Anak). Jakarta
- Legawati, 2018. *Auhan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. PT Wineka Media. Malang
- Suwanti, E . 2017. *Praktikum Auhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Jakarta. Badan PPSDM Kesehatan Kemendes RI

# **BAB IX PENATALAKSANAAN ASUHAN BAYI BARU LAHIR DENGAN ASFIKSIA**

(Surti Anggraeni,S.Kep.,M.Kes)

## **A. Tujuan Pembelajaran**

Mahasiswa memahami Penatalaksanaan asuhan bayi baru lahir dengan asfiksia

## **B. Materi**

### **1. Asfiksia Neonatorum**

#### **a. Pengertian**

Asfiksia neonatorum adalah keadaan gawat bayi yang tidak dapat bernafas spontan dan teratur, sehingga dapat meurunkan oksigen dan makin meningkatkan karbon dioksida yang menimbulkan akibat buruk dalam kehidupan lebih lanjut (Manuaba, 2007).

Asfiksia neonatorum adalah kegagalan bernapas yang terjadi secara spontan dan teratur pada saat lahir atau beberapa saat setelah lahir. Hal ini disebabkan oleh hipoksia janin dalam uterus dan hipoksia ini berhubungan dengan faktor-faktor yang timbul dalam kehamilan, persalinan, atau segera setelah bayi lahir. Akibat-akibat asfiksia akan bertambah buruk apabila penanganan bayi tidak dilakukan secara sempurna. Tindakan yang akan dikerjakan pada

bayi bertujuan mempertahankan kelangsungan hidupnya dan membatasi gejala-gejala lanjut yang mungkin timbul (Manuaba,2007).

Berdasarkan penjelasan diatas maka dapat disimpulkan bahwa asfiksia adalah bayi baru lahir yang tidak dapat bernapas secara spontan sehingga dibutuhkan penanganan segera setelah bayi lahir agar tidak menimbulkan akibat buruk dalam kelangsungan hidupnya

b. Klasifikasi Asfiksia

Menurut Abdoerrachman et al (2005) asfiksia neonatorum dibagi menjadi :

- 1) "*Vigorous baby*" Skor Apgar 7-10 dalam hal ini bayi dianggap sehat dan tidak memerlukan tindakan istimewa.
- 2) "*Mid moderate asphyxia*" asfiksia sedang dengan nilai Apgar skor 4-6.pada pemeriksaan jantung akan terlihat frekuensi jantung  $>100x$ /menit, tonus otot kurang baik atau baik, sianosis, reflex iritabilitas tidak ada.
- 3) Asfiksia berat dengan Apgar skor 0-3. Pada pemeriksaan fisik ditemukan frekuensi jantung  $<100x$ /menit, tonus otot buruk, sianosis berat, dan kadang- kadang pucat, reflex iritabilitas tidak ada.

c. Etiologi Asfiksia

1) Faktor ibu

Oksigenasi darah ibu yang tidak mencukupi akibat hipoventilasi selama anestesi, penyakit jantung, sianosis, gagal pernafasan, keracunan karbon monoksida, dan tekanan darah ibu yang

rendah akan menyebabkan asfiksia pada janin. Gangguan aliran darah uterus dapat menyebabkan berkurangnya pengaliran oksigen ke plasenta dan ke janin. Hal ini sering ditemukan pada gangguan kontraksi uterus, misalnya hipertoni, hipotoni atau tetani uterus akibat penyakit atau obat, hipotensi mendadak pada ibu karena perdarahan, hipertensi pada penyakit eklamsia dan lain-lain.

## 2) Faktor plasenta

Pertukaran gas antara ibu dan janin dipengaruhi oleh luas dan kondisi plasenta. Asfiksia janin dapat terjadi bila terdapat gangguan mendadak pada plasenta, misalnya: plasenta tipis, plasenta kecil, plasenta tak menempel, dan perdarahan plasenta.

## 3) Faktor fetus

Kompresi umbilikus dapat mengakibatkan terganggunya aliran darah dalam pembuluh darah umbilikus dan menghambat pertukaran gas antara ibu dan janin. Gangguan aliran darah ini dapat ditemukan pada keadaan: kompresi tali pusat, dan lain-lain.

## 4) Faktor neonatus

Depresi pusat pernapasan pada bayi baru lahir dapat terjadi oleh karena pemakaian obat anastesia/analgetik yang berlebihan pada ibu secara langsung dapat menimbulkan depresi pusat pernapasan janin, maupun karena trauma yang terjadi pada persalinan, misalnya perdarahan intra kranial. Kelainan kongenital pada bayi,

misalnya hernia diafragmatika, atresia atau stenosis saluran pernafasan, hypoplasia paru dan lain-lain.

#### 5) Faktor persalinan

Partus lama adalah persalinan yang berlangsung lebih dari 1-2 jam pada primi, dan lebih dari 1 jam pada multi. Partus lama masih merupakan suatu masalah di Indonesia karena seperti kita ketahui, bahwa 80% dari persalinan masih ditolong oleh dukun. Baru sedikit sekali dari dukun beranak yang telah ditatar sekedar mendapat kursus dukun.

Seksio sesarea adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan sayatan rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram (Prawirohardjo, 2005).

#### d. Patofisiologi

Pernafasan spontan bayi baru lahir bergantung pada kondisi janin pada masa kehamilan dan persalinan. Pada saat lahir dan bayi mengambil napas pertama, udara memasuki alveoli paru dan cairan paru diabsorpsi oleh jaringan paru. Pada napas kedua dan berikutnya, udara yang masuk ke alveoli bertambah banyak dan cairan paru diabsorpsi sehingga seluruh alveoli berisi udara yang mengandung oksigen. Aliran darah ke paru meningkat secara dramatis. Hal ini disebabkan ekspansi paru yang membutuhkan tekanan puncak inspirasi dan tekanan ekspirasi lebih tinggi. Ekspansi paru dan peningkatan tekanan oksigen alveoli



menyebabkan penurunan resistensi vaskuler paru dan peningkatan aliran darah paru setelah lahir. Aliran intrakardial dan ekstrakardial mulai beralih arah yang kemudian diikuti penutupan duktus arteriosus. Kegagalan penurunan resistensi vaskular paru menyebabkan hipertensi pulmonal persisten pada BBL, dengan aliran darah paru yang inadkuat dan hipoksemia relatif. Ekspansi paru yang inadkuat menyebabkan gagal napas.

Proses kelahiran sendiri selalu menimbulkan asfiksia ringan yang bersifat sementara pada bayi atau asfiksia *transient*. Proses ini dianggap sangat perlu untuk merangsang kemoreseptor pusat pernafasan agar terjadi “primary gasping” yang kemudian akan berlanjut dengan pernafasan teratur. Bila terdapat gangguan pertukaran gas dan pengangkutan O<sub>2</sub> selama kehamilan persalinan, akan terjadi asfiksia yang lebih berat. Keadaan ini akan mempengaruhi fungsi sel tubuh dan bila tidak teratasi akan menyebabkan

kematian. Kerusakan dan gangguan fungsi ini dapat reversibel/tidak tergantung kepada berat dan lamanya asfiksia.

Secara klinis asfiksia terjadi dimulai dengan suatu periode apnea atau *primary apnea* disertai dengan penurunan frekuensi jantung. Selanjutnya bayi akan memperlihatkan usaha bernafas atau *gaspings* yang kemudian diikuti oleh pernafasan teratur. Pada penderita asfiksia berat, usaha bernafas ini tidak tampak dan bayi selanjutnya berada dalam periode

apnea kedua atau *secondaryapnea*. Pada tingkat ini selain bradikardi ditemukan pula penurunan tekanan darah. Disamping terjadi perubahan klinis, akan terjadi gangguan metabolisme dan perubahan keseimbangan asam basa pada tubuh bayi.

Pada tingkat pertama gangguan pertukaran gas mungkin hanya menimbulkan asidosis respiratorik. Bila gangguan berlanjut, dalam tubuh bayi akan terjadi proses metabolisme anaerobik yang berupa glikolisis glikogen tubuh, sehingga sumber glikogen tubuh terutama pada jantung dan hati akan berkurang. Asam organik yang terjadi akibat metabolisme ini akan menyebabkan timbulnya asidosis metabolik. Pada tingkat selanjutnya akan terjadi perubahan kardiovaskuler yang disebabkan oleh beberapa keadaan diantaranya:

- 1) Hilangnya sumber glikogen dalam jantung akan mempengaruhi fungsi jantung.  
Terjadinya asidosis metabolik akan mengakibatkan menurunnya sel
- 2) Pengisian udara alveolus yang kurang adekuat akan menyebabkan tetap tingginya resistensi pembuluh darah paru sehingga sirkulasi darah ke paru dan sistem sirkulasi tubuh lain akan mengalami gangguan.

Keadaan ini akan berakibat buruk terhadap sel otak dan otak akan mengalami kerusakan dan dapat menimbulkan kematian atau gejala sisa pada kehidupan bayi (Abdoerrachman et al., 2005; Kosim, S. et al., 2012).

e. Manifestasi klinis

1) Asfiksia berat (nilai APGAR 0-3)

Pada kasus asfiksia berat, bayi akan mengalami asidosis sehingga memerlukan perbaikan dan resusitasi aktif dengan segera. Tanda dan gejala yang muncul pada asfiksia berat antara lain: frekuensi jantung < 40 kali per menit, tidak ada usaha panas, tonus otot lemah bahkan hampir tidak ada, bayi tidak dapat memberikan reaksi jika diberikan rangsangan, bayi tampak pucat bahkan sampai berwarna kelabu, terjadi kekurangan oksigen yang berlanjut sebelum atau sesudah persalinan.

2) Asfiksia sedang (nilai APGAR 4-6)

Pada asfiksia sedang, tanda dan gejala yang muncul antara lain: frekuensi jantung menurun menjadi 60-80 kali per menit, usaha panas lambat, tonus otot biasanya dalam keadaan baik, bayi masih bisa bereaksi terhadap rangsangan yang diberikan, bayi tampak sianosis, tidak terjadi kekurangan oksigen yang bermakna selama proses persalinan.

3) jaringan, termasuk otot jantung, sehingga menimbulkan kelemahan jantung. Asfiksia ringan (nilai APGAR 7-10)

Pada asfiksia ringan, tanda dan gejala yang sering muncul antara lain: napas lebih dari 100 kali per menit, warna kulit bayi tampak kemerah-

merahan, gerak/tonus otot baik, bayi menangis kuat (Yuliana, 2012).

f. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada neonatal dengan asfiksia, meliputi:

- 1) Nilai APGAR: memberikan pengkajian yang cepat mengenai kebutuhan untuk resusitasi neonatal.
- 2) Rontgen thoraks dan abdomen: untuk menyingkirkan abnormalitas/cedera struktural dan penyebab masalah ventilasi.
- 3) Pemeriksaan ultrasonografi kepala: untuk mendeteksi abnormalitas/cedera kranial atau otak atau adanya malformasi kongenital.
- 4) Kultur darah: untuk menyingkirkan atau memastikan adanya bakteremia.
- 5) Skrining toksikologi: untuk menemukan adanya toksisitas obat atau kemungkinan sindrom alkohol janin atau *fetal alcohol syndorome*.
- 6) Skrining metabolisme: untuk menyingkirkan adanya gangguan endokrin atau metabolisme

g. Penatalaksanaan

- 1) Menurut Kosim, S. et al (2008) penatalaksanaan resusitasi pada bayi asfiksia adalah:

a) Persiapan peralatan dan obat-obatan

Kebutuhan resusitasi tidak selalu dapat diprediksi, tetapi dapat diantisipasi. Karena itu, peralatan dan obat untuk resusitasi yang lengkap harus tersedia pada setiap

persalinan. Peralatan dan obat tersebut harus diperiksa secara reguler. Pada setiap akan berlangsung persalinan, peralatan untuk resusitasi BBL harus diperiksa, di uji, dan diyakinkan baik fungsinya. Demikian pula obat untuk resusitasi BBL harus disiapkan dengan baik.

b) Persiapan keluarga

Komunikasi dengan keluarga merupakan hal penting. Pada setiap persalinan risiko tinggi diperlukan komunikasi antara petugas yang merawat dan bertanggung jawab terhadap ibu dan bayinya dengan ibu bayi, suami atau keluarga.

c) Persetujuan tindakan medik

Petugas seharusnya mendiskusikan rencana tatalaksana bayi dan memberikan informasi kepada keluarga. Apabila keluarga sudah menyetujui tatalaksana atau tindakan yang akan dilakukan, petugas meminta persetujuan tindakan medis secara tertulis.

d) Persiapan dan antisipasi untuk menjaga bayi tetap hangat

Bayi baru lahir mempunyai risiko mengalami hipotermia yang menyebabkan peningkatan konsumsi oksigen dan keputusan resusitasi. Karena

itu, pencegahan kehilangan panas pada BBL merupakan hal penting, bahkan pada bayi

kurang bulan memerlukan upaya tambahan. Lingkungan/ruangan tempat melahirkan harus dijaga suhunya supaya tidak menyebabkan bayi menderita hipotermia. Bila resusitasi tidak diperlukan, bayi dapat diletakkan ditubuh ibunya, di dada atau perut dengan cara kontak kulit ibu dengan kulit bayi. Bayi akan tetap hangat karena sumber panas dari tubuh ibunya.

## C. Rangkuman

### 1. Pengertian

Asfiksia neonatorum atau disebut asfiksia perinatal adalah kondisi ketika janin tidak mendapatkan aliran darah atau pertukaran udara yang cukup saat sebelum, selama, atau setelah proses persalinan. Kondisi ini tergolong serius karena dapat menyebabkan gangguan perkembangan, bahkan kematian bayi. Penyakit asfiksia neonatorum dapat pula menyebabkan gangguan perkembangan bayi hingga saat dewasa nanti.

### 2. Faktor Risiko

Faktor risiko yang dapat menyebabkan asfiksia neonatorum antara lain:

- Preeklampsia
- Cairan ketuban terdapat mekonium
- Persalinan lama lebih dari 24 jam
- Gawat janin
- Perdarahan selama kehamilan
- Berat badan lahir rendah
- Kelahiran prematur
- Persalinan secara operasi caesar

- Persalinan menggunakan alat bantu
- Diabetes mellitus gestasional

### 3. Gejala

Beberapa tanda dan gejala asfiksia neonatorum yang diperlihatkan bayi adalah sebagai berikut:

- Kulit bayi tampak pucat atau kebiruan
- Bibir kebiruan
- Otot-otot di dada terlihat berkontraksi untuk membantu pernapasan
- Denyut jantung terlalu cepat atau terlalu lambat
- Bayi tampak lunglai
- Bayi terdengar merintih

### 4. Diagnosis

Ada tidaknya asfiksia neonatorum dapat langsung diketahui oleh dokter sesaat setelah bayi lahir dengan menghitung skor APGAR, yaitu:

- *Appearance* (apakah bayi tampak biru atau tidak)
- *Pulse* (menilai denyut jantung bayi)
- *Grimace* (menilai respons bayi bila diberi rangsangan)
- *Activity* (melihat kontraksi otot bayi)
- *Respiration* (menilai bunyi napas bayi, terdengar atau tidak)

Masing-masing komponen tersebut diberi skor 0, 1, atau 2. Semakin baik kondisi bayi, skor APGAR semakin tinggi. Seorang bayi dianggap mengalami asfiksia neonatorum bila skor APGARnya di bawah 7. Selain pemeriksaan skor APGAR, umumnya foto rontgen dada juga akan dilakukan untuk membantu mengetahui lebih detail penyebab asfiksia neonatorum.

## 5. Pengobatan

Cara mengobati asfiksia neonatorum berbeda-beda, bergantung pada penyebabnya. Namun secara umum, bayi yang mengalami asfiksia neonatorum akan mendapatkan

### a. Suplementasi Oksigen

Pemberian oksigen saat lahir dan perlu menjalani perawatan yang intensif di rumah sakit. Bila asfiksia neonatorum disebabkan oleh gangguan membran hialin, umumnya bayi akan dipasang CPAP (*continuous positive airway pressure*). Alat ini membantu pernapasan bayi dengan cara memasukkan tekanan positif ke paru sehingga paru mengembang. Selain itu, surfaktan (zat untuk mengembangkan paru) juga dapat diberikan.

### b. Menyedot Mekonium

Jika asfiksia disebabkan oleh sindrom aspirasi mekonium, segera setelah bayi lahir, dokter akan menyedot mekonium di sepanjang saluran pernapasan menggunakan *suction*. Apabila mekonium yang masuk ke saluran napas cukup banyak, umumnya pemasangan ventilator dan perawatan di ICU juga perlu dilakukan.

### c. Pemberian Antibiotik

Selain itu, umumnya antibiotik juga diberikan untuk mencegah dan mengatasi infeksi paru. Jika asfiksia neonatorum terjadi akibat pneumonia, pengobatan dengan antibiotik wajib diberikan agar efektif. Antibiotik akan diberikan dengan cara disuntik atau diinfus ke pembuluh darah bayi.



Asfiksia yang disebabkan oleh *transient tachypnea of newborn* umumnya akan hilang dengan sendiri dalam waktu tiga hari setelah lahir. Selama sesak masih terjadi, biasanya bayi cukup diberikan oksigen.

#### D. Tugas

Seorang bayi laki-laki lahir dari seorang ibu G1P0A0 dengan kehamilan lebih bulan. Bayi letak kepala, dilahirkan melalui sectio caesaria atas indikasi gawat janin, ketuban tercampur mekonium. Saat baru lahir bayi tidak bernafas.

#### Penilaian

- Apa penilaian saudara terhadap keadaan bayi saat lahir?
- Apa yang harus segera dilakukan berdasarkan penilaian saudara?

#### F. DAFTAR PUSTAKA

Bandiyah, S. 2009. *Kehamilan, Persalinan dan Gangguan Kehamilan*. Yogyakarta: Nuha Medika

Constance, S. 2010. *Buku Saku Kebidanan*. Jakarta: Buku Kedokteran ECG

Depkes RI. 2008. *Profil Dinas Kesehatan Republik Indonesia tahun 2008*.

\_\_\_\_\_. 2009. *Profil Dinas Kesehatan Republik Indonesia tahun 2009*

Dewi, S. 2011. *Asuhan Kehamilan untuk Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika

Erawati, D.A. 2010. *Asuhan Kebidanan Persalinan Normal*. Jakarta : Kedokteran EGC

JNPK-KR. 2017. *Buku Acuan Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta

Khumaira, M. 2012. *Ilmu Kebidanan*. Yogyakarta : Citra Pustaka Yogyakarta

Mandriwati, G.A. 2011. *Asuhan Kebidanan Antenatal: Penuntun Belajar*. Jakarta : EGC

Muslihatun, W.N. 2010. *Asuhan Neonatus Bayi dan Balita*. Yogyakarta: Fitramaya

Nurhayati. 2015. *Buku Saku Asuha Bayi Normal*. Jakarta: Trans Info Media

Putri, S.S dkk. 2012. *Konsep Kebidanan*. Yogyakarta. Graha Ilmu

Rochmah, et all. 2012. *Panduan Belajar: Asuhan Neonatus, Bayi, dan Balita*. Jakarta: Salemba Medika

Rohani, et all. 2010. *Asuhan Kebidanan pada Masa Bersalin*. Jakarta : Salemba Medika

Rukiyah, 2010. *Asuhan Kebidanan 4 (Patologis)*. Jakarta: TIM.

Saleha, S. 2009. *Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas*. Jakarta : Salemba Medika.

Saifuddin, Abdul Bari. 2006. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal* . Jakarta: YBP-SP.

Salmah, Mariana,dkk. 2006. *Asuhan Kebidanan Antenatal*. Jakarta : EGC

Sulistiyawati,Ari dan Esti Nugraheny. 2010. *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin*. Jakarta. Salemba Medika.

Sumarah, dkk. 2009. *Perawatan Ibu Bersalin (Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin)*. Jakarta: Fitramaya.

- Taber, Ben-zion. 1994. *Gawat Darurat Obstetri Gynekologi Sosial untuk Tenaga Kesehatan*. Jakarta : Kedokteran EGC
- Varney, Hellen. 1997. *Buku Saku Bidan*. Jakarta: EGC
- Walyani, E. S. 2015. *Asuhan Kebidanan pada Kehamilan*. Yogyakarta: Pustaka Baru Pres
- Wiknjosastro, Hanifa. 2007. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta. YBPSP
- \_\_\_\_\_ 2009. *Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- \_\_\_\_\_ 2013. *Ilmu Kebidanan Edisi 4*. Jakarta : PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo LEGAWATI



# **BAB X ASUHAN KEBIDANAN PADA KALA III DAN IV PERSALINAN**

**(Adriana Nara, S.Si.T., M.Kes)**

## **A. Tujuan pembelajaran :**

Pada akhir pembelajaran, mahasiswa mampu:

1. Memahami tentang manajemen aktif kala II
2. Memahami tentang fisiologi kala III
3. Memahami tentang manajemen asuhan kebidanan pada kala III
4. Memahami tentang bentuk kegawatdaruratan kala III
5. Memahami tentang mekanisme dan tanda pelepasan plasenta

## **B. Materi :**

### **1. Pengertian :**

Kala III adalah : Persalinan kala tiga dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban.

### **2. Langkah Manajemen Kala III**

Manajemen aktif kala III terdiri dari :

- a. Pemberian suntikan oksitosin dalam 1 menit (pertama) setelah bayi lahir

- 1) Letakkan bayi baru lahir diatas handuk/kain bersih yang telah disiapkan di perut bawah ibu, selimuti bayi dan minta ibu atau pendamping untuk membantu memegang bayi tersebut
- 2) Pastikan tidak ada bayi lain (undiagnosed twin) didalam uterus
- 3) Beritahu ibu akan disuntik
- 4) Segera suntikkan oksitosin 10 iu IM antara bawah dan tengah lateral paha
- 5) Letakkan kembali alat suntik pada tempatnya, setelah bayi dikeringkan, ganti dengan kain bersih dan kering, kemudian lakukan penjepitan dan potong tali pusat (2-3 menit setelah bayi lahir). Ikat erat tali pusat.
- 6) Lakukan IMD kontak kulit ke-kulit dan selimuti ibu dan bayi.

Oksitosin harus disimpan pada suhu 2-80 C baik selama dikamar bersalin maupun pada saat disimpan di gudang penyimpanan obat. Tersedia juga jenis oksitosin yang dapat disimpan pada temperatur 15-210 C (tergantung pembuatnya), tetapi jika disimpan pada temperatur diatas batas toleransi temperatur tersebut, maka oksitosin akan rusak dan menjadi tidak efektif. Menurut temuan studi RS PONEK (Jakarta, 2011) suhu rata- rata kamar bersalin 25° - 27° C.

b. Melakukan penegangan tali pusat terkendali

- 1) Berdiri disamping ibu
- 2) Pindahkan klem (penjepit tali pusat) sekitar 5-10 cm dari vulva
- 3) Letakkan tangan yang lain pada abdomen ibu (beralaskan kain) tepat diatas simpisis pubis. Gunakan tangan ini untuk meraba kontraksi uterus dan menekan uterus secara dorso cranial pada saat terjadi kontraksi,

tegangkan tali pusat. Lahirkan plasenta yang sudah terlepas dari dinding rahim secara hati-hati untuk mencegah terjadinya inversio uteri. Setelah plasenta terlepas dari dinding uterus, anjurkan ibu untuk meneran agar plasenta terdorong keluar melalui introitus vagina. Bantu kelahiran plasenta dengan cara menegangkan dan mengarahkan tali pusat sejajar dengan lantai (mengikuti poros jalan lahir)

- 4) Jika plasenta belum lepas, tunggu hingga uterus berkontraksi kembali (sekitar 2-3 menit) dan lakukan PTT kembali

Jika setelah 15 menit melakukan PTT dan dorongan dorso cranial, plasenta belumlepas, ulangipemberianoksitosin 10 iu IM. Tunggu kontraksi yangkuat kemudian ulangi PTT dan dorso cranial hingga plasenta dapat dilahirkan. ”Jangan melakukan penegangan tali pusat tanpa diikuti tekanan dorso cranial secara serentak pada bagian bawah uterus (diatas simfisis)”

- c. Melakukan masase fundus uteri segera setelah plasenta lahir
  - 1) Letakkan telapak tangan pada fundus uteri
  - 2) Jelaskan tindakan kepada ibu, katakan bahwa ibu mungkin merasa agak sedikit tidak nyaman karena tindakan yang diberikan. Anjurkan ibu untuk mengatur nafas serta rileks
  - 3) Dengan lembut tapi mantap gerakkan tangan dengan arah memutar pada fundus uteri supaya uterus berkontraksi. Jika uterus tidak berkontraksi dalam waktu 15 detik, lakukan penatalaksanaa natonia uteri
  - 4) Periksa plasenta dan selaputnya untuk memastikan lengkap dan utuh
  - 5) Periksa kembali uterus setelah 1-2 menit untuk memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan ajarkan ibu dan keluarga cara melakukan masase uterus sehingga

mampu untuk mengetahui jika uterus tidak berkontraksi dengan baik

- 6) Periksa kontraksi uterus tiap 15 menit selama 1 jam pertama dan setiap 30 menit selama 1 jam kedua.

Memperkirakan kehilangan darah Sangat sulit untuk memperkirakan kehilangan darah secara tepat, karena darah seringkali bercampur dengan cairan ketuban atau urin, dan mungkin terserap handuk, kain atau sarung. Meletakkan wadah atau pispot dibawah bokong ibu bukanlah cara yang efektif untuk mengukur kehilangan darah juga tidak mencerminkan asuhan sayang ibu karena berbaring diatas wadah atau pispot sangat tidak nyaman dan menyulitkan ibu untuk memegang dan menyusui bayinya.

Cara tak langsung untuk mengukur kehilangan darah adalah melalui penampakan gejala, dan mengukur tanda vital (nadi dan tekanan darah). Apabila perdarahan menyebabkan ibu lemas, pusing, tachicardi dan hipotensi (sistolik turun > 30 mmHg dari kondisi sebelumnya) maka telah terjadi perdarahan 500 ml - 1000 ml. Bila ibu mengalami syok hipovolemik, maka ibu telah kehilangan darah 50 % (2000 -2500 ml). Penting sekali untuk selalu memantau keadaan umum ibu dan menilai jumlah kehilangan darah ibu selama kala IV melalui tanda vital, jumlah darah yang keluar dan kontraksi uterus.

Atonia uteri Atonia uteri adalah suatu kondisi dimana miometrium tidak dapat berkontraksi dan jika ini terjadi maka darah yang keluar dari bekas tempat melekatnya plasenta menjadi tidak terkendali Seorang ibu dapat meninggal karena perdarahan pasca persalinan dalam waktu kurang dari 1 jam. Atonia menjadi penyebab lebih dari 90 % perdarahan pasca persalinan yang terjadi dalam 24 jam setelah kelahiran bayi. Sebagian besar kematian ibu akibat perdarahan pasca persalinan terjadi pada beberapa jam pertama setelah kelahiran bayi.

Pemantauan melekat pada semua ibu pasca persalinan serta mempersiapkan diri untuk menata-laksana atonia uteri



pada setiap kelahiran merupakan tindakan pencegahan yang sangat penting. Meskipun beberapa faktor-faktor telah diketahui dapat meningkatkan risiko perdarahan pasca persalinan, 2/3 kasus perdarahan pasca persalinan terjadi pada ibu tanpa risiko. Karena alasan tersebut maka manajemen aktif kala III merupakan hal yang sangat penting dalam upaya menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu akibat perdarahan pasca persalinan.

#### Prosedur Kala IV

Kala IV adalah fase setelah plasenta lahir hingga 2 jam postpartum. Pada kala ini dilakukan penilaian perdarahan pervaginam, bila ditemukan robekan jalan lahir maka perlu dilakukan *hecting*. Setelah itu, tenaga medis harus menilai tanda-tanda vital ibu, memastikan kontraksi uterus baik, dan memastikan tidak terjadi perdarahan postpartum.

Selain itu, ibu sebaiknya dimotivasi untuk melakukan IMD dalam waktu minimal 1 jam setelah melahirkan. Setelah proses IMD selesai atau 1 jam setelah lahir, bayi akan diberikan suntikan vitamin K intramuskular di anterolateral paha kiri, dan 1 jam setelahnya diberikan imunisasi hepatitis B pada anterolateral paha kanan. Memandikan bayi selama 24 jam pertama sebaiknya dihindari untuk mencegah hipotermia.[1-3]

#### **Follow Up**

Follow up persalinan normal dilakukan pada kala IV. Setelah proses melahirkan selesai perlu dilakukan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam. Observasi dilakukan setiap 15 menit pada 1 jam pertama, dan setiap 30 menit pada 1 jam kedua. Pemantauan lain yang dilakukan adalah tekanan darah, nadi, dan fungsi kandung kemih.

Pengukuran suhu dapat dilakukan setiap jam selama 2 jam pertama. Perhatikan tanda bahaya yang muncul pada ibu setelah melahirkan, seperti perdarahan pervaginam yang semakin banyak, tanda syok, tingkat kesadaran, perubahan pola

napas seperti dispnea atau takipnea, demam, sefalgia dengan pandangan kabur, nyeri dada, gangguan urine, nyeri pada perineum disertai tanda infeksi, dan bau pada cairan vagina.

Penyulit dan komplikasi yang terjadi pada masa persalinan dapat mengancam jiwa ibu. Untuk mendukung keterampilan seorang bidan dalam menolong persalinan perlu memiliki pengetahuan yang luas serta keahlian bidan dalam mengatasi resiko tinggi. Kemampuan tersebut sangat penting bagi bidan karena apabila kejadian yang merugikan dapat di prediksi dan dilakukan tindakan untuk pencegahan atau bidan siap menanganinya secara efektif. Dalam modul ini anda akan mempelajari asuhan persalinan dengan beberapa penyulit yang dapat mengancam jiwa ibu, sehingga diperlukan pengetahuan yang luas serta keahlian bidan dalam mengatasi resiko tinggi. Kemampuan tersebut sangat penting bagi bidan karena apabila kejadian yang merugikan dapat di prediksi dan dilakukan tindakan untuk pencegahan atau bidan siap menanganinya secara efektif, sehingga kemungkinan perbaikan pada ibu dan bayi akan meningkat. Kemampuan tersebut juga sangat penting bagi mahasiswa, karena kemampuan ini akan menjadi bekal saat belajar di klinik dan Rumah Sakit untuk bisa memberikan asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan baik.

#### KOMPLIKASI YANG SERING TERJADI PADA KALA III DAN IV PERSALINAN

##### Perdarahan Post Partum Primer

Perdarahan pasca persalinaan adalah kehilangan darah lebih dari 500 ml melalui jalan lahir yang terjadi selama atau setelah persalinan kala III. Perdarahan pasca persalinan primer terjadi dalam 24 jam pertama. Ada beberapa kemungkinan penyebab yaitu:

- a. Atonia uteri
- b. Perlukaan jalan lahir

- c. Retensio plasenta
- d. Tertinggalnya sebagian plasenta di dalam uterus
- e. Kelainan proses pembekuan darah akibat hipofibrinogenemia
- f. Penatalaksanaan kala III yang salah.

### 3. Atonia Uteri

- a. Pengertian Atonia uteri merupakan penyebab terbanyak perdarahan post partum dini (50%), dan merupakan alasan paling sering untuk melakukan histerektomi post partum. Kontraksi uterus merupakan mekanisme utama untuk mengontrol perdarahan setelah melahirkan. Atonia terjadi karena kegagalan mekanisme ini. Atonia uteri adalah keadaan lemahnya tonus/kontraksi rahim yang menyebabkan uterus tidak mampu menutup perdarahan terbuka dari tempat implantasi plasenta setelah bayi dan plasenta lahir.
- b. Etiologi Atonia uteri dapat terjadi pada ibu hamil dan melahirkan dengan faktor predisposisi (penunjang), seperti:
  - 1) Regangan rahim berlebihan, seperti: gemeli makrosomia, polihidramnion atau paritas tinggi.
  - 2) Umur yang terlalu muda atau terlalu tua.
  - 3) Multipara dengan jarak kelahiran yang pendek.
- d. Partus lama/partus terlantar
- e. Malnutrisi

- f. Penanganan yang salah dalam usaha melahirkan plasenta, misalnya: plasenta belum terlepas dari dinding uterus.
- g. Adanya mioma uteri yang mengganggu kontraksi rahim.

### Penatalaksanaan

- a. Masase fundus uteri segera setelah lahirnya plasenta (maksimal 15 detik)
- b. Pastikan bahwa kantung kemih kosong
- c. Lakukan kompresi bimanual interna selama 5 menit. Kompresi uterus ini akan memberikan tekanan langsung pada pembuluh terbuka di dinding dalam uterus dan merangsang miometrium untuk berkontraksi.
- d. Anjurkan keluarga untuk melakukan kompresi bimanual eksterna.
- e. Keluarkan tangan perlahan - lahan.
- f. Berikan ergometrin 0,2 mg IM (jangan diberikan bila hipertensi).
- g. Ergometrin akan bekerja selama 5-7 menit dan menyebabkan kontraksi uterus.
- h. Pasang infuse menggunakan jarum ukuran 16 atau 18 dan berikan 500 cc ringer laktat +20 unit oksitosin

- i. Ulangi kompresi bimanual interna (KBI) yang digunakan bersama ergometrin dan oksitosin akan membantu uterus berkontraksi.
- j. Dampingi ibu ketempat rujukan. Teruskan melakukan KBI. Kompresi uterus ini memberikan tekanan langsung pada pembuluh terbuka dinding uterus dan merangsang miometrium untuk berkontraksi.
- k. Lanjutkan infuse ringer laktat +20 unit oksitosin dalam 500 ml larutan dengan laju 500 ml/jam hingga tiba ditempat rujukan. Ringer laktat kan membantu memulihkan volume cairan yang hilang selama perdarahan.

#### 4. RETENSIO PLASENTA

- a. Pengertian Retensio plasenta adalah lepas plasenta tidak bersamaan sehingga masih melekat pada tempat implantasi, menyebabkan retraksi dan kontraksi otot uterus sehingga sebagian pembuluh darah tetap terbuka serta menimbulkan perdarahan
- b. Etiologi
  - 1) Faktor maternal: gravida tua dan multiparitas.
  - 2) Faktor uterus: bekas section caesarea, bekas pembedahan uterus, tidak efektifnya kontraksi uterus, bekas kuretase uterus, bekas pengeluaran manual plasenta, dan sebagainya.
  - c. Faktor plasenta: plasenta previa, implantasi corneal, plasenta akreta dan kelainan bentuk plasenta.
- 3) Klasifikasi

- a) Plasenta adhesiva: plasenta yang melekat pada desidua endometrium lebih dalam.
  - b) Plasenta akreta: vili korialis tumbuh menembus miometrium sampai ke serosa.
  - c) Plasenta inkreta: vili korialis tumbuh lebih dalam dan menembus desidua endometrium sampai ke miometrium.
  - d) Plasenta perkreta: vili korialis tumbuh menembus serosa atau peritoneum dinding rahim.
  - e) Plasenta inkarserata: tertahannya plasenta di dalam kavum uteri disebabkan oleh konstiksi ostium uteri.
- c. Penatalaksanaan Apabila plasenta belum lahir  $\frac{1}{2}$ -1 jam setelah bayi lahir terlebih lagi apabila disertai perdarahan lakukan plasenta manual.

## 5. EMBOLI AIR KETUBAN

### a. Pengertian

Emboli air ketuban adalah masuknya air ketuban beserta komponennya kedalam sirkulasi darah ibu. Yang dimaksud komponen disini adalah unsur - unsur yang terdapat di air ketuban seperti lapisan kulit janin yang terlepas, rambut janin, lapisan lemak janin dan cairan kental.

b. Etiologi Belum jelas diketahui secara pasti.

c. Faktor Resiko

- 1) Multipara
- 2) Solusio plasenta
- 3) IUFD

- 4) Partus presipitatus
- 5) Suction curettage
- 6) Terminasi kehamilan
- 7) Trauma abdomen
- 8) Versi luar
- 9) Amniosentesis

d. Gambaran Klinik

- 1) Umumnya terjadi secara mendadak
- 2) Pasien hamil tiba - tiba mengalami kolaps
- 3) Menjelang akhir persalinan pasien batuk - batuk, sesak terengah - engah, dan kadan cardiac arrest.

e. Penatalaksanaan

- 1) Penatalaksanaan primer bersifat suportif dan diberikan secara agresif
- 2) Terapi awal adalah memperbaiki cardiac output dan mengatasi DIC
- 3) Bila anak belum lahir, lakukan section caesarea dengan catatan dilakukan setelah keadaan umum ibu stabil.
- 4) X-Ray torax memperlihatkan adanya edema paru dan bertambahnya ukuran atrium kanan dan ventrikel kanan.
- 5) Pemeriksaan laboratorium: asidosis metabolic (penurunan PaO<sub>2</sub> dan PaCO<sub>2</sub>)
- 6) Terapi tambahan:
  - a) Resusitas cairan
  - b) Infuse dopamine untuk memperbaiki cardiac output

- c) Adrenalin untuk mengatasi anafilaksis
- d) Terapi DIC dengan fresh frozen plasma
- e) Terapi perdarahan pasca persalinan dengan oksitosin
- f) Segera rawat di ICU

## 6. ROBEKAN JALAN LAHIR

Trauma jalan lahir perlu mendapatkan perhatian khusus, karena dapat menyebabkan:

- a. Disfungsional organ bagian luar sampai alat reproduksi vital
- b. Sebagai sumber perdarahan yang berakibat fatal.
- c. Sumber atau jalannya infeksi.

Klasifikasi robekan jalan lahir adalah sebagai berikut:

### a. Robekan Perineum

- 1) Pengertian Adalah robekan yang terjadi pada saat bayi lahir baik secara spontan maupun dengan alat atau tindakan. Robekan perineum umumnya terjadi pada garis tengah dan bisa menjadi luas apabila kepala janin lahir terlalu cepat.

### b. Etiologi

- 1) Kepala janin terlalu cepat lahir
- 2) Persalinan tidak dipimpin sebagaimana mestinya
- 3) Adanya jaringan parut pada perineum
- 4) Adanya distosia bahu
- 5)



### c. Klasifikasi

- 1) Derajat satu: robekan ini terjadi pada mukosa vagina, vulva bagian depan, kulit perineum.
- 2) Derajat dua: robekan ini terjadi pada mukosa vagina, vulva bagian depan, kulit perineum dan otot - otot perineum.
- 3) Derajat tiga: robekan ini terjadi pada mukosa vagina, vulva bagian depan, kulit perineum dan otot - otot perineum dan sfingter ani eksterna
- 4) Derajat empat: robekan dapat terjadi pada seluruh perineum dan sfingter ani yang meluas sampai ke mukosa.

### d. Penatalaksanaan

- 1) Derajat I: robekan ini kalau tidak terlalu besar, tidak perlu dijahit
- 2) Derajat II: lakukan penjahitan
- 3) Derajat III dan IV: lakukan rujukan

## 2. Robekan Serviks

### a. Pengertian

Persalinan selalu mengakibatkan robekan serviks, sehingga serviks seorang multipara berbeda dari yang belum melahirkan pervaginam. Robekan serviks yang luas menimbulkan perdarahan dan dapat menjalar ke segmen bawah uterus. Apabila terjadi perdarahan yang tidak berhenti meskipun plasenta sudah lahir lengkap dan uterus sudah

berkontraksi baik perlu diperkirakan perlukaan jalan lahir, khususnya robekan serviks uteri.

b. Etiologi

- 1) Partus presipitatus
- 2) Trauma karena pemakaian alat - alat kontrasepsi
- 3) Melahirkan kepala pada letak sungsang secara paksa, pembukaan belum lengkap.
- 4) Partus lama.

c. Diagnosis Diagnosis ditegakkan melalui pemeriksaan spekulum.

d. Penatalaksanaan

- 1) Jepit klem ovum pada ke-2 biji sisi portio yang robek, sehingga perdarahan dapat segera dihentikan.
- 2) Jika setelah eksplorasi lanjutan tidak dijumpai robekan lain, lakukan penjahitan dimulai dari ujung atas robekan kearah luar sehingga semua robekan dapat dijahit.
- 3) Setelah tindakan periksa TTV, KU, TFU dan perdarahan
- 4) Beri antibiotic profilaksis, kecuali bila jelas - jelas ditemui tanda - tanda infeksi.

### 3. Robekan Dinding Vagina

Perlukaan vagina yang tidak berhubungan dengan luka perineum tidak sering dijumpai. Robekan terjadi pada dinding lateral dan baru terlihat pada pemeriksaan speculum.

#### a. Penatalaksanaan

- 1) Pada robekan yang kecil dan superfisiil, tidak diperlukan penanganan khusus.
- 2) Pada robekan yang lebar dan dalam, perlu dilakukan penjahitan secara jelujur.
- 3) Apabila perdarahan tidak bisa diatasi, lakukan laparotomi dan pembukaan ligamentum latum.
- 4) Jika tidak berhasil, lakukan pengangkatan arteri hipogastrika.

### 4. Inversio Uteri

- a. Pengertian Inversion uteri adalah keadaan dimana fundus uteri terbalik sebagian atau seluruhnya ke dalam kavum uteri. Uterus dikatakan mengalami inverse jika bagian dalam menjadi diluar saat melahirkan plasenta. Reposisi sebaiknya dilakukan dengan berjalannya waktu, lingkaran konstiksi sekitar uterus yang terinversi akan mengecil dan uterus akan terisi darah.

## b. Etiologi

- 1) Grande multipara
- 2) Atonia uteri
- 3) Kelemahan alat kandungan
- 4) Tekanan intraabdominal yang tinggi (batuk dan mengejan)
- 5) Cara crade yang berlebihan
- 6) Tarikan tali pusat
- 7) Manual plasenta yang terlalu dipaksakan
- 8) Retensio plasenta

## c. Penatalaksanaan

- 1) Lakukan pengkajian ulang
- 2) Pasang infuse
- 3) Berikan petidin dan diazepam IV dalam spuit berbeda secara perlahan - lahan, atau anastesia umum jika diperlukan.
- 4) Basuh uterus dengan antiseptic dan tutup dengan kain basah (NaCl hangat) menjelang operasi
- 5) Lakukan reposisi

## 5. Syok Obstetrik

### a. Pengertian

Syok adalah suatu keadaan disebabkan gangguan sirkulasi darah ke dalam jaringan sehingga tidak dapat memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi jaringan yang tidak mampu mengeluarkan hasil metabolisme.

### b. Penyebab

- 1) Perdarahan
- 2) Infeksi berat
- 3) Solusio plasenta
- 4) Inversion uteri
- 5) Emboli air ketuban
- 6) Komplikasi anestesi

### c. Gejala Klinik

- 1) Tekanan darah menurun
- 2) Nadi cepat dan lemah
- 3) Keringat dingin
- 4) Sianosis jari - jari

- 5) Sesak nafas
  - 6) Penglihatan kabur
  - 7) Gelisah
  - 8) Oligouria
- d. Penatalaksanaan Penanganan syok terdiri dari tiga garis utama, yaitu:
- 1) Pengembalian fungsi sirkulasi darah dan oksigenasi
  - 2) Eradikasi infeksi
  - 3) Koreksi cairan dan elektrolit.

### **C. Rangkuman**

Komplikasi persalinan kala III dan IV merupakan masalah yang terjadi setelah janin lahir/berada diluar rahim. Komplikasi yang terjadi adalah perdarahan yang sering menyebabkan kefatalan/kematian bila tidak ditangani sesegera mungkin. Perdarahan post partum dibagi menjadi dua yaitu perdarahan primer dan sekunder, perdarahan primer terjadi dalam 24 jam pertama dan sekunder sesudah itu. Hal-hal yang menyebabkan perdarahan post partum adalah: Atonia uteri, retensio plasenta, perlukaan jalan lahir, terlepasnya sebagian plasenta dari uterus, tertinggalnya sebagian dari plasenta umpamanya klotiledon atau plasenta suksenturiata. Kadang-kadang perdarahan disebabkan oleh kelainan proses pembekuan darah akibat dari hipofibrinogenemia (solution plasenta, retensi janin mati dalam uterus, emboli air ketuban). Penanganan yang dilakukan pada setiap kasus berbeda-beda tergantung pada kasus yang

diderita/banyaknya perdarahan. Misalnya pada atonia uteri penanganannya dengan melakukan Kompresi Bimanual Interna/Eksterna, bila perdarahan tidak dapat diatasi untuk menyelamatkan nyawa ibu maka dilakukan histerektomi supravaginal. Pada retensio plasenta penanganannya manual plasenta. Sedang pada inversion uteri penanganannya dengan reposisi pervaginam jika masih tetap maka dilakukan laparotomi, dan pada perlukaan jalan lahir maka penanganannya dengan penjahitan.

#### **D. Tugas**

##### **KASUS I:**

Ny. R umur 21 tahun G2P1A0, hamil 40 minggu, datang ke bidan D pukul 17.00 WIB ingin melahirkan. Hasil palpasi: kepala teraba pada satu sisi kanan perut ibu dan bokong pada sisi lainnya, bagian bawah perut ibu teraba kosong. His 5x/10 menit/40 detik. VT pembukaan 5 cm ketuban utuh.

##### **Soal:**

1) Data fokus untuk mendukung diagnosa dari kasus Ny Q adalah ...

- A. Hamil 40 minggu
- B. Hasil VT pembukaan 5 cm
- C. Bagian bawah perut ibu kosong
- D. His 5x dalam 10 menit lama 40 detik**

2) Pada Ny R dilakukan pemeriksaan DJJ, maka punctum maksimum berada di sebelah ....

- A. Atas pusat kanan
- B. Setinggi pusat kiri
- C. Bawah pusat kanan
- D. Setinggi pusat kanan**

3) Asuhan kebidanan yang tepat untuk kasus Ny. Q adalah ....

- A. Versi luar
- B. Rujuk ke rumah sakit**
- C. Ekstraksi Kaki
- D. Observasi kemajuan persalinan

4) Komplikasi yang mungkin terjadi pada Ny. Q adalah ....

- A. Inersia Uteri
- B. Ruptur Uteri**
- C. Hipoxia
- D. Prolaps Uteri

5) Tindakan yang dilakukan untuk mengakhiri persalinan pada Ny R



- A. Versi Ekstraksi
- B. Vacuum Ekstraksi
- C. Forcep Ekstraksi
- D. Induksi persalinan

**KASUS II:**

Ny. S umur 30 tahun G2P1A0 hamil 36 minggu datang ke RSU, dengan kenceng- kenceng ingin bersalin. Hasil palpasi abdomen pada bagian atas perut ibu teraba 1 bagian bulat keras melenting, bagian kiri ibu teraba tahanan memanjang, bagian bawah perut ibu teraba 1 bagian bulat lunak. Kontraksi uterus 3x dalam 10 menit lama 40 detik. VT: pembukaan lengkap, ketuban utuh, teraba os sacrum, penurunan kepala Hodge III +.

**Soal:**

1) Diagnosa dari kasus Ny S adalah Inpartu Kala I dengan ...

- A. Letak bokong
- B. Letak sungsang sempurna
- C. Letak sungsang tak sempurna
- D. Letak kaki sempurna

2) Pada pemeriksaan DJJ maka punctum maksimum berada di sebelah ...

- A. Kiri atas pusat ibu
- B. Kanan atas pusat ibu
- C. Kiri setinggi pusat ibu
- D. Kanan setinggi pusat ibu

3) Sikap yang dapat diambil dari kasus Ny S adalah ...

- A. Lahirkan dengan tehnil Lovset
- B. **Lahirkan dengan teknik Bracht**
- C. Lahirkan dengan teknik Klasik
- D. Lahirkan dengan teknik Muller

4) Setelah dipimpin persalinan terjadi penurunan tangan menjungkit, maka tindakan pertolongan persalinan selanjutnya pada Ny S adalah ....

- A. Klasik
- B. **Lovset**
- C. Muller
- D. Mauricau

5) Untuk melahirkan kepala pada kasus Ny S dengan...

- A. Klasik

B. Muller

C. Mauricau

D. Mac Robert

## E. Referensi

Bobak. 2011. Buku ajar Keperawatan Maternitas. EGC: Jakarta

Departemen Kesehatan RI. 2010. Buku Acuan Pelatihan Asuhan Persalinan Dasar. Jakarta.

Manuaba. 2007. Pengantar Kuliah Obstetri. Penerbit EGC: Jakarta.

Mochtar, R. 2007. Sinopsis Obstetri. Penerbit EGC: Jakarta.

Varney. 2007. Buku ajar Asuhan Kebidanan Vol.2. EGC: Jakarta



## **BAB XI DETEKSI DINI PENYULIT KALA III DAN KALA IV**

**(Lola Meyasa, SST., M.Kes.)**

### **A. Tujuan pembelajaran :**

Setelah mempelajari bab ini, mahasiswa diharapkan mampu deteksi dini penyulit pada persalinan kala III dan IV. Secara khusus mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menjelaskan konsep persalinan kala III dan IV
2. Mengidentifikasi tanda-tanda bahaya persalinan kala III dan IV
3. Menyebutkan jenis-jenis penyulit pada persalinan kala III dan IV
4. Menjelaskan penyebab-penyebab berbagai jenis penyulit kala III persalinan
5. Melakukan deteksi dini penyulit/komplikasi pada persalinan kala III dan IV

### **B. Materi**

Kejadian kesakitan dan kematian maternal sebagian besar disebabkan oleh komplikasi postpartum dan biasanya terjadi dalam 2-6 jam pertama setelah bayi lahir, yang artinya berada di tahapan persalinan kala III dan IV. Karena kala III dan IV merupakan tahap lanjutan dari kala I dan II persalinan, maka kelancaran proses persalinan kala III dan IV sangat erat kaitannya dengan apa yang telah dilakukan pada tahapan Persalinan sebelumnya. Oleh sebab itu, adalah sangat penting

untuk memahami tentang fisiologi persalinan dan melakukan pemantauan secara intensif terhadap kondisi ibu pada setiap tahap persalinan. Pada bab ini akan diuraikan secara khusus tentang kala III dan IV, sebagai upaya untuk mencegah komplikasi masa pascasalin.

#### 1. Konsep Persalinan Kala III dan Kala IV

Kala III persalinan atau disebut juga kala uri adalah bagian dari proses persalinan yang dimulai dari setelah bayi lahir sampai dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Normalnya proses pengeluaran plasenta berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Pertolongan persalinan kala III dimulai dengan memperhatikan tanda-tanda pelepasan plasenta, meliputi:

- a. Uterus teraba keras, tampak agak membesar, terdorong naik dan membulat (globuler/diskoid)
- b. Tali pusat bertambah panjang
- c. Adanya darah yang keluar secara tiba-tiba dari jalan lahir

Saat ini proses persalinan kala III lebih banyak dilakukan secara aktif, yaitu dengan menerapkan manajemen aktif kala III (MAK III). MAK III terdiri dari 3 (tiga) tindakan utama dalam pertolongan kelahiran plasenta, yakni penyuntikan oksitosin, peregangan tali pusat terkendali (PTT) dan pemijatan/masase uterus untuk merangsang kontraksi rahim. Dengan penerapan MAK, Persalinan kala III menjadi lebih singkat, mengurangi jumlah perdarahan, dan uterus berkontraksi secara efektif, sehingga meminimalkan terjadinya retensio plasenta dan atonia uteri.

Kala IV adalah waktu setelah plasenta lahir sampai dua jam pertama setelah melahirkan. Kala IV dimulai segera

setelah plasenta lahir dan berakhir dua jam setelah proses tersebut.

Beberapa hal yang harus diobservasi selama 2 jam pertama pasca persalinan:

- a. Evaluasi kondisi ibu secara umum dan pantau tingkat kesadaran ibu

Lihat dan tanyakan adanya keluhan, perhatikan jika ada perubahan sikap atau kondisi ibu, seperti ibu menjadi sangat gelisah atau terjadi penurunan kesadaran.

- b. Pemeriksaan tanda-tanda vital ibu

Pantau tekanan darah dan nadi setiap 15 menit dalam 1 jam pertama dan setiap 30 menit dalam 1 jam kedua pada kala IV. Cek suhu ibu 1 kali dalam jam pertama dan 1 kali pada jam kedua postpartum.

- c. Kontraksi uterus

Periksa kontraksi uterus, tinggi fundus dan kandung kemih setiap 15 menit dalam 1 jam pertama dan setiap 30 menit dalam 1 jam kedua pada kala IV. Lakukan rangsangan taktik/masase uterus untuk memastikan uterus berkontraksi dengan baik. Beritahu ibu dan keluarganya cara bagaimana menilai kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam, serta ajarkan cara melakukan masase uterus jika uterus menjadi lembek.

d. Laserasi atau robekan jalan lahir

Cek ada tidaknya robekan pada jalan lahir ibu, mulai dari area anogenital seperti vulva dan perineum, vagina, hingga porsio dan serviks. Tentukan derajatnya, lakukan penjahitan pada laserasi derajat 1 dan 2 untuk meminimalkan perdarahan postpartum. Untuk laserasi derajat 3 dan 4, bidan harus segera melakukan rujukan.

e. Perdarahan pervaginam

Perdarahan dianggap masih normal jika jumlahnya tidak >500 ml. Lakukan penilaian perdarahan setiap 15 menit dalam 1 jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua. Nilai perdarahan, periksa perineum dan vagina apakah ada laserasi. Estimasi jumlah perdarahan dengan melihat duk, kasa, alas bokong/*underpad* dan kain ibu yang basah oleh darah.

Semua temuan hasil observasi dan asuhan yang dilakukan selama kala IV persalinan didokumentasikan di halaman belakang partograf.

2. Komplikasi dan Kegawatdaruratan pada Persalinan Kala III dan Kala IV

a. Retensio plasenta

Retensio plasenta adalah plasenta yang tidak lahir selama lebih dari 30 menit setelah bayi lahir. Retensio plasenta dapat berupa sisa plasenta dan selaput ketuban yang masih tertinggal dalam rongga rahim. Hal ini dapat menimbulkan perdarahan postpartum dini atau perdarahan postpartum lambat (6-10 hari) pasca postpartum.

Terlepasnya plasenta dari dinding uterus dipengaruhi oleh kontraksi uterus, baik secara



spontan/alamiah maupun dengan stimulus (penyuntikan oksitosin). Kontraksi uterus yang tidak adekuat dan perlekatan plasenta yang abnormal pada dinding uterus menyebabkan plasenta sulit untuk terlepas. Berat plasenta mempermudah terlepasnya selaput ketuban, sehingga plasenta lebih mudah yang terkelupas dan dikeluarkan. Tempat perlekatan plasenta menentukan kecepatan pemisahan dan metode ekspulsi plasenta.

Penyebab retensio plasenta adalah :

- 1) Plasenta belum terlepas dari dinding uterus karena tumbuh terlalu melekat lebih dalam. Plasenta normal biasanya menanamkan diri sampai batas atas lapisan miometrium. Berdasarkan tingkat perlekatannya dibagi menjadi :
  - a) Plasenta adhesive, yang melekat pada desidua endometrium lebih dalam. Kontraksi uterus kurang kuat untuk melepaskan plasenta.
  - b) Plasenta akreta, implantasi jonjot khorion memasuki sebagian miometrium.
  - c) Plasenta inkreta, implantasi menembus hingga miometrium
  - d) Plasenta perkreta, menembus sampai serosa atau peritoneum dinding uterus.
- 2) Plasenta sudah lepas dari dinding uterus, tapi belum keluar atau tertahan di jalan lahir, karena :
  - a) Atonia uteri adalah ketidakmampuan uterus untuk berkontraksi setelah bayi lahir. Hal ini akan menyebabkan perdarahan yang banyak.
  - b) Adanya lingkaran konstriksi pada bagian uterus akibat kesalahan penanganan kala III,

sehingga menghalangi plasenta keluar (plasenta inkarserata).

- 3) Penyebab lain: Kandung kemih dan rektum yang penuh akan memenuhi ruang pelvis dan menyebabkan ruang panggul menjadi sempit, sehingga mengganggu uterus berkontraksi dengan baik. Jika pada ibu bersalin ditemukan kondisi tersebut, maka harus keduanya harus dikosongkan.

b. Atonia uteri adalah keadaan lemahnya tonus/kontraksi rahim yang menyebabkan uterus tidak mampu menutup perdarahan terbuka dari tempat implantasi plasenta setelah bayi dan plasenta lahir. Atonia uteri merupakan penyebab terbanyak perdarahan postpartum, yang dapat menyebabkan ibu meninggal dalam waktu kurang dari 1 jam. Jika uterus tidak berkontraksi segera setelah plasenta lahir, ibu dapat mengalami kehilangan darah sekitar 350-500 cc/menit dari bekas implantasi plasenta. Atonia uteri dapat dicegah dengan melakukan Manajemen Aktif Kala III (MAK III). Pemberian oksitosin rutin pada kala III dapat mengurangi risiko perdarahan postpartum lebih dari 40%, mengurangi jumlah perdarahan dalam persalinan, anemia pascasalin dan kebutuhan transfusi darah. Rangsangan taktil berupa masase fundus uteri selama 15 detik segera setelah plasenta lahir dapat membantu merangsang kontraksi rahim. Jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik masase fundus uteri, segera lakukan Kompresi Bimanual Internal (KBI).

c. Robekan jalan lahir.

Jika terjadi perdarahan dalam keadaan dimana plasenta telah lahir lengkap dan kontraksi uterus baik, dapat dipastikan bahwa perdarahan tersebut berasal dari perlukaan jalan lahir.

Robekan jalan lahir terjadi pada hampir semua persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya. Robekan jalan lahir umumnya terjadi di garis tengah dan bisa menjadi luas apabila kepala janin lahir terlalu cepat, sudut arkus pubis yang sempit, atau posisi kepala janin melewati pintu bawah panggul dengan ukuran yang lebih besar daripada sirkumferensia suboksipito bregmatika. Laserasi jalan lahir, dibagi atas 4 tingkatan:

- 1) Tingkat I: Robekan hanya pada selaput lendir vagina dengan atau tanpa mengenai kulit perineum
  - 2) Tingkat II: Robekan mengenai selaput lendir vagina dan otot perinea transversalis, tetapi tidak mengenai spingter ani
  - 3) Tingkat III: Robekan mengenai seluruh perineum dan otot spingter ani
  - 4) Tingkat IV: Robekan sampai mukosa rektum
- d. Robekan Serviks

Porsio dan serviks uteri merupakan jaringan yang mudah mengalami perlukaan saat persalinan. Robekan pada serviks dapat menimbulkan perdarahan banyak khususnya bila jauh ke arah lateral, karena di area tersebut terdapat ramus desenden dari arteria uterina. Perlukaan ini dapat terjadi pada persalinan normal, tapi lebih sering terjadi pada persalinan dengan tindakan, terutama tindakan yang dilakukan saat pembukaan serviks belum lengkap. Penyebab lain dari robekan serviks adalah partus presipitatus. Pada partus presipitatus kontraksi uterus cenderung lebih kuat dan janin sering terdorong keluar meskipun pembukaan belum lengkap. Jika bidan menemukan robekan serviks,

maka harus segera dilakukan rujukan dan penanganan untuk menghentikan perdarahan.

- e. Inversio uteri atau prolapsus uteri, merupakan kondisi dimana fundus uteri turun ke dalam cavum uteri bahkan hingga keluar ke jalan lahir. Pada inversio uteri, uterus turun secara terbalik, sehingga fundus uteri terdapat dalam vagina dengan selaput lendirnya di sebelah luar. Kondisi ini dapat terjadi secara mendadak atau perlahan. Sering terjadi pada pascapersalinan kala II yang dibarengi dengan perasat Kristeller atau pada penanganan kala III dengan perasat Crede, diperparah dengan kontraksi uterus yang tidak adekuat. Pada inversio uteri, semakin lama cincin konstiksi di sekitar uterus yang inversi semakin kaku dan uterus membengkak karena terisi darah. Hal ini dapat menimbulkan rasa sakit yang kuat, sehingga dapat menyebabkan ibu mengalami syok. Reposisi uterus harus dilakukan segera.
- f. Emboli cairan ketuban, merupakan kondisi akut saat sejumlah cairan ketuban memasuki sirkulasi darah maternal, sehingga secara tiba-tiba menyebabkan gangguan pernafasan atau gagal nafas dan syok. 25% wanita yang menderita keadaan ini meninggal dalam waktu 1 jam. Emboli cairan ketuban jarang terjadi dan pada kebanyakan kasus tidak terdiagnosis, tetapi muncul sebagai diagnosa syok obstetrik, perdarahan postpartum atau edema pulmoner akut.
- g. Syok obstetrik, sering kali merupakan kelanjutan dari komplikasi-komplikasi lain yang ibu alami sebelumnya. Syok merupakan kegagalan sistem sirkulasi untuk mempertahankan perfusi yang adekuat ke organ - organ vital atau suatu kondisi yang mengancam jiwa dan membutuhkan tindakan segera dan intensif. Ditandai dengan nadi cepat dan lemah ( $\geq 110$  kali/menit), tekanan

darah sistolik < 90 mmHg, respirasi cepat ( $\geq 30$  kali/menit), kulit terasa dingin dan lembab, ibu tampak pucat, gelisah, bingung atau hilang kesadaran, serta produksi urine yang sedikit (< 30 ml/jam).

3. Deteksi Dini Komplikasi Persalinan Kala III dan Kala IV

Deteksi dini adalah tindakan untuk mengetahui adanya komplikasi, kelainan dan penyakit sedini mungkin, baik saat hamil, bersalin maupun nifas. Deteksi dini adalah suatu mekanisme yang berupa pencarian

informasi secara tepat waktu dan efektif, agar penolong persalinan mampu mengambil tindakan untuk menghindari atau mengurangi risiko dan mampu bersiap-siap untuk merespon secara efektif. Manfaat deteksi dini dapat mencegah komplikasi lebih lanjut atau meminimalkan risiko terjadinya komplikasi pada masa kehamilan, persalinan hingga nifas.

Komplikasi atau kondisi kegawatdaruratan muncul pada persalinan disebabkan oleh banyak faktor, baik langsung maupun tidak langsung. Sebagian besar dari penyulit atau komplikasi tersebut dapat dicegah dengan mengenali secara dini tanda dan gejala yang muncul atau dialami ibu bersalin. Dengan mengenali tanda dan bahaya kala III dan IV, kejadian retensio plasenta, perdarahan postpartum, infeksi pascasalin dan komplikasi lainnya diharapkan dapat dicegah dan ditangani oleh tenaga kesehatan dengan tepat dan cepat.

Bidan harus dapat mengenali tanda dan gejala yang mengarah kepada kondisi berbahaya pada ibu bersalin kala III dan IV. Sesuai dengan langkah awal dari manajemen kebidanan, yaitu melakukan pengkajian awal secara

mendalam dan menyeluruh pada ibu bersalin untuk mengumpulkan data yang lengkap. Pengkajian dengan melakukan anamnesa, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang pada ibu bersalin, termasuk melihat dari catatan medik sebelumnya.

Beberapa tanda gejala yang harus diwaspadai pada persalinan kala III dan kala IV, yaitu:

- a. Ibu mengeluh pusing, lemas, keringat dingin, pandangan kabur atau berkunang-kunang
- b. Ibu mengatakan tidak merasakan mules atau rahimnya tidak berkontraksi
- c. Ibu mengatakan ada keluar darah banyak dari jalan lahirnya
- d. Keadaan umum ibu lemah, ibu tampak pucat, kadang dapat terlihat bingung atau gelisah
- e. Tingkat kesadaran dan tanda-tanda vital ibu mengarah pada kondisi syok (hipotensi, nadi cepat dan lemah, pernafasan cepat, akral teraba dingin, kesadaran ibu menurun)
- f. Saat penolong melakukan PTT, tali pusat tidak bertambah panjang
- g. Tidak ada tanda-tanda pelepasan plasenta
- h. Plasenta tidak lahir 30 menit setelah kelahiran bayi
- i. Uterus tidak teraba keras, bulat atau tidak berkontraksi
- j. Tampak banyak darah keluar dari jalan lahir ibu
- k. Produksi urin ibu sedikit

Perdarahan postpartum adalah komplikasi terbanyak pada masa persalinan yang sulit ditentukan terminologinya berdasarkan batasan kala persalinan dan jumlah perdarahan yang murni terjadi. Namun dapat dikatakan bahwa

perdarahan postpartum adalah perdarahan yang terjadi pada periode waktu setelah bayi lahir. Sedangkan untuk batasan jumlah perdarahan, hanya merupakan perkiraan secara tidak langsung. Disebut sebagai perdarahan abnormal jika menyebabkan terjadinya perubahan keadaan umum dan tanda vital (ibu mengeluh lemah, limbung, berkeringat dingin, menggigil, hiperpnea, sistolik < 90 mmHg, nadi > 100 x/menit, kadar Hb < 8 g%).

Mengidentifikasi faktor-faktor risiko yang dimiliki ibu pada masa antenatal dan intranatal dapat membantu bidan dalam mendeteksi secara dini komplikasi yang potensial terjadi pada ibu bersalin kala III dan IV, terutama perdarahan postpartum. Faktor-faktor risiko tersebut antara lain:

- a. Ibu yang berusia  $\geq 35$  tahun berisiko mengalami perdarahan postpartum 1,5 kali pada persalinan pervaginam dan 1,9 kali mengalami perdarahan pascapersalinan pada persalinan dengan SC
- b. Ibu dengan IMT > 30 berisiko 1,5 kali mengalami perdarahan postpartum
- c. Paritas : Primigravida berisiko 1,6 kali mengalami perdarahan pasca persalinan
- d. *Post Date* : kehamilan lewat waktu berisiko 1,37 kali mengalami perdarahan pasca persalinan
- e. Makrosomia : ibu yang melahirkan bayi besar (BBL > 4000 gram) berisiko 2,01 kali mengalami perdarahan pasca persalinan
- f. Gemelli : kehamilan kembar berisiko 4,46 kali mengalami perdarahan pasca persalinan
- g. Fibroid dalam kehamilan berisiko 1,9 kali mengalami perdarahan pasca persalinan jika persalinan pervaginam

dan 3,6 kali mengalami perdarahan pasca persalinan jika persalinan secara SC

- h. Ibu yang mengalami *solutio placenta* berisiko 12,6 kali mengalami perdarahan postpartum
- i. Riwayat perdarahan postpartum pada persalinan sebelumnya berisiko 2,2 kali lebih besar mengalami perdarahan postpartum kembali
- j. Riwayat SC pada persalinan terdahulu berisiko 3,1 kali mengalami perdarahan pasca persalinan
- k. Persalinan dengan induksi berisiko 1,5 kali mengalami perdarahan pasca persalinan
- l. Partus lama :
  - 1) Kala I berisiko 1,6 kali mengalami perdarahan postpartum
  - 2) Kala II berisiko 1,6 kali mengalami perdarahan postpartum
  - 3) Kala III berisiko 2,61 kali s/d 4,90 kali mengalami perdarahan postpartum
- m. Epidural analgesia berisiko 1,3 kali mengalami perdarahan postpartum
- n. Vaginal instrumentasi atau pertolongan persalinan menggunakan alat baik vacum ekstraksi maupun forcep ekstraksi berisiko 1,66 kali mengalami perdarahan pasca persalinan
- o. Episiotomi berisiko 2,18 kali mengalami perdarahan postpartum
- p. Korioamnionitis berisiko 1,3 kali mengalami perdarahan postpartum pada persalinan pervaginam dan 2,69 kali pada persalinan secara SC.

### c. Rangkuman



Sangat penting melakukan pengkajian secara tepat dan menyeluruh melalui anamnesa, pemeriksaan fisik umum, khusus, dan pemeriksaan penunjang (bila perlu) untuk mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya komplikasi pada persalinan kala III dan IV, terutama perdarahan postpartum. Disertai dengan pengenalan yang baik terhadap faktor-faktor risiko pada ibu selama masa antenatal dan intranatal, dapat membantu penolong persalinan untuk mencegah terjadinya kondisi kegawatdaruratan secara dini dan untuk mencegah terjadinya keterlambatan penanganan.

**d. Tugas**

Perhatikan kasus berikut dan tentukanlah diagnosa dari masing masing kasus!

Ny. A, usia 40 tahun, G4P3A0, usia kehamilan aterm. Saudara telah melakukan pertolongan persalinan dan bayi lahir spontan pervaginam. Setelah 15 menit saudara melakukan MAK III, plasenta belum juga lahir. Hasil pemantauan saudara, belum ada tanda-tanda pelepasan plasenta. Apa yang saudara lakukan pada kasus tersebut? Setelah 30 menit sejak bayi lahir dan telah dilakukan MAK III, terdapat perdarahan pervaginam tetapi plasenta belum juga lahir, apa diagnosa pada Ny. A?

**e. Referensi APA style**

Cunningham, William. 2002. *William Obstetri vol 2*. EGC : Jakarta.

Maryunani, Anik. Yulianingsih. 2009. *Asuhan Kegawatdaruratan dalam Kebidanan*. Trans Info Media. Jakarta

Manuaba, I. B. G. 2000. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan & Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan*. EGC : Jakarta

Mochtar, Rustam. 1998. *Sinopsis Obstetri Jilid I*. EGC : Jakarta.

Mochtar, Rustam. 2000. *Sinopsis Obstetri: Obstetri Fisiologi Obstetri Patologi Jilid I Edisi 2*. EGC : Jakarta.

Prawirohardjo, Sarwono. 2002. *Buku Panduan Praktis Maternal dan Neonatal*. YBSP: Jakarta.

Perkumpulan Obstetri-Ginekologi Indonesia. 2017. *Asuhan Persalinan Normal*. JNPK-KR: Jakarta.

Prawirohardjo, Sarwono. 2002. *Ilmu Kebidanan*. YBPSP: Jakarta.

Saifuddin, dkk. 2000. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal & Neonatal*. JNPK-KR: Jakarta.

Setyarini, Didien Ika. 2016. *Modul Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal: Konsep Dasar Kegawatdaruratan Maternal Neonatal*. Pusdik SDM Kesehatan. BPPSDM Kesehatan: Jakarta.



## **BAB XII ASUHAN PADA PERSALINAN REMAJA**

**( Siti Rochimatul lailiyah.,S.SiT., M.Kes)**

### **A. Tujuan pembelajaran :**

Mampu memahami (d disesuaikan dengan materi )

#### 1.mampu memahami persalinan pada remaja

- a. mampu memahami tentang definisi persalinan pada remaja
- b. mampu menjelaskana aspek epidemiologi kasus persalinan remaja
- c. mampu mengidentifikasi penyebab persalinan remaja
- d. mampu mengidentifikasi factor resiko yang mungkin terjadi pada persalinan remaja
- e. upaya mengatasi persalinan remaja

### **B. Persalinan Remaja**

#### 1. Persalinan

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus ke dunia luar. Persalinan terjadi pada usia kehamilan 37 minggu hingga 42 minggu (DepKes RI, 2008). Persalinan normal adalah proses persalinan yang melalui kejadian alami dengan adanya kontraksi rahim ibu dan dilalui dengan pembukaan untuk

mengeluarkan bayi. Pada saat persalinan normal, bayi dilahirkan melalui vagina (DepKes RI, 2008)

## 2. Remaja

Masa remaja adalah masa transisi yang ditandai oleh adanya perubahan fisik, emosi dan psikis. Masa remaja adalah suatu periode masa pematangan organ reproduksi manusia, dan sering disebut masa peralihan. Masa remaja merupakan periode peralihan dari masa anak ke masa dewasa (Djama, 2017). Adolescent atau remaja merupakan periode kritis peralihan dari anak menjadi dewasa. Pada remaja terjadi perubahan hormonal, fisik, psikologis maupun sosial yang berlangsung secara sekuensial

## 3. Persalinan remaja

Pengertian persalinan usia muda ialah persalinan yang terjadi pada usia ibu dibawah 18 tahun. Dapat disimpulkan bahwa persalinan usia muda adalah proses pengeluaran bayi dari uterus sang ibu, dan dilakukan pertama kali pada usia dibawah 18 tahun (Lee-Rife et al., 2012).

Persalinan remaja merupakan proses persalinan yang terjadi oleh ibu diusia remaja. usia remaja erat hubungannya dengan proses pertumbuhan yang masih berlangsung sangat cepat baik secara fisik dan psikologis serta intelektual.

Remaja yang di kenal dengan masa peralihan dari masa anak-anak menuju masa dewasa secara fisik sedang di muali kematangan alat reproduksi akan tetapi kematangan psikologis belum matang. Kondisi ini menyebabkan secara

fisik sudah ada dorongan keinginan seksual dan rasa penasaran akan perkembangan seks tanpa diimbangi dengan kematangan mental dan pola pikir, akan menyebabkan remaja mengambil keputusan yang salah dalam menghadapi konflik. Mereka akan jatuh ke dalam perilaku yang beresiko dan mungkin harus menanggung akibat jangka pendek dan jangka Panjang dalam berbaai masalah Kesehatan fisik dan psikososial.

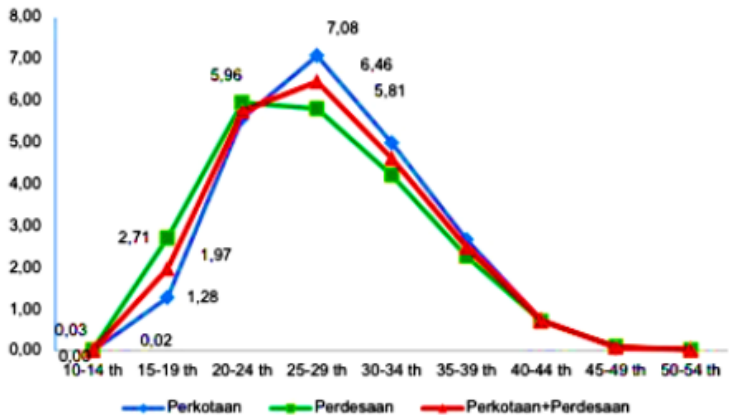
Remaja yang jatuh dalam kegiatan seksual akan beresiko terhadap kesehatan reprodusinya. Hal ini menjadi polemic antara hak Kesehatan reprodusi. Di sisi lain hak Kesehatan reproduksi memberikan mereka kebebasan untuk melaksanakan kegiatan seksual sesuai dengan keinginan, dan di sisi lain dampak dari kebebasan mereka yang tidak tepat dan tidak bertanggung jawab akan menyebabkan dampak bagi diri mereka sendiri.

Kesehatan reproduksi diartikan sebagai kondisi sehat secara fisik, mental dan social secara utuh, tidak semata-mata bebas dari penyakit yang berkaitan dengan sistem, fungsi, dan proses reproduksi.

Kehamilan remaja berdampak negative pada Kesehatan remaja, juga dapat berdampak social dan ekonomi. Kehamilan pada usia muda atau remaja antara lain beresiko kelahiran premature, dan berat badan bayi rendah (BBLR), perdarahan persalinan, yang dapat meningkatkan kematian ibu dan bayi. Kehamilan pada remaja juga terkait dengan kehamilan yang tidak dikehendaki dan aborsi tidak aman.

#### **4. Epidemiologi**

Informasi tentang kehamilan ini memberi gambaran proporsi penduduk Indonesia yang sedang hamil. Proporsi kehamilan umur 10- 54 tahun di Indonesia adalah 2,68%, di perkotaan (2,8%) lebih tinggi dibanding perdesaan (2,55%). Pola kehamilan berbeda menurut kelompok umur dan tempat tinggal. Pada penduduk perempuan antara umur 10-54 tahun tersebut, terdapat kehamilan pada umur sangat muda (<15 tahun), meskipun dengan proporsi yang sangat kecil (0,02%), terutama terjadi di pedesaan (0,03%). Proporsi kehamilan pada umur remaja (15-19 tahun) adalah 1,97% lebih tinggi dibanding perkotaan sebesar 1,28% (Kemenkes RI, 2013)



Gambar 1. Epidemiologi Kehamilan Berdasarkan Umur di Indonesia (Kemenkes RI, 2013)

Persalinan pada ibu di bawah usia 20 tahun memiliki kontribusi dalam tingginya angka kematian neonatal, bayi, dan balita. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2017 menunjukkan bahwa angka kematian neonatal, postneonatal, bayi dan balita pada ibu yang berusia kurang dari 20 tahun lebih tinggi dibandingkan pada ibu usia 20-39 tahun.

Pernikahan usia muda berisiko karena belum cukupnya kesiapan dari aspek kesehatan, mental emosional, pendidikan, sosial ekonomi, dan reproduksi. Pendewasaan usia juga berkaitan dengan pengendalian kelahiran karena lamanya masa subur perempuan terkait dengan banyaknya anak yang akan dilahirkan.

Hal ini diakibatkan oleh pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi belum memadai. Hasil SDKI 2012 menunjukkan bahwa pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi belum memadai yang dapat dilihat dengan hanya 35,3% remaja perempuan dan 31,2% remaja laki-laki usia 15-19 tahun mengetahui bahwa perempuan dapat hamil dengan satu kali berhubungan seksual.

Begitu pula gejala PMS kurang diketahui oleh remaja. Informasi tentang HIV relatif lebih banyak diterima oleh remaja, meskipun hanya 9,9% remaja perempuan dan 10,6% laki-laki memiliki pengetahuan komprehensif mengenai HIV-AIDS.

## **5. Factor-faktor yang menyebabkan persalinan remaja**

### **a. Pernikahan dini**

Di berbagai penjuru dunia, pernikahan anak merupakan masalah sosial dan ekonomi, yang diperumit dengan tradisi dan budaya dalam kelompok masyarakat.



Stigma sosial mengenai pernikahan setelah melewati masa pubertas yang dianggap aib pada kalangan tertentu, meningkatkan pula angka kejadian pernikahan anak (Lee-Rife et al., 2012, UNICEF, 2014)

Motif ekonomi, harapan tercapainya keamanan sosial dan finansial setelah menikah menyebabkan banyak orang tua menyetujui pernikahan usia dini. Alasan orang tua menyetujui pernikahan ini seringkali dilandasi karena ketakutan akan terjadinya kehamilan diluar nikah akibat pergaulan bebas atau untuk mempererat tali kekeluarga (UNICEF, 2001).

b. Seks bebas

Istilah perilaku seksual menyangkut beberapa komponen, antara lain: pengalaman dan aktivitas seksual, usia saat pertama kali melakukan hubungan seksual, jumlah pasangan, frekuensi hubungan seksual, tipe hubungan seksual yang dilakukan, serta cara untuk memperoleh pasangan seksualnya (Fortenberry, 2013).

Seks bebas diartikan sebagai suatu kegiatan seks yang dilakukan tanpa suatu ikatan norma yang berlaku sebagaimana lazimnya dalam masyarakat, dengan kata lain melakukan hubungan seks dengan bebas. Baik perilaku hubungan antara lakilaki dan perempuan maupun hubungan sesama jenis, maupun perilaku-perilaku yang lain (Sarwono, 2012).

Factor yang mempengaruhi seks bebas

- 1) Libido adalah hasrat atau dorongan seksual. Sebagian besar orang, ekspresi energi libido dan lingkungan keluarga yang 11 stabil dapat mengantarkan mereka pada hubungan pasangan yang stabil (Freud, 2017).

- 2) Perilaku seksual yang berubah seiring dengan perubahan yang terjadi dalam lingkungan dan kapasitas fisik dari individu, serta sebagai akibat tekanan dari luar, berupa sikap orang lain di rumah dan tempat kerja, busana, media dan iklan.
- 3) Seksualitas, diartikan bukan hanya masalah anatomi fisiologi reproduksi tetapi juga menyangkut perkembangan seksualitas sejak dini, termasuk perkembangan perilaku seksual manusia (Dianawati, 2006).
- 4) Ketertarikan seksual, terlepas dari usaha untuk mendorong perkembanganbiakan spesies, berkaitan erat dengan harga diri dalam diri pria dan wanita sepanjang hidupnya. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Putz et al. (2004) menunjukkan hormon testosteron dan estrogen yang ada pada individu akan berdampak pada ketertarikan seksual individu tersebut.
- 5) Nafsu seksual dan gairah seksual yang dipengaruhi oleh tingkat hormon seks dalam tubuh dan oleh faktor-faktor psikologi. Selain itu kondisi sosial dan lingkungan seseorang sangat mempengaruhi tingkat nafsu seksual (Kusumastuti, 2015).
- 6) Pandangan masyarakat tentang seks bebas dimana perubahan pandangan tentang seksualitas yang terjadi sejak 1980-an telah mengubah perilaku seksual masyarakat. Perubahan ini tidak dapat dilepaskan dari beredarnya kontrasepsi yang pada sebagian orang mampu memisahkan hubungan seksual untuk tujuan prokreasi dan rekreasi (Roqieb, 2007).
- 7) Pornografi, dalam pengertian luas yaitu bahan tertulis atau visual yang merangsang perasaan seksual, bertujuan untuk menggairahkan pengamat atau pembacanya. Kecenderungan ini menggambarkan

telah terjadinya peningkatan pornografi, disebabkan munculnya teknologi-teknologi baru sebagai sarana distribusi. Disamping budaya patriarkhi, maraknya pornografi adalah karena unsur komersialisme dan industrialisasi atas pomografi ini (Supartiningsih, 2004)

c. Awal melakukan hubungan seksual

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan jumlah usia pertama melakukan hubungan seksual terbanyak pada usia 18 - 20 yaitu 39 responden (62,9%). (Larasati et al., 2018).

Usia pertama kali melakukan hubungan seks erat kaitannya dengan kejadian kanker serviks. Melakukan hubungan seks pada usia muda menjadi faktor risiko terjadinya kanker serviks oleh karena terjadinya metaplasia yang diakibatkan oleh ektopi. Meningkatnya risiko tersebut mungkin karena pengaruh hormon steroid terhadap infeksi HPV dan respon daya tahan tubuh host terhadap HPV selama masa pra - remaja dan remaja

d. Faktor Status Pendidikan Yang Mempengaruhi Kehamilan Remaja

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan jumlah responden terbanyak pada status pendidikan SMA yaitu 47 responden (75,9%)

status pendidikan mengembangkan kepercayaan diri dan keyakinan membuat keputusan pada gadis remaja serta mengembangkan pengetahuan, tingkah laku, keyakinan dan nilai dalam melakukan hubungan seksual sehingga

membantu untuk memperlambat/ menunda kegiatan berhubungan seksual dan usia menikah

## 6. Factor resiko yang mungkin terjadi pada persalinan remaja(Wigati, 2020)

- a. Kehamilan remaja 4,5 kali lebih besar berpeluang terjadi kehamilan risiko tinggi.

Perempuan usia remaja, masih mengalami proses pertumbuhan dan perkembangan, baik fisik maupun mentalnya. Tentunya adanya kehamilan akan memberi beban tersendiri bagi tubuh maupun psikologisnya. Remaja yang mengalami Kurang Energi Kronis (KEK) dan anemia, juga sangat berpeluang menjadi kehamilan yang berisiko tinggi.

Kehamilan mempunyai dampak negatif terhadap kesejahteraan seorang remaja. Sebenarnya remaja tersebut belum siap mental untuk hamil, namun karena keadaan remaja terpaksa menerima kehamilan dan persalinan dengan komplikasi. Kemudian persalinan pada ibu remaja akan berdampak pada fisik dan psikologis ibu. Dampak fisik antara lain kelahiran bayi premature, perdarahan postpartum, pertumbuhan janin yang buruk, distress pada janin bahkan kematian (Socolov et al., 2017). Kegawatdaruratan obstetric yang dapat menyebabkan kematian pada ibu seperti perdarahan, pre eklamsia/eklamsia, infeksi, partus lama, presbo, letak lintang dan bayi yaitu seperti lahir premature, kelainan kromosom, BBLR, kematian janin.

- b. Risiko preeklamsia lebih besar 2,5 kali

Kondisi organ reproduksi yang belum sempurna dan keadaan anemia pada remaja meningkatkan kejadian keracunan kehamilan pada remaja. Hal ini dapat berisiko menimbulkan kematian.

c. Terjadi partus macet.

Saat proses persalinan, dapat berisiko macet atau berhenti. Hal ini karena masalah malposisi janin, disproporsi kepala panggul, kekuatan his, dll.

d. Disproporsi kepala panggul (DKP)

Organ reproduksi remaja belum sempurna, sehingga ukuran panggul juga belum sempurna. Jadi pada saat persalinan, berisiko tidak seimbang antara besar kepala janin dengan lebar panggul.

e. Malposisi janin

Malposisi janin adalah letak janin dalam rahim yang tidak normal, misal melintang, atau posisi kaki di bawah. Hal ini tentunya menyulitkan proses persalinan.

f. Kontraksi rahim tidak optimal.

Kekuatan kontraksi rahim merupakan faktor penting pada proses persalinan. Pada remaja, kontraksi rahim berisiko blm cukup kuat, sehingga proses persalinan bermasalah.

g. Kejadian lahir prematur lebih tinggi

Kondisi organ reproduksi yang belum sempurna dan diperberat dengan asupan nutrisi yang kurang serta anemia, meningkatkan risiko kejadian bayi lahir sebelum waktunya, atau lahir prematur.

h. Bayi lahir dengan berat lahir rendah

Meningkatnya risiko bayi lahir prematur tentunya juga meningkatkan risiko berat bayi lahir yang rendah, atau dikenal dengan istilah Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR). Selain itu, contoh kasus lain adalah, usia kehamilan yang normal,

namun berat bayi rendah karena kurangnya nutrisi dari ibu. Hal ini juga akan berkaitan dengan kejadian stunting pada anak(Irwansyah et al., 2016)

- i. Mengetahui hasil luaran ibu bersalin usia remaja berdasarkan masa gestasi.

Usia ibu saat melahirkan merupakan salah satu faktor risiko terhadap kelahiran prematur. Ibu yang hamil pada usia remaja <20 tahun rata-rata mengalami kejadian persalinan preterm dibandingkan dengan ibu dengan usia reproduksi sehat usia 20-35 tahun dan akan meningkat kembali resiko pada usia >35 tahun. Ini sesuai dengan teori Manuaba (2010) penyulit pada kehamilan remaja lebih tinggi dibandingkan dengan kurun reproduksi sehat yaitu umur 20-30 tahun. Keadaan ini disebabkan belum matangnya alat reproduksi untuk hamil, sehingga dapat merugikan kesehatan ibu maupun perkembangan dan pertumbuhan janin. Keadaan tersebut akan semakin menyulitkan bila ditambah dengan tekanan (stress psikologis, sosial, ekonomi), sehingga memudahkan terjadinya persalinan preterm.

- j. Ketidaksiapan mental

Kesiapan psikologis ibu dalam menghadapi kehamilan dapat mempengaruhi usia kehamilan ibu. Dengan kondisi psikologis ibu yang lebih siap hamil dan didukung dengan usia reproduksi sehat usia 20-35 tahun kemudian adanya pengetahuan yang cukup maka lebih berhati-hati menjaga kehamilannya dan fokus untuk memantau tumbuh kembang calon bayinya agar lahir normal.

- k. luaran ibu bersalin usia remaja berdasarkan jenis persalinan

Berdasarkan riview pada 10 jurnal, jenis persalinan pada ibu bersalinan usia remaja pada jurnal lebih banyak ibu dengan persalinan tindakan pervaginam menggunakan

rangsangan buatan, alat bantu dan adanya komplikasi persalinan. Kemudian ada juga ibu bersalin dengan perabdominal atau seksio sesarea(Wigati, 2020)

l. persalinan remaja dihubungkan dengan kejadian stunting

Ibu yang Hamil di usia remaja juga masih dalam masa pertumbuhan sehingga dapat terjadi perebutan zat gizi antara janin dan metabolisme ibu itu sendiri. Keadaan tersebut akan semakin parah jika asupan zat gizi ibu tidak adekuat sehingga janin akan mengalami growth restriction sehingga meningkatkan resiko janin lahir dengan berat badan lahir rendah atau kelahiran premature dimana kedua hal tersebut menjadi faktor terjadinya stunting pada balita(Larasati et al., 2018).(Irwansyah et al., 2016)

Upaya mengatasi persalinan remaja

- a. secara klinis persalinan remaja memiliki beberapa resiko. Maka pertolongan dilakukan oleh tenaga Kesehatan dan di fasilitas Kesehatan yang memadai.
- b. pendampingan kepada ibu yang hamil di usia remaja
- c. peningkatan pengetahuan ibu hamil remaja agar dapat menurunkan angka kejadian post partum blues(Irwansyah et al., 2016)
- d. optimalisasi peran nakes dan keluarga(Ramadani et al., 2015)

### C. Rangkuman

Pengertian persalinan usia muda ialah persalinan yang terjadi pada usia ibu dibawah 18 tahun. Dapat disimpulkan bahwa persalinan usia muda adalah proses pengeluaran bayi dari uterus sang ibu, dan dilakukan pertama kali pada usia dibawah

18 tahun. Persalinan remaja memiliki angka kejadian meskipun dengan proporsi yang sangat kecil (0,02%), terutama terjadi di pedesaan (0,03%). Proporsi kehamilan pada umur remaja (15-19 tahun) adalah 1,97% lebih tinggi disbanding perkotaan sebesar 1,28%. Salah satu penyebab persalinan remaja pernikahan dini, seks bebas. Adapun factor resiko yang dapat terjadi pada persalinan remaja 4,5 kali lebih besar berpeluang resiko tinggi dsb.

#### D. Tugas

1. Jelaskan definisi persalinan remaja !
2. Sebutkan factor-faktor yang menyebabkan persalinan remaja!
3. Sebutkan beberapa resiko yang dapat terjadi pada persalinan remaja!
4. Apa solusi yang dilakukan untuk mengatasi persalinan remaja?

#### E. Referensi APA style

- Djama, N. T. (2017). Kesehatan Reproduksi Remaja. *Jurnal Kesehatan Poltekkes Ternate*, 10(1), 30. <https://doi.org/10.32763/juke.v10i1.15>
- Irwansyah, I., Ismail, D., & Hakimi, M. (2016). Kehamilan remaja dan kejadian stunting pada anak usia 6-23 bulan di Lombok Barat. *Berita Kedokteran Masyarakat*, 32(6), 209. <https://doi.org/10.22146/bkm.8628>
- Larasati, D. A., Nindya, T. S., & Arief, Y. S. (2018). Hubungan antara Kehamilan Remaja dan Riwayat Pemberian ASI Dengan Kejadian Stunting pada Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Pujon Kabupaten Malang. *Amerta Nutrition*, 2(4), 392. <https://doi.org/10.20473/amnt.v2i4.2018.392->



- Ramadani, M., Nursal, D. G. A., & Ramli, L. (2015). Peran Tenaga Kesehatan dan Keluarga dalam Kehamilan Usia Remaja. *Kesmas: National Public Health Journal*, 10(2), 87. <https://doi.org/10.21109/kesmas.v10i2.885>
- Wigati, D. E. (2020). Literature Review Gambaran Luaran Ibu Bersalin Usia Remaja. *Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas 'Aisyiyah*.



## **BAB XIII PROGRAM KESEHATAN IBU BERSALIN TERKINI**

**(Maria Ch. Endang Sukartiningsih, SST, M.Kes)**

### **A. Tujuan Pembelajaran:**

Mampu memahami Program Kesehatan Ibu Bersalin Terkini yaitu: P4K (Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi) dan Jampersal (Jaminan Persalinan).

### **B. Materi**

P4K (Program Perencanaan Persalinan Pencegahan Komplikasi) dan Jampersal (Jaminan Persalinan).

#### **1. P4K (Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi)**

- a. Pengertian P4K adalah suatu program yang dirancang dalam upaya terobosan untuk mempercepat angka kematian ibu dan bayi baru lahir. Kegiatan ini dilakukan untuk meningkatkan kualitas pelayanan dan membangun potensi masyarakat untuk peduli dan ikut serta dalam persiapan dan tindakan dalam menyelamatkan ibu dan bayi baru lahir, hal ini didukung oleh Surat Edaran Menteri Kesehatan No 2008 tentang percepatan pelaksanaan P4K dengan penempelan stiker (Depkes RI, 2010).

b. Tujuan dari P4K, secara umum yaitu untuk meningkatkan mutu pelayanan bagi ibu dan bayi baru lahir dan meningkatkan peran serta masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman dan menghadapi komplikasi dan tanda bahaya bagi ibu sehingga dapat bersalin dengan aman dan melahirkan bayi yang sehat, (Depkes RI, 2010).

Adapun tujuan khusus dari P4K adalah: 1). Dipahami setiap persalinan beresiko oleh masyarakat luas. 2). Fokus pola motivasi kepada keluarga saat ANC dan adanya rencana persalinan yang disepakati antara ibu hamil, suami, keluarga dengan bidan. 3). Terdatanya sasaran dan terpasangnya stiker P4K. 4). Adanya kesiapan menghadapi komplikasi yang disepakati ibu hamil, suami, dan keluarga dengan bidan. 5). Adanya dukungan secara luas dari tokoh-tokoh masyarakat baik formal maupun non formal, kader, dan dukun bayi. 6). Memantau kemitraan antara bidan, dukun bayi, dan kader. 7) Adanya rencana alat kontrasepsi setelah melahirkan yang disepakati antara ibu hamil, suami, dan keluarga, dengan bidan atau tenaga kesehatan.

c. Manfaat dari P4K: 1). Percepat fungsi desa siaga. 2). Meningkatkan cakupan pelayanan *Antenatal Care* (ANC) sesuai standar dan 3). Meningkatkan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan terampil. 4). Meningkatkan kemitraan bidan dan dukun. 5). Tertanganinya kejadian komplikasi secara dini. 6). Tertanganinya kejadian komplikasi secara dini. 7). Meningkatnya peran serta KB Pasca Salin. 8). Terpantaunya kesakitan dan kematian ibu dan bayi. 9). Menurunnya kejadian kesakitan dan kematian ibu dan bayi.

- d. Sasaran dari program P4K adalah: pengelola program KIA Provinsi dan Kabupaten atau Kota, bidan coordinator, kepala Puskesmas, dokter, perawat, bidan , kader, forum peduli KIA seperti forum P4K serta pokja Posyandu, (Depkes RI, 2010).
- e. Indikator dari P4K: Persentase desa melaksanakan P4K dengan stiker, ibu hamil mendapat stiker, Ibu hamil mendapatkan pelayanan standar, ibu hamil berstiker bersalin di tenega kesehatan, presentase ibu hamil, bersalin, ibu nifas berstiker yang mengalami komplikasi tertangani, menggunakan KB pasca salin dan ibu bersalin mendapatkan pelayanan nifas, (Kemenkes RI, 2009).
- f. Output P4K adalah: 1). Semua ibu hamil terdata dan rumahnya tertempel stiker P4K, 2). ANC dilakukan oleh bidan sesuai standar. 3). Ada kesepakatan antara penolong persalinan, ibu hamil dan keluarga dalam perencanaan persalinan dan KB. 3). Pertolongan persalinan dan nifas sesuai standar oleh bidan. 4). Keluarga siapkan biaya persalinan, kebersihan dan kesehatan lingkungan. 5). Keterlibatan tokoh masyarakat baik srcara formal dan non formal, forum peduli KIA atau pokja Posyandu dalam perencanaan dalam perencanaan persalinan dan KB pasca salin sesuai dengan perannya masing-masing. 6). Medapatkan pelayanan KB pasca salin. 7). Adanya kerjasama yang baik antara bidan, forum peduli KIA atau pokja Posyandu, dukun bayi dan pendamping persalinan.
- g. Persiapan persalinan dan pencegahan komplikasi meliputi:

- 1) Tempat persalinan di fasilitas kesehatan (Rumah Sakit/ RS, Klinik bersalin dan Praktik mandiri bidan).
- 2) Pendamping persalinan (Suami, keluarga dekat yang bersedia mendampingi ibu selama proses persalinan).
- 3) Persiapan perlengkapan ibu dan bayi, supaya ibu tidak kebingungan dan berkemas-kemas saat ke tempat bersalin.
- 4) Tabungan Ibu Bersalin (Tabulin) yaitu dana atau barang yang disimpan untuk dipersiapkan biaya saat pemeriksaan kehamilan, persalinan dan kegawatdaruratan pada ibu.
- 5) Persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan (dokter spesialis atau bidan yang memiliki surat ijin praktik).
- 6) Transportasi untuk mengantar ibu bersalin ke tempat persalinan termasuk mengantar saat rujukan dengan harapan tidak terjadi keterlambatan dalam penanganan bila terjadi risiko persalinan. Transportasi bias berupa ambulans, mobil pribadi atau sepeda motor.
- 7) Siapkan pendonor darah yang sesuai golongan darahnya dengan ibu bersalin dan tidak ada penyakit infeksi atau menular seperti malaria, Tuberculosis, hepatitis dan HIV/ AIDS (keluarga, teman ataupun masyarakat).
- 8) Pemilihan kontrasepsi setelah melahirkan (IUD, Implan, suntik, pil, kondom, tubektomi dan fasektomi) disesuaikan dengan kondisi ibu.

## 2. Jampersal (Jaminan Persalinan).

- a. Pengertian Jampersal (Jaminan Persalinan): pembiayaan persalinan yang meliputi pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan, pelayanan nifas, KB dan pelayanan Bayi Baru Lahir (PMK no, 12 Tahun 2021).
- b. Tujuan secara umum dari program Jampersal adalah meningkatkan akses pelayanan persalinan yang dilakukan oleh dokter atau bidan dalam rangka menurunkan AKI dan AKB melalui jaminan pembiayaan untuk pelayanan persalinan. Menurut (PMK no, 12 Tahun 2021) tujuan Jampersal: 1). Meningkatkan cakupan pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan dan pelayanan nifas oleh tenaga kesehatan. 2). Meningkatkan pelayanan Bayi Baru Lahir (BBL) oleh petugas kesehatan. 3). Meningkatkan pelayanan KB. 4). Meningkatkan pelayanan komplikasi ibu hamil, bersalin, nifas dan BBL oleh tenaga kesehatan.
- c. Sasaran: Ibu hamil, ibu bersalin, BBL (sampai dengan usia 28 hari) dan Ibu nifas (sampai 42 hari pasca melahirkan).
- d. Jenis pembiayaan: 1). Belanja rujukan persalinan. 2). Belanja sewa dan operasional Rumah Tunggu Kelahiran (RTK). 3). Belanja dukungan biaya persalinan.  
Dana jam persal tidak boleh dimanfaatkan untuk belanja langsung, belanja modal, pembelian obat dan vaksin, bayar iurab/ premi, membangun RTK dan membeli furniture RTK.

- e. Ruang lingkup Jampersal: 1). Pelayanan Tingkat Pertama diberikan di Puskesmas dan Puskesmas PONED (Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar) termasuk jaringannya Polindes dan Pokesdes, fasilitas kesehatan swasta yang memiliki Perjanjian Kerja Sama (PKS) dengan Tim Pengelola Kabupaten/ Kota. 2). Pelayanan Tingkat Lanjutan pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan spesialis, terdiri dari pelayanan kebidanan dan neonatus kepada ibu hamil, bersalin, nifas, dan bayi dengan risiko tinggi dan komplikasi, di rumah sakit pemerintah dan swasta yang tidak dapat ditangani pada fasilitas kesehatan tingkat pertama dan dilaksanakan berdasarkan rujukan, kecuali pada kondisi kedaruratan, (PMK No 12 Tahun 2021).
- f. Persyaratan Sasaran: 1). Ibu hamil, ibu bersalin dan ibu nifas serta bayi baru lahir miskin dan tidak mampu yang memiliki Jaminan Kesehatan (JKN) atau Jaminan/ asuransi lain. 2). Ibu hamil yang memiliki KTP, tidak memiliki KTP dan ibu hamil dari luar wilayah sesuai dengan koordinasi antar daerah, 3). Khusus untuk SHK, bayi yang lahir dari ibu hamil miskin dan tidak mampu yang belum memiliki Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) atau Jaminan/asuransi lain dan bagi bayi yang lahir dari ibu peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) JKN.

### **C. Rangkuman**

Program Kesehatan ibu bersalin bertujuan untuk menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB). Program yang di buat Pemerintah adalah program P4K dan Jampersal. Program P4K mempersiapkan dengan baik perencanaan persalinan dan melibatkan seluruh lapisan masyarakat sehingga dapat



mencegah terjadinya komplikasi persalinan secara dini. Pada system rujukan adanya istilah BAKSOKUDA (B: Bidan, A: Alat, K: Keluarga, S: Surat, O: Obat, K: Kendaraan, U: Uang dan DA: Darah, serta perlunya koordinasi prarujukan antara fasilitas kesehatan untuk tempat rujukan. Sedangkan program Jampersal, dimana pemerintah memberikan fasilitas bagi masyarakat yang tidak mampu sehingga tidak mendapatkan kesulitan dalam biaya persalinan.

#### **D. Tugas**

1. Secara umum apa tujuan dari program P4K (Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi)?
  - a. Membantu meringankan masyarakat pada saat proses persalinan.
  - b. Memantau ibu-ibu yang hamil di masyarakat,
  - c. Melibatkan masyarakat dalam perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi.
  - d. Meningkatkan mutu pelayanan bagi ibu dan bayi baru lahir dan meningkatkan peran serta masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman dan menghadapi komplikasi.**
  - e. Menjalinkan kerjasama tenaga kesehatan dengan tokoh masyarakat, kader, dukun bayi dan pokja posyandu.
  
2. Pernyataan dibawah ini adalah manfaat dari pada P4K(Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi), kecuali.....
  - a. Meningkatkan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan terampil.

- b. Menurunnya kejadian kesakitan dan kematian ibu dan bayi.
  - c. Tertanganinya kejadian komplikasi secara dini.
  - d. Pemeriksaan *Antenatal Care* (ANC).**
  - e. Meningkatkan cakupan pelayanan sesuai standar.
3. Pernyataan dibawah ini adalah indikator keberhasilan dari pada P4K(Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi), kecuali.....
- a. Persentase desa melaksanakan P4K dengan stiker.
  - b. Ibu hamil mendapatkan pelayanan standar.
  - c. Presentase ibu hamil, bersalin dan Nifas berstiker yang mengalami komplikasi tertangani.
  - d. Ibu yang menggunakan KB pasca salin dan ibu bersalin mendapatkan pelayanan nifas.
  - e. Ibu bersalin mendapatkan buku KIA.
4. Jampersal (Jaminan Persalinan) diatur dalam Peraturan Menteri Keuangan No. 12 tahun berapa?
- a. Tahun 2018
  - b. Tahun 2019
  - c. Tahun 2020
  - d. Tahun 2021
  - e. Tahun 2022
5. Pernyataan dibawah ini adalah sasaran dari pada Jampersal, kecuali.....
- a. Ibu hamil
  - b. Ibu bersalin
  - c. Ibu nifas
  - d. Ibu usila**
  - e. Bayi Baru Lahir.
  - f.

## E. Referensi

Depkes RI. (2010), *Pedoman Praktik Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) dengan Stiker*, Jakarta: Departemen Kesehatan RI

Kemenkes RI. (2009), *Pedoman Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) dengan Stiker*, Jakarta: Kemenkes

Menteri Kesehatan, 2021, *Peraturan Menteri Kesehatan No. 12 Tahun 2021 tentang Petunjuk Teknis Penggunaan Dana Alokasi Khusus Non Fisik Bidang Kesehatan tahun Anggaran 2021*, Jakarta, Kemenkes

<http://repository.poltekkes-denpasar.ac.id/10127/3/BAB%20II.pdf>, diakses tanggal 27 Februari 2023 jam 22.00 wita

<http://repository.poltekkes-denpasar.ac.id/943/3/BAB%20II.pdf>, diakses tanggal 27 Februari 2023 jam 22.00 wita

## F. Glosarium

AKI	:	Angka Kematian Ibu
AKB	:	Angka Kematian Bayi
ANC	:	<i>Antenatal Care</i>
BBL	:	Bayi Baru Lahir
JKN	:	Jaminan Kesehatan Nasional
JAMPERSAL	:	Jaminan Persalinan

KIA	:	Kesehatan Ibu dan Anak
PMK	:	Peraturan Menteri Keuangan
PBI	:	Penerima Bantuan Iuran
PKS	:	Perjanjian Kerja Sama
PONED	:	Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar
RTK	:	Rumah Tunggu Kelahiran
SHK	:	Skrining Hipertiroid Kongenital

## **BAB XIV KOMPLIKASI SELAMA PERSALINAN (PREEKLAMSI)**

**(Siti Sopiatusun, M. Keb)**

### **A. Tujuan pembelajaran :**

1. Mahasiswa mampu memahami definisi Preeklamsi
2. Mahasiswa mampu memahami patogenesis Preeklamsi
3. Mahasiswa mampu memahami faktor resiko , tanda dan gejala Preeklamsi
4. Mahasiswa mampu memahami tata kelola Preeklamsi

### **B. Materi**

#### **1. Definisi**

Preeklamsi adalah gangguan multisistem yang biasanya mempengaruhi 2%-5% wanita hamil dan merupakan salah satu penyebab utama morbiditas dan mortalitas ibu dan perinatal, terutama ketika kondisi ini terjadi sejak dini. Preeklamsi sebelumnya telah didefinisikan sebagai timbulnya hipertensi disertai dengan proteinuria yang signifikan setelah usia kehamilan 20 minggu. Baru-baru ini, definisi PE telah diperluas. Sekarang definisi preeklamsi yang disepakati secara internasional adalah yang diusulkan oleh *International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy* (ISSHP) (Poon et al., 2019). Hipertensi kehamilan dikaitkan dengan morbiditas dan risiko kematian ibu dan perinatal di seluruh dunia, terutama di negara-negara berkembang. Deteksi dan pengelolaan hipertensi kehamilan merupakan komponen penting dari kehadiran perawatan antenatal (Qureshi et al., 2020). Pencegahan preeklamsi terutama pada individu yang berisiko tinggi dapat mencegah kematian ibu dan kesakitan ibu dan janin, seperti kematian ibu, kematian janin, persalinan prematur, hambatan

pertumbuhan, rawat inap di NICU, dll serta menghasilkan kehamilan dan persalinan yang aman bagi ibu dan janin (Fatemeh Alsadat Rahnemaei, Mahta Abbasi Fashami, Fatemeh Abdi, 2020). Wanita hamil pertama kali memiliki risiko lebih tinggi mengalami komplikasi serius termasuk Preeklamsi/eklampsia. Oleh karena itu, skrining dan tindak lanjut yang tepat pada wanita primipara selama kehamilan pertama untuk mengurangi risiko Preeklamsi dan komplikasinya. Riwayat Preeklamsi sebelumnya sangat terkait dengan risiko Preeklamsi/eklampsia pada kehamilan berikutnya. Hal ini konsisten dengan tinjauan sistematis studi terkontrol di mana peningkatan risiko tujuh kali lipat untuk wanita dengan. Preeklamsi dibandingkan dengan wanita tanpa Preeklamsi dilaporkan sebelumnya (Meazaw et al., 2020).

Menurut ISSHP, preeklamsi didefinisikan: sebagai tekanan darah sistolik pada 140 mmHg dan/atau tekanan darah diastolik pada 90 mmHg setidaknya dua kali pengukuran dengan interval empat jam pada wanita yang sebelumnya normotensif dan disertai dengan 1 dari kondisi awitan baru berikut pada atau setelah usia kehamilan 20 minggu (Poon et al., 2019). Preeklamsi menjadi diagnosis yang semakin umum dan meningkat di negara maju dan tetap menjadi penyebab tinggi morbiditas dan mortalitas ibu dan janin di negara berkembang. Proteinuria ( ekskresi pada 24 jam  $\geq 300$  mg ), dengan TD  $\geq 160/105$  Mm Hg untuk hipertensi kronik, 160/110 mmhg untuk hipertensi gestasional, Jumlah trombosit,  $<100.000/ml$ , kreatinin serum  $>1.1mg/dl$ , atau dua kali lipat konsentrasi tanpa adanya penyakit ginjal lainnya. Edema paru Gejala serebral/penglihatan. Berikut klasifikasi Freeklamsia (Poon et al., 2019). Preeklamsi meningkatkan risiko pada janin atau neonatus. Risiko ini termasuk IUGR, besar kehamilan tidak sesuai dengan usia kehamilan, berat lahir rendah, kelahiran prematur,

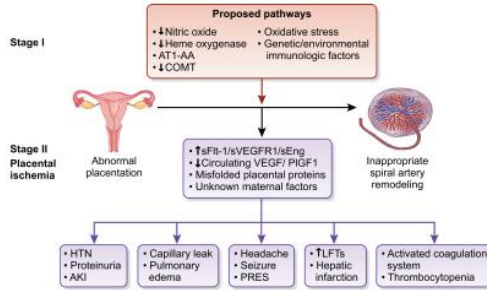
oligohidramnion, solusio plasenta, skor Apgar rendah, masuk unit perawatan intensif neonatal, lahir mati, dan kematian neonatal (Kaiser Permanente Research Affiliates Evidence-based Practice Center, 2017).

## 2. Patogenesis

Berdasarkan patogenesis terjadinya preeklamsi dikarenakan beberapa sebab diantaranya Preeklamsi merupakan keadaan sebagai kondisi imunologi dan inflamasi yang melibatkan proses plasentasi yang mengakibatkan terjadinya iskemi plasenta sehingga dapat menyebabkan penyakit yang lebih dini memperparah keadaan ibu serta janin, sedangkan proses yang berasal dari penyakit ibu dapat menyebabkan penyakit yang timbul kemudian dan dapat diantisipasi dengan segera (Kaiser Permanente Research Affiliates Evidence-based Practice Center, 2017), (Phipps et al., 2016).

Berikut langkah terjadinya preeklamsi yang berasal dari proses plasentasi yaitu:

- a. Remodeling arteri spiralis yang tidak lengkap di uterus yang berkontribusi terhadap iskemia plasenta
- b. Terjadinya pelepasan faktor antiangiogenik dari plasenta iskemik ke dalam sirkulasi ibu yang berkontribusi terhadap kerusakan endotel. Ke dua tahapan tersebut akan mengakibatkan pembuluh darah pada plasenta mengalami vasomotor dan menghalangi nutrisi bagi janin untuk tumbuh dan berkembang.



**Figure 1. | Pathogenesis of preeclampsia: two-stage model.** AT1-AA, autoantibodies to angiotensin receptor 1; COMT, catechol-O-methyltransferase; HTN, hypertension; LFT, liver function test; PlGF1, placental growth factor 1; PRES, posterior reversible encephalopathy syndrome; sEng, soluble endoglin; sFlt-1, soluble fms-like tyrosine kinase 1; sVEGFR1, soluble vascular endothelial growth factor receptor 1; VEGF, vascular endothelial growth factor. Reprinted from reference 35, with permission.

Gambar proses patogenesis terjadinya preeklamsi (Phipps et al., 2016)

### 3. Diagnosis

Berikut beberapa diagnosis preeklamsi (Ikatan Bidan Indonesia, 2016)

#### a. Preeklamsi Ringan

- 1) Tekanan darah  $\geq 140/90$  mmHg pada usia kehamilan  $> 20$  minggu
- 2) Tes celup urin menunjukkan proteinuria 1+ atau pemeriksaan protein kuantitatif menunjukkan hasil  $> 300$  mg/24 jam.

#### b. Preeklamsi berat

- a. Tekanan darah  $> 160/110$  mmHg pada usia kehamilan  $> 20$  minggu
- b. Tes celup urin menunjukkan proteinuria  $\geq 2+$  atau pemeriksaan protein kuantitatif menunjukkan hasil  $> 5$  mg/24 jam.
- c. Disertai keterlibatan organ lain:
  - 1) Sakit kepala
  - 2) Penglihatan kabur
  - 3) Pertumbuhan janin terhambat
  - 4) Edema paru



- 5) Gagal jantung kongestif
- 6) Oliguria ( < 500 ml/24 jam)
- 7) Kreatinin > 1,2 mg/dl
- c. Superimposed preeklamsi pada hipertensi kronik
  - a. Ibu dengan riwayat hipertensi kronik sudah ada sebelum kehamilan 20 minggu
  - b. Proteinuria > 1+
- d. Eklamsi
  - a. Kejang
  - b. Ada gejala dan tanda preeklamsi
  - c. Tidak ada kemungkinan gejala lain ( seperti eiplesi, perdarahan dan meningitis)

**c. Faktor resiko dan tanda gejala preeklamsi**

Tabel 1. faktor resiko preeklamsi (The Pre-eclampsia Community Guideline Development Group, 2004)

Faktor-faktor yang dapat diukur pada awal kehamilan yang meningkatkan kemungkinan berkembangnya preeklamsia	
1	Kehamilan pertama
2	Multiparitas dengan riwayat preeklamsia pada kehamilan sebelumnya
3	Multiparitas dengan sepuluh tahun atau lebih sejak bayi terakhir
4	Usia 40 tahun atau lebih
5	Index masa tubuh $\geq 35$
6	Riwayat keluarga dengan preeklamsia (pada ibu atau saudara perempuan)
7	Tekanan darah diastol $\geq 80$ mmHg

8	proteinuria ( $\geq 1+$ pada $\geq$ satu kali diukur pada 0,3g/ 24 jam
9	Kehamilan ganda
10	Hipertensi yang sudah ada sebelumnya
11	Penyakit ginjal yang sudah ada sebelumnya
12	Diabetes yang sudah ada sebelumnya
13	Antifosfolipid Antibodi
Tanda dan gejala preeklamsi	
1	Positif protein urin
2	Sakit kepala
3	Pandangan kabur
4	Nyeri epigastrium dan/atau muntah
5	Gerakan janin berkurang
6	Besar kehamilan tidak sesuai usia kehamilan

#### d. Tata laksana Preeklamsi

##### 1) Pengelolaan umum

- a) Jika tekanan diastolik  $> 110$  mmHg, berikan antihipertensi ( nifedipin 5-10 mg oral) sampai tekanan diastolik antara 90-100 mmHg
- b) Pasang infus ringerlaktat dengan jarum besar no.16 atau lebih
- c) Ukur keseimbangan cairan, jang sampai terjadi overload
- d) Kateterisasi urin untuk pengukuran volume dan pemeriksaan proteinuria

- e) Infus cairan dipertahankan 1,5-2 liter/24 jam
  - f) Jangan tinggalkan pasien sendirian, kejang disertai aspirasi dapat mengakibatkan kematian ibu dan janin
  - g) Observasi tanda-tanda vital, refleks dan denyut jantung janin setiap 1 jam
  - h) Auskultasi paru untuk mencari tanda edema paru, jika ada edema paru hentikan pemberian cairan dan berikan diuretik
  - i) Nilai pembekuan darah dengan uji pembekuan, jika pembekuan tidak terjadi setelah 7 menit, kemungkinan terjadi koagulopati.
- 2) Anti konvulsan
- Magnesium sulfat merupakan obat pilihan untuk mencegah dan mengatasi kejang pada preeklamsi dan eklamsi

Tabel 2 pemberian MgSO<sub>4</sub>(Ikatan Bldan Indonesia, 2016)

<b>Dosis pemberain MgSO<sub>4</sub></b>	
Alternatif 1 dosis awal	MgSO <sub>4</sub> 4 gr IV sebagai larutan 40% selama 5 menit Segera dilanjutkan dengan 15 ml MgSO <sub>4</sub> (40%) 6 gr dalam larutan Ringer laktat/asetat selama 6 jam.
Dosis pemeliharaan	Jika kejang berulang setelah 15 menit berikan MgSO <sub>4</sub> (40%) 2 gr IV selama 5 menit

	MgSO <sub>4</sub> 1 g/jam melalui infus Ringerlaktat/Asetat diberikan sampai 24 jam postpartum
Sebelum pemberian MgSO <sub>4</sub> ulangan lakukan pemeriksaan:	Pasien akan merasa agak panas pada saat pemberian MgSO <sub>4</sub> Frekuensi pernafasan minimal 16x/menit Refleks patela + Urin minimal 30 ml/jam dalam 4 jam terakhir
Hentikan pemberian MgSO <sub>4</sub> jika:	Frekuensi pernafasan < 16x/menit Refleks patella - Bradipnea ( < 16 x/menit) Jika terjadi henti nafas: Bantu pernafasan dengan ventilator Berikan kalsium glukonas 1 gr ( 20ml dalam larutan 10%) IV perlahan-lahan sampai pernapasan mulai lagi.

*Antenatal care* dengan resiko preeklamsi dan hipertensi pada ibu hamil: (Royal College of Obstetricians Gynaecologists, 2021),(The Pre-eclampsia Community Guideline Development Group, 2004)

1. Kunjungan pertama dan selanjutnya di trimester 2 dilakukan penilaian faktor resiko preeklamsi.
2. Deteksi tanda dan gejala preeklamsi

3. Melakukan pengukuran tekanan darah setiap pertemuan antenatal tatap muka rutin menggunakan alat yang sudah tervalidasi.
4. Rujuk wanita di atas 20 minggu dengan episode pertama hipertensi (tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih tinggi) ke perawatan sekunder untuk diperiksa dalam waktu 24 jam.
5. Segera rujuk wanita dengan hipertensi berat (tekanan darah 160/110 mmHg atau lebih tinggi) ke perawatan sekunder untuk diperiksa pada hari yang sama.
6. Anjurkan periksa tes protein urin rutin setiap kunjungan tatap muka.

### C. Rangkuman

Preeklamsi adalah gangguan multisistem yang biasanya mempengaruhi 2%-5% wanita hamil dan merupakan salah satu penyebab utama morbiditas dan mortalitas ibu dan perinatal, terutama ketika kondisi ini terjadi sejak dini. Preeklamsi dibagi 2 jenis yaitu Preeklamsi ringan dan berat, seorang bidan harus mampu melakukan diagnosis awal bahwa ibu bersalin mengalami preeklamsi atau tidak dengan melakukan pemeriksaan minimal diantaranya ukur tekanan darah dan cek protein urin secara rutin. Agar preeklamsi bisa di tangani dengan baik maka bidan harus mahir dalam melakukan identifikasi faktor resiko dan tanda gejala dan tatalaksana preeklamsi.

### D. Tugas

1. Jelaskan terjadinya preeklamsi secara singkat!

2. Bagaimana penanganan awal jika ibu bersalin mengalami diagnosis preeklamsi?

## E. Referensi

1. Fatemeh Alsadat Rahnemaiei, Mahta Abbasi Fashami, Fatemeh Abdi, M. A. (2020). Review Article Factors effective in the prevention of Preeclampsia:A systematic review.
2. Ikatan Bidan Indonesia. (2016). Modul Midwifery Update (D. E. Nurjasmii, T. Wiratmoko, S. Romlah, R. Chairani, H. Herdiawati, I. Suppradewi, I. A. Citarasmi, L. Lawintono, A. Muchtar, T. Sukaety, I. Kurnia, & R. Amelia (eds.)).
3. Kaiser Permanente Research Affiliates Evidence-based Practice Center. (2017). Screening for Preeclampsia: A Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force.
4. Meazaw, M. W., Catherine Chojenta, Muluneh, M. D., & Loxton, D. (2020). Systematic and meta-analysis of factors associated with preeclampsia and eclampsia in sub-Saharan Africa. PLoS ONE, 15(8).
5. Phipps, E., Prasanna, D., Brima, W., & Jim, B. (2016). Mini-Review Preeclampsia: Updates in Pathogenesis, Definitions, and Guidelines. Clin J Am Soc Nephrol, 11, 1102-1113.  
<https://doi.org/10.2215/CJN.12081115>
6. Poon, L. C., Shennan, A., Hyett, J. A., Kapur, A., Hadar, E., Hema, Divakar, McAuliffe, F., Costa, F. da S., Dadelszen, P. von, Harold, McIntyre, David Kihara, A. B., Renzo, G. C. Di, Romero, R. M., & D'Alton Berghella, Vincenzo Nicolaidis, Kypros

H.Hod, M. (2019). The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) Initiative on Preeclampsia (PE): A Pragmatic Guide for First Trimester Screening and Prevention. *Int J Gynaecol Obstet*, 145(Suppl).

<https://doi.org/doi:10.1002/ijgo.12802>

7. Qureshi, R. N., Sheikh, S., Hoodbhoy, Z., Sharma, S., Vidler, M., Payne, B. A., Ahmed, I., Mark Ansermino, J., Bone, J., Dunsmuir, D. T., Lee, T., Li, J., Nathan, H. L., Shennan, A. H., Singer, J., Tu, D. K., Wong, H., Magee, L. A., von Dadelszen, P., & Bhutta, Z. A. (2020). Community-level interventions for pre-eclampsia (CLIP) in Pakistan: A cluster randomised controlled trial. *Pregnancy Hypertension*, 22, 109-118.  
<https://doi.org/10.1016/J.PREGHY.2020.07.011>
8. Royal College of Obstetricians Gynaecologists. (2021). Antenatal Care NICE guideline. [www.nice.org.uk/guidance/ng201](http://www.nice.org.uk/guidance/ng201)
9. The Pre-eclampsia Community Guideline Development Group. (2004). *PRECOG : The Pre-eclampsia Community Guideline*.

# Tentang Penulis



Seri Wahyuni, SST., M.Kes

Lahir di Sampit, 19 Oktober 1980. Menamatkan pendidikan Dasar (SD) pada tahun 1993 di Sekolah Dasar Mentawa Baru Ketapang 1 Sampit, melanjutkan pendidikan ke SMP Negeri 2 Sampit dan lulus tahun 1996, Kemudian melanjutkan ke SMA Negeri 1 Sampit, dan lulus pada tahun 1999. Pada Tahun 2002 mendapat gelar Amd.Keb dari Politeknik Kesehatan Palangka Raya. Pada tahun 2006 penulis mendapatkan gelar Sarjana Sains Terapan (DIV Kebidanan) dari Politeknik Kesehatan Bandung dan penulis melanjutkan Kuliah di Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat (Peminatan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)) di Universitas Diponegoro Semarang. Tahun 2014, penulis secara resmi mendapatkan gelar M.Kes. Saat ini penulis bekerja di Poltekkes Kemenkes Palangka Raya menjadi dosen Prodi D.III Kebidanan dan sebagai Kepala Program Studi D.III Kebidanan sejak 2022-2026. Selain itu,



Penulis juga sebagai reviewer Jurnal Sport and Science and Health Universitas Negeri Malang Tahun 2020. Selain dalam bidang pendidikan dan pengajaran penulis juga terlibat dalam kegiatan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat. Penulis sudah mempunyai buku ajar Obstetri tahun 2019 yang diterbitkan oleh Wineka Media dan Buku Pelayanan KB yang diterbitkan oleh UNISMA Tahun 2022, Buku Ajar KDKK yang diterbitkan oleh CV. Media Sains Indonesia, Buku Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana tahun 2023 yang diterbitkan oleh Zahir Publishing.

Email  
adilahidayat@gmail.com

Penulis:



## **DHIANA SETYORINI**

Dr. Dhiana Setyorini. S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Mat dosen di Poltekkes Kemenkes Surabaya. Riwayat pendidikan setelah lulus SMA adalah Akper Sutomo Surabaya lulus tahun 1991 kemudian lanjut Profesi Ners PSIK Fakultas Kedokteran Unair lulus tahun 2002. S2 Keperawatan dan Spesilis Keperawatan Maternitas beliau selesaikan tahun 2007 di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, kemudian penulis melanjutkan kuliah Program Doktorat (S3) Ilmu Kesehatan Di FKM Unair lulus tahun 2017.

Penulis aktif sebagai pembicara seminar dan fasilitator pelatihan gawat darurat maternal neonatal Selain itu penulis juga aktif melakukan kegiatan penelitian dan kegiatan Pengabdian kepada Masyarakat. Beberapa buku sudah dihasilkan oleh penulis diantaranya Deteksi Dini Risiko Preeklamsi Dan Eklampsi, Deteksi Dini Risiko Perdarahan Post Partum, Modul Pelatihan Basic Trauma Cardio Maternal Neonatal Manajemen, Modul Manajemen Keperawatan, Modul Etika Keperawatan, buku Ilmu Komunikasi, buku ajar Keperawatan Maternitas dan beberapa buku lainnya. Selain itu beberapa aplikasi seperti Kartu Skor Deteksi Risiko Pre

eklampsi dan Risiko Perdarahan Post Partum karya beliau bisa diunduh di Playstore.

Penulis aktif dalam organisasi profesi Ikatan Perawat Maternitas Indonesia baik di tingkat pusat maupun Wilayah Jawa Timur, tahun 2010-2017 menjadi ketua Ikatan Perawat Maternitas Indonesia Wilayah Jawa Timur selama 2 priode dan sekarang menjadi pengurus di Tingkat Pusat dan Tingkat Wilayah.

Email: [indhiatelu@gmail.com](mailto:indhiatelu@gmail.com)



**Wahidah Sukriani, S.ST., M.Keb**

Lahir di Palangka Raya, 30 Desember 1988. Memulai pendidikan DIII kebidanan pada tahun 2006 di Stikes 'Aisyiyah Yogyakarta dilanjutkan dengan pendidikan DIV Bidan Pendidik di kampus yang sama. Penulis menyelesaikan pendidikan magister kebidanan di Universitas Padjajaran pada tahun 2017. Saat ini penulis merupakan dosen tetap di Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Palangka Raya sejak Tahun 2011 hingga sekarang. Penulis mengampu beberapa mata kuliah asuhan kebidanan salah satunya mata kuliah Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir. Penulis aktif sebagai peneliti dibidang kesehatan khususnya terkait kesehatan ibu, anak dan remaja. Beberapa hibah penelitian pernah diperoleh oleh penulis. Penulis juga aktif menerbitkan artikel penelitian di jurnal nasional dan internasional. Penulis merupakan founder dan pengampu dari website "sapabidan.com" yang merupakan media edukasi bagi ibu terutama mengenai menyusui. Selain aktif melaksanakan Tri Dharma Perguruan Tinggi, penulis juga aktif dalam kegiatan organisasi Ikatan Bidan Indonesia.

Email Penulis: [wahidahsukriani@gmail.com](mailto:wahidahsukriani@gmail.com)



**Greiny Arisani, SST.,  
M.Kes**

Lahir di Palangka Raya, 05 Februari 1989. Ketertarikan Penulis pada Ilmu Kebidanan memilih penulis untuk memulai pendidikan pada jenjang Diploma III Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Palangka Raya lulus pada tahun 2009. Kemudian penulis melanjutkan pendidikan pada jenjang pendidikan Diploma IV Bidan Pendidik di Poltekkes Kemenkes Jakarta III dan lulus pada tahun 2011 kemudian penulis menyelesaikan jenjang pendidikan S2 Sains Terapan Kesehatan Peminatan Kebidanan di Universitas Diponegoro Semarang dan berhasil lulus pada tahun 2014. Penulis adalah dosen tetap pada Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Palangka Raya sejak tahun 2015 sampai dengan sekarang. Penulis aktif dalam melaksanakan kegiatan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat khususnya dibidang kesehatan ibu dan anak serta aktif dalam menerbitkan publikasi ilmiah berupa artikel publikasi penelitian dan

pengabdian kepada masyarakat pada jurnal nasional dan internasional. Salah satu buku karya penulis yang sudah diterbitkan adalah Buku Panduan untuk Mengajarkan Pendidikan Kesehatan Reproduksi Bagi Remaja yang diterbitkan pada tahun 2021 kemudian pada tahun 2022 menulis *Book Chapter* bersama penulis lainnya yang berjudul Asuhan Kebidanan Kehamilan dan *Book Chapter* dengan judul Keterampilan Dasar Praktik Kebidanan yang terbit pada tahun 2023. Selain sebagai pendidik penulis aktif dalam kegiatan organisasi profesi dan menjadi anggota Ikatan Bidan Indonesia (IBI) Ranting Poltekkes Kemenkes Palangka Raya.

Email Penulis : [greiny.arisani@polkesraya.ac.id](mailto:greiny.arisani@polkesraya.ac.id)



**Kartini Pekabanda, SST.,M. Kes.** Lahir di Tanggamadita (Sumba Timur-Nusa Tenggara Timur) pada tanggal 21 April 1983. Tahun 2006-2017 sebagai pegawai negeri sipil Dinas Kesehatan Kabupaten Sumba Timur dan diperbantukan bekerja di Program Studi Keperawatan Waingapu sebagai staf dosen. Tahun 2017-sekarang bergabung dengan Poltekkes Kemenkes Kupang pada prodi keperawatan Waingapu. Sekarang sebagai penanggungjawab mata kuliah gizi dan diet dan aktif mengajar mata kuliah keperawatan maternitas, gerontik, pendidikan budaya anti korupsi, etika keperawatan dan hukum kesehatan, manajemen penyakit infeksi, kebijakan kesehatan Indonesia Timur, dan antropologi kesehatan. Penulis juga aktif melakukan penelitian, pengabmas dan publikasi jurnal serta aktif dalam pertemuan-pertemuan ilmiah dan seminar keperawatan.

Riwayat Pendidikan:

1. SPK Depkes Waingapu lulus tahun 2002
2. Diploma III Akademi Kebidanan Pemkab Cilacap lulus tahun 2005
3. Diploma IV Bidan Pendidik Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Respati Yogyakarta lulus tahun 2008
4. Magister Kesehatan Masyarakat Manajemen Kesehatan Ibu dan Anak Universitas Diponegoro Semarang lulus tahun 2014

Email Penulis : [pekabandakartini@gmail.com](mailto:pekabandakartini@gmail.com)



**Antonetha Rosni Hunggumila, SST.,M.Kes.** Lahir di Haming, Sumba Timur, tanggal 18 Desember 1975. Sejak tahun 1996-2006 menjadi bidan di Puskesmas Baing. Tahun 2010-2011 bekerja di Dinas Kesehatan Kabupaten Sumba Timur. Tahun 2011-sekarang bergabung dengan Poltekkes Kemenkes Kupang menjadi dosen tetap pada prodi

keperawatan Waingapu. Sekarang sebagai penanggungjawab mata kuliah farmakologi dan aktif mengajar mata kuliah keperawatan anak, keperawatan dasar, promosi kesehatan, antropologi kesehatan, psikologi dan pancasila. Penulis juga aktif melakukan penelitian, pengabmas, publikasi jurnal, menulis buku ajar serta aktif dalam pertemuan-pertemuan ilmiah dan seminar keperawatan.

**Riwayat Pendidikan:**

2. SPK Depkes Waingapu lulus tahun 1995.
3. Diploma I kebidanan AKPER Bethesda Yogyakarta lulus tahun 1996.
4. Diploma III kebidanan Poltekkes Kemenkes Denpasar lulus tahun 2009.
5. Diploma IV bidan pendidik Poltekkes Kemenkes Denpasar lulus tahun 2010.
6. Magister Ilmu Kesehatan Fakultas kedokteran Universitas Udayana lulus tahun 2019.

Nama : Legawati  
Lengkap  
Pekerjaan : Dosen Jurusan Kebidanan  
Poltekkes kemenkes Palangka Raya  
Alamat : G Obos VII A No 1 Kel Menteng  
Kecamatan Jekan Raya, Kota  
Palangka Raya  
E mail : legawati@polkesraya.ac.id



## Pendidikan Formal

1. DIII Kebidanan, Akademi Kebidanan Depkes Palangka Raya
2. DIV Kebidanan, Bidan Pendidik Program Perawat Pendidik Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Yogyakarta
3. S2 Kesehatan Ibu dan Anak-Kesehatan Reproduksi Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Madah Yogyakarta
4. S3, Doktor Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro

## Penulisan Buku

2018	Asuhan	Persalinan	ISBN	
	Normal			
2020	Kecemasan	dan	ISBN	978-
	Pendampingan	Suami	623-6817-22-3	
	Terhadap Outcome Perinatal			
	pada Kehamilan Remaja			
2020	Penerapan	Estándar	ISBN	978-
	Asuhan Kebidanan dalam		623-6817-52-0	
	Pelayanan Kebidanan			
	(Aplikasi KEPMENKES NO			
	938/SK/IV/2007)			
2020	Pelayanan Terintegrasi		ISBN	978-
	pada Kejadian Bayi Berat		623-6817-43-8	
	Lahir Rendah (BBLR)			

## Siti Rochimatul Lailiyah.,S.SiT.,M.Kes.



Penulis dilahirkan di Kota Sidoarjo, pada tanggal 23 November 1984. Penulis adalah dosen tetap di STIKes Ngudia Husada Madura. Menyelesaikan pendidikan D-III Kebidanan Poltekkes Surabaya Kampus Bangkalan Madura, dan melanjutkan pendidikan D-IV Bidan Pendidik di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Ngudi Waluyo Ungaran Semarang. Pada tahun 2011 penulis melanjutkan pendidikan S2 pada Program Studi ilmu Kesehatan Masyarakat AKK (Administrasi Kebijakan Kesehatan) minat Manajemen Kesehatan Ibu dan Anak. Mata kuliah yang diampu meliputi mata kuliah pelayanan KB, kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal, Asuhan Persalinan dan Bayi Baru Lahir. Sebelumnya penulis juga telah menerbitkan beberapa buku meliputi panduan praktikum Kegawatdaruratan Obstetri, Panduan pelaksanaan Stase Midwifery Critical Care, modul asuhan kebidanan persalinan dan Bayi baru Lahir, Modul asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal, Petunjuk Teknis Pelaksanaan Pojok Tinggi dan berat Badan Balita (Pojok Timbang), ilmu Pendidikan. Penulis juga telah menghasilkan beberapa publikasi pada jurnal nasional terakreditasi antara lain Efektifitas teknik relaksasi nafas dalam dan pijatan Effleurage terhadap penurunan Skala Nyeri pada Post SC, pengaruh lama penggunaan DMPA (Depometroksi Progesteron Asetat) terhadap penurunan libido pada WUD di PMB Lukluatun Mubrikoh, Evaluasi Input Kelas ibu Hamil di wilayah kerja PKM Sukolilo, Deteksi Dini preeklampsia pada ibu hamil dengan penimbangan BB dan tekanan Darah, faktor-faktor yang berhubungan dengan pemilihan Alat Metode Kontrasepsi jangka Panjang (MKJP) pada wanita usia Subur (Studi di Wilayah UPT Puskesmas Kabupaten Bangkalan), Dampak Pandemi Covid-19 terhadap pelayanan KIA di Kab Bangkalan. Penulis mengawali karir sebagai pendidik sejak 2006, sekprodi Prodi DIV kebidanan STIKes Ngudia Husada Madura (sejak 2015-2018), Ka prodi DIII Kebidanan STIKes

Ngudia Husada Madura (sejak 2018-2019), GKM STIKes Ngudia Husada Madura sejak 2019 sampai saat ini. Penulis dapat di hubungi melalui email [sitirochimatullailiyah5@gmail.com](mailto:sitirochimatullailiyah5@gmail.com) nomor telepon 085735492133



Nama : Siti Sopiatus, M.Keb

TTL : Karawang 16 Oktober 1985

Pekerjaan : Dosen

Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Horizon

Karawang

Riwayat Pendidikan :

- Diploma III Kebidanan Poltekkes Bandung Jurusan Prodi Karawang lulus tahun 2007
- Diploma IV Bidan Pendidik STIKes Kharisma Karawang lulus tahun 2010
- Magister Kebidanan UNPAD lulus tahun 2017
- Sedang Program Doktorat Universitas Indonesia tahun 2021 - sampai sekarang

