

ISBN : 978-602-6708-06-9



**BUKU AJAR**  
**ASUHAN KEBIDANAN**  
**PERSALINAN**

Herry Rosyati, SST, MKM

**BUKU AJAR ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN**

**Herry Rosyati, SST, MKM**

**Penerbit**

**Fakultas Kedokteran dan Kesehatan**

**Universitas Muhammadiyah Jakarta**

## **ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN**

Penulis : Herry Rosyati, SST, MKM

ISBN : 978-602-6708-06-9

Desain Sampul : Oktaviany Ismiarika Sulistyanti, S. Keb, Bd.

Penerbit : Fakultas Kedokteran dan Kesehatan Universitas

Muhammadiyah Jakarta

Jl. KH Ahmad Dahlan Cirendeudeu Ciputat 15419

[www.fkkumj.ac.id](http://www.fkkumj.ac.id)

Cetakan I : 2017

Hak Cipta dilindungi Undang-undang

Dilarang mengutip, memperbanyak, dan menerjemah sebagian seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari penerbit

## KATA PENGANTAR

Alhamdulillahirabbal alamiin, atas petunjuk dan Rahmad Allah SWT, buku ajar ini dapat selesai dan berada di tangan pembaca saat ini.

Buku ajar “Asuhan Kebidanan Persalinan” ini dibuat atas adanya kebutuhan dalam referensi dan proses yang lebih praktis dalam memahami Asuhan Kebidanan Persalinan. Bidan diharapkan bisa menjadi “change of Agent” dengan kemajuan pelayanan kebidanan yang profesional, bekerja dimasyarakat dengan sangat memperhatikan sosial budaya masyarakat setempat.

Tentunya kemajuan ilmu pengetahuan dan perubahan regulasi setempat juga sangat berpengaruh pada pelayanan kebidanan pada masa persalinan, sehingga buku ajar ini akan terus menyesuaikan dengan perubahan tersebut. Buku ini tentunya dapat terselesaikan atas kontribusi teman sejawat yang telah menekuni proses pembelajaran kebidanan dan topik-topik perubahan regulasi serta pergeseran yang ada di komunitas. Kami sangat berterima kasih pada pihak-pihak yang tidak dapat kami sebutkan satu-persatu dalam penyusunan buku ajar ini.

Semoga, amal ibadah kita mendapat imbalan dari Allah SWT. Amiin

Jakarta, 2017

Penulis



# DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
TIM PENYUSUN DAN EDITOR .....	ii
KATA PENGANTAR .....	iii
DAFTAR ISI .....	iv
DAFTAR TABEL .....	v
<b>Anamnesa pada Persalinan .....</b>	<b>1</b>
<b>Asuhan Kebidanan pada Persalinan .....</b>	<b>10</b>
<b>Deteksi Dini Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal .....</b>	<b>25</b>
<b>Deteksi Dini Penatalaksanaan Sistem Rujukan pada Persalinan .....</b>	<b>40</b>
<b>Komunikasi dan Penerapan Aspek Sosial Budaya .....</b>	<b>57</b>
<b>Pemenuhan Asupan Gizi dalam Persalinan.....</b>	<b>70</b>

**DAFTAR PUSTAKA**

## **ANAMNESIS BAGI IBU YANG SEDANG BERSALIN**

Tujuan dari anamnesis adalah mengumpulkan informasi tentang riwayat kesehatan dan kehamilan. Informasi ini digunakan dalam proses membuat keputusan klinik untuk menentukan diagnosis dan mengembangkan rencana asuhan atau perawatan yang sesuai.

Tanyakan pada ibu :

- Nama, umur dan alamat
- Gravida dan para
- Hari pertama haid terakhir
- Kapan bayi akan lahir (menurut taksiran iibu)
- Alergi obat-obatan
- Riwayat kehamilan sekarang :
  - > Apakah ibu pernah melakukan pemeriksaan antenatal ? Jika ya, periksa kartu asuhan antenatalnya (jika mungkin).
  - > Pernahkah ibu mendapat masalah selama kehamilannya (misalnya perdarahan, hipertensi, dll.)
  - > Kapan mulai kontraksi ?
  - > Apakah kontraksi teratur ? Seberapa sering terjadi kontraksi ?
  - > Apakah ibu masih merasakan gerakan bayi ?
  - > Apakah selaput ketuban sudah pecah ? Jika ya, apa warna cairan ketuban ? Apakah kental atau encer ? Kapan selaput ketuban pecah ? (periksa perineum ibu dan lihat air ketuban di pakaiannya)
  - > Apakah keluar cairan bercampur darah dari vagina ibu ? Apakah berupa bercak atau darah segar per vaginam ? (Periksa perineum ibu dan lihat darah di pakaiannya)
  - > Kapankah ibu terakhir kali makan atau minum ?
  - > Apakah ibu mengalami kesulitan untuk berkemih ?
- Riwayat kehamilan sebelumnya :
  - > Apakah ada masalah selama persalinan atau kelahiran sebelumnya (bedah sesar, persalinan dengan ekstraksi vakum atau forseps, induksi oksitosin, hipertensi yang diinduksi oleh kehamilan, pre eklampsia / eklampsia, perdarahan pasca persalinan) ?
  - > Berapa berat badan bayi paling besar yang pernah ibu lahirkan ?
  - > Apakah ibu mempunyai masalah dengan bayi-bayi sebelumnya ?
- Riwayat medis lainnya (masalah pernapasann, hipertensi, gangguan jantung, gangguan berkemih, dll.)
- Masalah medis saat ini (sakit kepala, ganngguan penglihatan, pusing atau nyeri epigastrium). Jika ada, periksa tekanan darahnya dan jika mungkin periksa protein dalam urin ibu.
- Pertanyaan tentang hal-hal lain yang belum jelas atau berbagai bentuk

kekhawatiran lainnya.

Dokumentasikan semua temuan. Setelah anamnesis lengkap, lakukan pemeriksaan fisik.

## **ASKEB PERSALINAN**

### **Pengertian**

- a. Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir (Saifudin, Abdul Bari, 2002)
- b. Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus melalui vagina ke dunia luar (Wiknjosastro, 2006)
- c. Persalinan normal adalah proses lahirnya bayi pada letak belakang kepala dengan ibu sendiri, tanpa bantuan alat – alat serta tidak melukai ibu dan bayi yang umumnya berlangsung kurang dari 24 jam (Mochtar, Rustam, 1998)

### **Etiologi Persalinan**

Sebab terjadinya persalinan sampai kini masih merupakan teori – teori yang kompleks. Faktor – faktor humoral, pengaruh prostaglandin, struktur uterus, sirkulasi uterus, pengaruh syaraf dan nutrisi di sebut sebagai faktor – faktor yang mengakibatkan persalinan mulai.

Menurut Wiknjosastro (2006) mulai dan berlangsungnya persalinan, antara lain:

- a. Teori penurunan hormon  
Penurunan kadar hormon estrogen dan progesteron yang terjadi kira – kira 1 – 2 minggu sebelum partus dimulai. Progesterone bekerja sebagai penenang bagi otot – otot uterus dan akan menyebabkan kekejangan pembuluh darah sehingga timbul his bila kadar progesterone turun.
- b. Teori plasenta menjadi tua  
Villi korialis mengalami perubahan – perubahan, sehingga kadar estrogen dan progesterone menurun yang menyebabkan kekejangan pembuluh darah, hal ini akan menimbulkan kontraksi rahim.
- c. Teori berkurangnya nutrisi pada janin  
Jika nutrisi pada janin berkurang maka hasil konsepsi akan segera di keluarkan.
- d. Teori distensi rahim  
Keadaan uterus yang terus menerus membesar dan menjadi tegang mengakibatkan iskemia otot – otot uterus. Hal ini mungkin merupakan faktor yang dapat mengganggu sirkulasi uteroplasenter sehingga plasenta menjadi degenerasi.
- e. Teori iritasi mekanik  
Tekanan pada *ganglio servikale* dari *pleksus frankenhauser* yang terletak di belakang serviks. Bila ganglion ini tertekan, kontraksi uterus akan timbul.

f. Induksi partus (*induction of labour*)

Parus dapat di timbulkan dengan jalan :

1. Gagang laminaria : beberapa laminaria di masukkan dalam kanalis servikalis dengan tujuan merangsang pleksus frankenhauser.
2. Amniotomi : pemecahan ketuban.
3. Oksitosin drips : pemberian oksitosin menurut tetesan infuse.

### **Patofisiologi Persalinan**

a. Tanda – tanda permulaan persalinan

Menurut Manuaba (1998), tanda – tanda permulaan peralinan :

1. *Lightening* atau *settling* atau *dropping*  
Yaitu kepala turun memasuki pintu atas panggul terutama pada primigravida. Pada multipara tidak begitu kentara.
2. Perut kelihatan lebih melebar, fundus uterus turun.
3. Perasaan sering – sering atau susah kencing (*polakisuria*) karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin.
4. Perasaan sakit di perut dan di pegang oleh adanya kontraksi. Kontraksi lemah di uterus, kadang – kadang di sebut “ *traise labor pains*”.
5. Serviks menjadi lembek, mulai mendatar dan sekresinya bertambah juga bercampur darah (*bloody show*)
6. Tanda – tanda inpartu.

Menurut Mochtar (1998), tanda – tanda inpartu :

- 1) Rasa sakit oleh adanya his yang dating lebih kuat, sering dan teratur.
- 2) Keluar lender bercampur darah (*show*) yang lebih banyak karena robekan – robekan kecil pada serviks’
- 3) Kadang – kadang ketuban pecah dengan sendirinya.
- 4) Pada pemeriksaan dalam : serviks mendatar dan pembukaan telah ada.

### **Pembagian Tahap Persalinan**

a. Persalinan kala I

Menurut azwar (2004), persalinan kala I adalah pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap.

Dengan ditandai dengan :

1. Penipisan dan pembukaan serviks.
2. Kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan pada serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit).
3. Keluarnya lendir bercampur darah.

Menurut wiknjosasto, kala pembukaan di bagi atas 2 fase yaitu :

1) Fase laten

Pembukaan serviks berlangsung lambat, di mulai dari pembukaan 0 sampai pembukaan 3 cm, berlangsung kira – kira 8 jam.

2) Fase aktif

Dari pembukaan 3 cm sampai pembukaan 10 cm, berlangsung kira – kira 7 cm.



Di bagi atas :

1. Fase akselerasi : dalam waktu 2 jam, pembukaan 3 cm menjadi 4.
2. Fase dilatasi maksimal : dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari pembukaan 4 cm menjadi 9 cm
3. Fase deselerasi : berlangsung lambat, dalam waktu 2 jam pembukaan jadi 10 cm.

Kontraksi menjadi lebih kuat dan sering pada fase aktif. Keadaan tersebut dapat dijumpai pada primigravida maupun multigravida, tetapi pada multigravida fase laten, fase aktif dan fase deselerasi terjadi lebih pendek.

i. Primigravida

Osteum uteri internum akan membuka terlebih dahulu sehingga serviks akan mendatar dan menipis. Keadaan osteum uteri eksternal membuka, berlangsung kira – kira 13 – 14 jam.

ii. Multigravida

Osteum uteri internum sudah membuka sedikit sehingga osteum uteri internum dan eksternum serta penipisan dan pendataran serviks terjadi dalam waktu yang bersama.

b. Kala II (pengeluaran)

Menurut Winkjosastro (2002), di mulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Pada primigravida berlangsung 2 jam dan pada multigravida berlangsung 1 jam.

Pada kala pengeluaran, his terkoordinir, kuat, cepat dan lebih lama, kira – kira 2 -3 menit sekali. Kepala janin telah turun masuk ruang panggul sehingga terjadi tekanan pada otot – otot dasar panggul yang secara reflektorik menimbulkan rasa mencedas. Karena tekanan pada rectum, ibu merasa seperti mau buang air bersih, dengan tanda anus terbuka.

Pada waktu his, kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka dan perineum meregang. Dengan his mencedas maksimal kepala janin di lahirkan dengan suboksiput di bawah simpisis dan dahi, muka, dagu melewati perineum. Setelah his istiadat sebentar, maka his akan mulai lagi untuk meneluarkan anggota badan bayi.

c. Kala III (pelepasan uri)

Kala III adalah waktu untuk pelepasan dan pengeluaran uri (Mochtar, 1998). Di mulai segera setelah bayi baru lahir sampai lahirnya plasenta yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit (Saifudin, 2001)

1) Tanda dan gejala kala III

Menurut Depkes RI (2004) tanda dan gejala kala III adalah : perubahan bentuk dan tinggi fundus uteri, tali pusat memanjang, semburan darah tiba – tiba.

3) Fase – fase dalam pengeluaran uri (kala III)

Menurut Mochtar (1998) fase – fase dalam pengeluaran uri meliputi :

- a) Fase pelepasan uri  
Cara lepasnya luri ada beberapa macam, yaitu :
  - (1) Schultze : lepasnya seperti kita menutup payung , cara ini paling sering terjadi (80%). Yang lepas duluan adalah bagian tengah, kemudian seluruhnya.
  - (2) Duncan : lepasnya uri mulai dari pinggir, uri lahir akan mengalir keluar antara selaput ketuban pinggir plasenta.
- b) Fase pengeluaran uri  
Persat – perasat untuk mengetahui lepasnya uri, antara lain :
  - (1) Kustner, dengan meletakkan tangan disertai tekanan pada atas simfisis, tali pusat di tegangkan maka bila tali pusat masuk (belum lepas), jika diam atau maju ( sudah lepas).
  - (2) Klein, saat ada his, rahim kita dorong sedikit, bila tali pusat kembali ( belum lepas), diam atau turun ( sudah lepas).
  - (3) Strassman, tegangkan tali pusat dan ketok fundus bila tali pusat bergetar (belum lepas), tidak bergetar (sudah lepas), rahim menonjol di atas simfisis, tali pusat bertambah panjang, rahim bundar dank eras, keluar darah secara tiba – tiba.
- d. Kala IV ( obsevasi )  
Menurut saifudin (2002), kala IV dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum.  
Observasi yang di lkukan pada kala IV adalah :
  - 1) Tingkat kesadaran
  - 2) Pemeriksaan tanda – tanda vital, tekanan darah, nadi dan pernafasan
  - 3) Kontraksi uterus
  - 4) Perdarahan : dikatakan normal jika tidak melebihi 500 cc.

### **Mekanisme Persalinan Normal**

Menurut Manuaba (1999) gerakan – gerakan janin dalam persalinan adalah sebagai berikut :

- a. Engagement ( masuknya kepala ) : kepala janin berfiksir pada pintu atas panggul.
- b. Descent ( penurunan )  
Penurunan di laksanakan oleh satu / lebih.
  - 1) Tekanan cairan amnion
  - 2) Tekanan langsung fundus pada bokong kontraksi otot abdomen.
  - 3) Ekstensi dan penelusuran badan janin.
  - 4) Kekuatan mengejan.
- c. Fleksion (fleksi)  
Fleksi di sebabkan karena anak di dorong maju dan ada tekanan pada PAP, serviks, dinding panggul atau dasar panggul. Pada fleksi ukuran kepala yang melalui jalan lahir kecil, karena diameter fronto occopito di gantikan diameter sub occipito.

- d. Internal rotation ( rotasi dalam)  
Pada waktu terjadi pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari janin memutar ke depan ke bawah simfisis ( UUK berputar ke depan sehingga dari dasar panggul UUK di bawah simfisis)
- e. Extension ( ekstensi )  
Ukun – ukun kecil (UUK) di bawah simfisis maka sub occiput sebagai hipomoklion, kepala mengadakan gerakan defleksi ( ekstensi ).
- f. External rotation (rotasi luar)  
Gerakan sesudah defleksi untuk menyesuaikan kedudukan kepala dengan punggung anak.
- g. Expulsion ( ekspusi ) : terjadi kelahiran bayi seluruhnya.

### **Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan**

Menurut mochtar ( 1998 ) faktor – faktor yang berperan dalam persalinan antara lain :

- a. Jalan lahir (passage)
    - 1) Jalan lahir di bagi atas :
      - a) Bagian keras tulang – tulang panggul ( rangka panggul ).
      - b) Bagian lunak panggul.
    - 2) Anatomi jalan lahir
      - a) Jalan lahir keras : pelvis/panggul  
Terdiri dari 4 buah tulang, yaitu :
        - (1) Os.coxae, terdiri dari : os. Ilium, os. Ischium, os.pubis
        - (2) Os.sacrum : promontorium
        - (3) Os.coccygis.
- Tulang panggul di pisahkan oleh pintu atas panggul menjadi 2 bagian :
- (1) Pelvis major : bagian di atas pintu atas panggul dan tidak berkaitan dengan persalinan.
  - (2) Pelvis minor : menyerupai suatu saluran yang menyerupai sumbu melengkung ke depan.
- b) Jalan lahir lunak : segmen bawah rahim, serviks, vagina, introitus vagina, dan vagina, muskulus dan ligamentum yang menyelubungi dinding dalam dan bawah panggul.
  - 3) Bidang – bidang Hodge  
Adalah bidang semu sebagai pedoman untuk menentukan kemajuan persalinan, yaitu seberapa jauh penurunan kepala melalui pemeriksaan dalam.  
Bidang hodge :
    - Ø Hodge I : promontorium pinggir atas simfisis
    - Ø Hodge II : hodge I sejajar pinggir bawah simfisis
    - Ø Hodge III : hodge I sejajar ischiadika
    - Ø Hodge IV : hodge I sejajar ujung coccygeus

Ukuran – ukuran panggul :

Ø Distansia spinarium (24 – 26 cm)

Ø Distansia cristarium (28 – 30 cm)

Ø Conjugate externa (18 – 20 cm)

Ø Lingkar panggul (80-90 cm)

Ø Conjugate diagonalis (12,5 cm)

b. Passenger ( janin dan plasenta )

1) Janin

Persalinan normal terjadi bila kondisi janin adalah letak bujur, presentasi belakang kepala, sikap fleksi dan tafsiran berat janin <4000 gram.

2) Plasenta

Plasenta berada di segmen atas rahim (tidak menghalangi jalan rahim). Dengan tuanya plasenta pada kehamilan yang bertambah tua maka menyebabkan turunya kadar estrogen dan progesterone sehingga menyebabkan kekejangan pembuluh darah, hal ini akan menimbulkan kontraksi.

c. Power (kekuatan)

Yaitu faktor kekuatan ibu yang mendorong janin keluar dalam persalinan terdiri dari :

1) His (kontraksi otot rahim)

His yang normal mempunyai sifat :

Ø Kontraksi dimulai dari salah satu tanduk rahim.

Ø Fundal dominan, menjalar ke seluruh otot rahim.

Ø Kekuatannya seperti memeras isi rahim dan otot rahim yang berkontraksi tidak kembali ke panjang semula sehingga terjadi refleksi dan pembentukan segmen bawah rahim.

2) Kontraksi otot dinding perut.

3) Kontraksi diafragma pelvis atau kekuatan mengejan

4) Ketegangan dan kontraksi ligamentum.

### **Perubahan – Perubahan Fisiologis Dalam Persalinan**

Menurut pusdiknakes 2003, perubahan fisiologis dalam persalinan meliputi :

a. Tekanan darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi uterus dengan kenaikan sistolik rata – rata 10 – 20 mmHg dan kenaikan diastolic rata – rata 5-10 mmHg. Diantara kontraksi uterus, tekanan darah kembali normal pada level sebelum persalinan. Rasa sakit, takut dan cemas juga akan meningkatkan tekanan darah.

b. Metabolism

Selama persalinan metabolisme karbohidrat aerobik maupun metabolisme anaerobik akan naik secara berangsur disebabkan karena kecemasan serta aktifitas otot skeletal. Peningkatan ini ditandai dengan kenaikan suhu badan, denyut nadi, pernafasan, kardiak output, dan kehilangan cairan.

c. Suhu badan

Suhu badan akan sedikit meningkat selama persalinan, terutama selampersalinan dan segera setelah kelahiran. Kenaikan suhu di anggap normal jika tidak melebihi 0.5 – 1 °C.

d. Denyut jantung

Berhubungan dengan peningkatan metabolisme, detak jantung secara dramatis naik selama kontraksi. Antara kontraksi, detak jantung sedikit meningkat di bandingkan sebelum persalinan.

e. Pernafasan

Karena terjadi peningkatan metabolisme, maka terjadi peningkatan laju pernafasan yang di anggap normal. Hiperventilasi yang lama di anggap tidak normal dan bias menyebabkan alkalosis.

f. Perubahan pada ginjal

Poliuri sering terjadi selama persalinan, mungkin di sebabkan oleh peningkatan filtrasi glomerulus dan peningkatan aliran plasma ginjal. Proteinuria yang sedikit di anggap biasa dalam persalinan.

g. Perubahan gastrointestinal

Motilitas lambung dan absorpsi makan padat secara substansial berkurang banyak sekali selama persalinan. Selai itu, pengeluaran getah lambung berkurang, menyebabkan aktivitas pencernaan hamper berhenti, dan pengosongan lambung menjadi sangat lamban. Cairan tidak berpengaruh dan meninggalkan perut dalam tempo yang biasa. Mual atau muntah biasa terjadi samapai mencapai akhir kala I.

h. Perubahan hematologi

Hematologi meningkat sampai 1,2 gram/100 ml selama persalinan dan akan kembali pada tingkat seperti sebelum persalinan sehari setelah pasca persalinankecuali ada perdarahan post partum.

**Perubahan Psikologi Pada Ibu Bersalin Menurut Varney (2006) :**

a. Pengalaman sebelumnya

Fokus wanita adalah pada dirinya sendiri dan fokus pada dirinya sendiri ini timbul ambivalensi mengenai kehamilan seiring usahanya menghadapi pengalaman yang buruk yang pernah ia alami sebelumnya, efek kehamilanterhadap kehidupannya kelak, tanggung jawab ,yang baru atau tambahan yang akan di tanggungnya, kecemasan yang berhubungan dengan kemampuannya untuk nenjadi seorang ibu.

b. Kesiapan emosi

Tingkat emosi pada ibu bersalin cenderung kurang bias terkendali yang di akibatkan oleh perubahan – perubahan yang terjadi pada dirinya sendiri serta pengaruh dari orang – orang terdekatnya, ibu bersalin biasanya lebih sensitive terhadap semua hal. Untuk dapat lebih tenang dan terkendali biasanya lebih sering bersosialisasi dengan sesame ibu – ibu hamil lainnya untuk saling tukar pengalaman dan pendapat.

- c. Persiapan menghadapi persalinan ( fisik, mental, materi dsb)  
 Biasanya ibu bersalin cenderung mengalami kekhawatiran menghadapi persalinan, antara lain dari segi materi apakah sudah siap untuk menghadapi kebutuhan dan penambahan tanggung jawab yang baru dengan adanya calon bayi yang akan lahir. Dari segi fisik dan mental yang berhubungan dengan risiko keselamatan ibu itu sendiri maupun bayi yang di kandungnya.
- d. Support system  
 Peran serta orang – orang terdekat dan di cintai sangat besar pengaruhnya terhadap psikologi ibu bersalin biasanya sangat akan membutuhkan dorongan dan kasih sayang yang lebih dari seseorang yang di cintai untuk membantu kelancaran dan jiwa ibu itu sendiri.

### **Penatalaksanaan Ibu Bersalin Normal**

Penatalaksanaan ibu bersalin normal kala I sampai dengan kala IV

#### a. Asuhan kala I

Menurut depkes RI (2004), asuhan kala I yaitu :

1. Melakukan pengawasan menggunakan partograf mulai pembukaan 4 – 10 cm.
2. Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam .
3. Menilai dan mencatat kondisi ibu dan bayi yaitu :
  - Ø DJJ setiap 30 menit.
  - Ø Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus tiap 30 menit
  - Ø Nadi setiap 30 menit
  - Ø Pembukaan serviks tiap 4 jam
  - Ø Penurunan kepala tiap 4 jam
  - Ø Tekanan darah tiap 4 jam
  - Ø Temperature tubuh tiap 2 jam
  - Ø Produksi urin, aseton, dan protein setiap 2 jam.
4. Pengawasan 10, menurut saifudin (2002) meliputi :
  - Ø Keadaan umum
  - Ø Tekanan darah
  - Ø Nadi
  - Ø Respirasi
  - Ø Temperature
  - Ø His/ kontraksi
  - Ø DJJ
  - Ø Pengeluaran pevaginam
  - Ø Bandle ring
  - Ø Tanda – tanda kala II :

Menurut Azwar (2007), tanda tanda kala II :

- (1) Ibu mempunyai untuk meneran
- (2) Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rectum dan vaginanya
- (3) Perineum menonjol
- (4) Vulva, vagina spingter anal membuka

Menurut saifudin ( 2002 ), asuhan kala I adalah :

- (1) Bantulah ibu dalam persalinan jika ibu tampak gelisah, ketakutan dan kesakitan :
  - Ø Berikan dukungan dan yakinkan dirinya.
  - Ø Berikan informasi mengenai proses dan kemajuan persalinannya.
  - Ø Dengarkanlah keluhannya
  - Ø Dan cobalah untuk lebih sensitive
- (2) Jika ibu tersebut tampak kesakitan, dukungan atau asuhan yang dapat diberikan :
  - Ø Lakukan perubahan posisi
  - Ø Posisi sesuai dengan keinginan ibu, tetapi jika ibu ingin di tempat tidur sebaiknya di anjurkan tidur miring ke kiri
  - Ø Sarankan ibu untuk berjalan
  - Ø Ajaklah orang untuk menemaninya ( suami/ ibunya ) untuk memijat dan menggosok punggungnya atau membasuh mukanya di antara kontraksi.
  - Ø Ibu di perbolehkan melakukan aktivitas sesuai dengan kesanggupannya.
  - Ø Ajarkan kepadanya teknik bernafas : ibu di minta untuk menarik nafas panjang, menahan nafasnya sebentar kemudian di lepaskan dengan cara meniup udara keluar sewaktu terasa kontraksi.
- (3) Penolong tetap menjaga hak privasi ibu dalam persalinan, antara lain menggunakan penutup atau tirai, tidak menghadirkan orang lain tanpa sepengetahuan dan seijin pasien/ibu.
- (4) Menjelaskan kemajuan persalinan dan perubahan yang terjadi serta prosedur yang akan di laksanakan dan hasil pemeriksaan.
- (5) Memperbolehkan ibu untuk mandi dan membasuh sekitar kemaluannya setelah BAK/BAB.
- (6) Ibu bersalin biasanya merasa panas dan banyak keringat, atasi dengan cara :
  - Ø Gunakan kipas angin atau AC dalam kamar.
  - Ø Menggunakan kipas biasa.
  - Ø Menganjurkan ibu untuk mandi sebelumnya.
- (7) Untuk memenuhi kebutuhan energy dan mencegah dehidrasi, berikan cukup minum.
- (8) Sarankan ibu untuk berkemih sesegera mungkin.

b. Partograf

Partograf adalah alat untuk memantau kemajuan persalinan dan membantu petugas kesehatan dalam menentukan keputusan dalam penatalaksanaan.( saifudin, abdul bari. 2002).

Partograf adalah alat bantu yang di gunakan selama fase aktif persalinan ( depkes RI, 2004).

Menurut depkes RI (2004), tujuan utama dari penggunaan partograf adalah untuk:

1. Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai serviks melalui pemeriksaan dalam.
2. Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan dengan normal. Dengan demikian, juga dapat melakukan deteksi secara dini setiap kemungkinan terjadinya partus lama.

Menurut depkes RI (2004) partograf harus digunakan :

1. Untuk semua ibu dalam fase aktif kala I persalinan sebagai elmen penting asuhan persalinan. partograf harus di gunakan, baik ataupun adanya penyulit.
2. Partograf akan membantu penolong persalinan dalam memantau, menevaluasi dan membuat keputusan klinik baik persalinan normal maupun yang disertai dengan penyulit.
3. Selama persalinan dan kelahiran di semua tempat ( rumah, puskesmas,klinik bidan swasta, rumah sakit,DLL).
4. Secara rutin oleh semua penolong persalinan yang memberikan asuhan kepada ibu sekama pesalinan dan kelahiran ( dr. spesialis obstetricginekologi, bidan, dokter umum, residen dan mahasiswa kedokteran).

Penggunaan partograf secara rutin akan memastikan para ibu dan bayinnya mendapatkan asuhan yang aman dan tepat waktu. Selain itu juga mecegah terjadinya penyulit yang dapat mengancam keselamatan jiwa mereka.

Mencatat temuan pada partograf :

1. Informasi tentang ibu

Lengkapi bagian awal ( atas ) partograf secara teliti pada saat mulai asuhan persalinan. Waktu kedatangan (tertulis sebagai : “jam” pada partograf) dan perhatikan kemungkinan ibu datang dalam fase latenpersalinan catat waktu terjadinya pecah ketuban.

2. Kesehatan dan kenyamanan janin

Kolom,lajur dan skala pada partograf adalah untuk pencatatn DJJ, air ketuban dan penyusupan ( kepala janin ).

a) DJJ

Dengan menggunakan metode seperti yang di urauikan pada bagian pemeriksaan fisik, nilai dan catat DJJ setiap 30 menit ( lebih sering jika ada tanda – tanda gawat janin).

Kisaran normal DJJ terpapar pada partograf di antara garis tebal 180. Tetapi,penolong harus sudah waspada bila DJJ di bawah 120 atau di atas 160.

b) Warna dan adanya air ketuban

Nilai air ketuban setiap kali di lakukan pemeriksaan dalam, dan nilai warna air ketuban pecah. Catat temuan – temuan dalam kotak yang sesuai di bawah lajur DJJ.

Gunakan – gunakan lambing berikut ini :

Ø U : ketuban utuh (belum pecah)

Ø J : ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih

Ø M : ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur mekonium

Ø D : ketuban sudah pecah dan air ketuan bercampur darah

Ø K :ketuban sudah pecah dan tidak ada air ketuban (“kering”)

c) Molase (penyusupan kepala janin)

Penyusupan adalah indicator penting tentang seberapa jauh kepala bayi dapat menyesuaikan diri dengan bagian keras panggul ibu. Tulang kepala yang saling menyusup atau tumpang tindih, menunjukkan kemungkinan adanya *Chepalo Pelvic Disporportion*(CPD). Ketidakmampuan akomodasi akan benar – benar terjadi jika tulang kepala yang saling menyusup tidak dapat di



pusahkan. Apabila ada dugaan disproporsi tulang panggul, penting sekali untuk tetap memantau kondisi janin dan kemajuan persalinan. Lakukan tindakan pertolongan awal yang sesuai dan rujuk ibu tanda – tanda disproporsi tulang panggul ke fasilitas kesehatan yang memadai. Gunakan lambing lambing berikut :

- 0 : tulang – tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat di palpasi.
- 1 : tulang – tulang kepala janin hanya saling bersentuhan.
- 2 : tulang – tulang kepala janin saling tumpang tindih, tapi masih dapat di pisahkan.
- 3 : tulang – tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan

iii. Kemajuan persalinan

Menurut Depkes (2004), kolom dan lajur kedua pada partograf adalah untuk pencatatan kemajuan persalinan.

a) Pembukaan serviks

Dengan menggunakan metode yang di jelaskan di bagian pemeriksaan fisik dalam bab ini, nilai dan catat pembukaan serviks setiap 4 jam (lebih sering di lakukan jika ada tanda – tanda penyulit). Saat ibu berada dalam fase aktif persalinan, catat pada partograf hasil temuan dari setiap pemeriksaan. Tanda “X” harus di tulis digaris waktu yang sesuai dengan jalur besarnya pembukaan serviks. Beri tanda untuk temuan – temuan dari pemeriksaan dalam yang di lakukkn pertama kali selama fase aktif persalinan di garis waspada. Hubungkan tanda “X” dari setiap pemeriksaan dengan garis utuh (tidak terputus).

b) Penurunan bagian terbawah atau presentasi janin.

Dengan menggunakan metode yang di jelaskan di bagian fisik bab ini. Setiap kali melakukan pemeriksaan dalam (setiap 4 jam), atau lebih sering jika ada tanda – tanda penyulit, nilai dan catat turunnya bagian terbawah atau presentasi janin.

Pada persalinan normal, kemajuan pembukaan serviks umumnya di ikuti dengan turunnya bagian terbawah/presentasi janin baru terjadi setelah pembukaan serviks sebesar 8 cm.

c) Garis waspada dan garis bertindak

Garis waspada di mulai pada pembukaan serviks 4 jam cm dan berakhir pada titik dimana pembukaan 1 cm per jam. Pencatatan selama fase aktif persalinan harus di mulai di garis waspada. Jika pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada. Jika pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada (pembukaan kurang dari 1 cm per jam), maka harus di pertimbangkan adanya penyulit (misalnya fase aktif yang memanjang, macet, dll). Pertimbangkan pula adanya tindakan intervensi yang di perlukan, misalnya persiapan rujukan ke fasilitas kesehatan rujukan (rumah sakit atau puskesmas) yang mampu menangani penyulit dan kegawat daruratan obstetri. Garis bertindak tertera sejajar dengan garis waspada, dipisahkan oleh 8 kotak atau 4 lajur ke sisi kanan. Jika pembukaan serviks berada di sebelah kanan bertindak, maka tindakan

untuk menyelesaikan persalinan harus dilakukan. Ibu harus tiba di tempat rujukan sebelum garis bertindak terlampaui.

#### 4. Jam dan waktu

##### a) Waktu mulainya fase aktif persalinan

Di bagian bawah partograf (pembukaan serviks dan penurunan) tertera kotak – kotak yang di beri angka 1-16. Setiap kotak menyatakan waktu satu jam sejak dimulainya fase aktif persalinan.

##### b) Waktu aktual saat pemeriksaan dilakukan

Di bawah lajur kotak untuk waktu misalnya fase aktif, tertera kotak – kotak untuk mencatat waktu aktual saat pemeriksaan dilakukan. Setiap kotak menyebabkan satu jam penuh dan berkaitan dengan dua kotak waktu 30 menit pada lajur kotak di atasnya atau lajur kontraksi di bawahnya. Saat ibu masuk dalam fase aktifpersalinan, catat waktu aktual pemeriksaan ini di kotak waktu yang sesuai.

#### 5. Kontraksi uterus

Di bawah lajur waktu partograf terdapat lima lajur kotak dengan tulisan “kontraksi per 10 menit” di sebelah luar kolom paling kiri. Setiap kotak menyatakan satu kontraksi.

Setiap 30 menit, raba dan catat jumlah kontraksi dalam 10 menit dengan mengisi angka pada kotak yang sesuai.

#### 6. Obat – obatan dan cairan yang di berikan

Di bawah lajur kotak observasi kontraksi uterus tertera lajur kotak untuk mencatat oksitosin, obat – obat lainnya dan cairan IV.

##### a. Oksitosin

Jika tetesan (drip) oksitosin sudah di mulai, dokumentasikan setiap 30 menit jumlah unit oksitosin yang di berikan per volume cairan IV dan dalam satuan tetesan per menit.

##### b. Obat – obatan lain dan cairan IV

catat semua pemberian obat – obatan tambahan dan atau cairan IV dalam kotak yang sesuai dengan kolom waktunya.

#### 7. Kesehatan dan kenyamanan ibu

Bagian terakhir pada lembar depan partograf berkaitan dengan keehatan dan kenyamanan.

##### a. Nadi, tekanan darah, dan temperature tubuh.

Angka di sebelah kiri bagian partograf ini berkaitan dengan nadi dan tekanan darah ibu.

(1) Nilai dan catat nadi ibu setiap 30 menit selama fase aktifpersalinan.

(2) Nilai dan catat tekanan darah ibu setiap 4 jam selama fase aktif persalinan.

(3) Nilai dan catat temperature tubuh ibu (lebih sering jika meningkat, atau di anggap adanya infeksi) setiap 2 jam dan catat temperature tubuh dalam kotak yang sesuai.

##### b. Volume urine, protein atau aseton

Ukur dan catat jumlah produksi urine ibu sedikitnya setiap 2 jam ( setiap kali ibu berkemih).

8. Asuhan, pengamatan dan keputusan klinik lainnya

Catat semua asuhan lain, hasil pengamatan dan keputusan klinik disisi luar kolom partograf, atau buat catatan terpisah tentang kemajuan persalinan. Cantumkan juga tanggal dan waktu saat membuat catatan persalinan.

Asuhan, pengamatan dan keputusan klinik mencakup :

- a. Jumlah cairan peroral yang di berikan.
- b. Keluhan sakit kepala atau penglihatan (pandangan) kabur.
- c. Konsultasi dengan penolong persalinan lainnya (dokter obsgyn, bidan, dokter umum).
- d. Persiapan sebelum melakukan rujukan.
- e. Upaya rujukan.

Pencatatan pada lembar belakang partograf :

Halaman belakang partograf merupakan bagian untuk mencatat hal – hal yang terjadi selama proses persalinan dan kelahiran, serta tindakan – tindakan yang di lakukan sejak persalinan kala I hingga IV (termasuk bayi baru lahir). Itulah sebabnya bagian ini di sebut sebagai catatan persalinan. Nilai dan catatn asuhan yang di berikan pada ibu dalam masa nifas terutama selama persalinan kala IV untuk memungkinkan penolong persalinan mencegah terjadinya penyulit dan membuat keputusan klinik yang sesuai. Dokumentasi ini sangat penting untuk membuat keputusan klinik, terutama pada pemantaun kala IV (mencegah terjadinya perdarahan pasca persalinan). Selain itu, catatan persalinan( yang sudah di isi dengan lengkap dan tepat) dapat pula di gunakan untuk menilai atau memantau sejauh mana telah di lakukan pelaksanaan asuhan persalinan yang bersih dan aman.

c. Asuhan kala II

Menurut depkes RI ( 2008) asuhan persalinan normal (58 langkah) adalah sebagai berikut:

1. Mengamati tanda dan gejala kala II
  - a) Ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
  - b) Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rectum dan atau vaginanya.
  - c) Perineum menonjol.
  - d) Vulva, vagina dan spingter anal membuka.
2. Menyiapkan pertolongan persalianan
  - a) Memastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat – obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi ibu dan bayi baru lahir. Untuk asfiksia → tempat dan datar dan keras, 2 kain dan 1 handuk bersih dan kering, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi.  
Ø Menggelar kain diatas perut ibu dan tempat resusitasi serta ganjal bahu bayi.  
Ø Menyiapkan antitoksin 10 unit dan alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
  - b) Memakai celemek plastic
  - c) Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang di pakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

- d) Memakai sarung tangan DTT pada tahun yang akan di gunakan untuk periksa dalam.
  - e) Memasukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT dan steril, pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alt suntik).
3. Memastikan pembukaan lengkap dan keadaan janin baik
- a) Membesihkan vulva dan perineum, dengan hati – hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kassa yang di basahi air DTT.
  - Ø Jika introitus vagina, perineum atau anus terkontaminasi tinja, bersihkan dengan seksama dari arah depan kebelakang.
  - Ø Bung kapas atau kasa pembersih ( terkontaminasi ) dalam wada yang tersedia.
  - Ø Ganti sarung tangan jika terkontaminasi ( dekontaminasi, lepaskan dan rendam dalam larutan klorin, 0,5 % → langkah #9 ).
  - b) Melakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap.  
Bila selaput ketuban dalam pecah dan pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniotomi.
  - c) Dekontaminasi sarung tangan dengan cara menyelupkan tangan yang masih menggunakan sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5 % kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan 0,5 % selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan di lepaskan.
  - d) Memeriksa DJJ setelah kontraksi atau saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal ( 120 – 160 x/menit ).
  - Ø Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.
  - Ø Mendokumentasikan hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil – hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf.
4. Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses pimpinan meneran.
- a) Memberitahukan bahwa pembukaan sudah lengkap an keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.
  - Ø Tunggu hingga timbul rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) da dokumentasika semua temuan yang ada.
  - Ø Jelaskan pada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan member semangat pada ibu untuk meneran secara benar.
  - b) Meminta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran (bila ada rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, dan ibu ke posisi setengah duduk atau posisisi lain yang di inginkan dan pastikan ibu merasa nyaman).
  - c) Melaksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran :
  - Ø Membimbing ibu agar dapat meneran seara benar dan efektif.
  - Ø Mendukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai
  - Ø Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya ( kecuali posisi berbaring, terlentang dalam waktu yang lama ).
  - Ø Menganjurkan ibu untuk istirahat di antara kontraksi.
  - Ø Menganjurkan keluarga member dukunga dan semangat untuk ibu

- Ø Memberikan cukup asupan cairan peroral ( minum).
  - Ø Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai.
  - Ø Segera rujuk jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah 120 menit (2 j2m) meneran (primigravida) atau 60 menit ( 1 jam) meneran (multigravida).
  - d) Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau me gambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
5. Menyiapkan pertolongan kelahiran bayi
- a) Meletakkan handuk bersih ( untuk menerangkan bayi ) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
  - b) Meletakkan kain bersih yang di lipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu.
  - c) Membuka tutup parus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
  - d) Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
  - e) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perinem dengan 1 tangan yang di lapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahahn kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepal. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernafas cepat dan dangkal.
  - f) Memeriksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera lanjutkan proses kelahiran bayi.
- Ø Jika tali pusat meliliti leher secara longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.
  - Ø Jika tali pusat meliliti leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong di antara 2 klem tersebut.
- g) Menunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
  - h) Melahirkan bahu
 

Setelah kepalka melakukan putaran paksi luar, pegang secara bipareintal. Anjurkan ibu untuk meneran saat berkontraksi. Dengan lenbut gerakan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis dan kemudian gerakan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
  - i) Melahirkan badan dan tungkai
- Ø Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah kea rah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
  - Ø Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukan telunjuk antara kaki dan pegang masing – masing mata kaki dengan ibu jari dan jari – jari lainnya).
6. Penanganan bayi baru lahir
- a)Melakukan penilaian ( sepintas ) :
    - Ø Apakah bayi menangis kuat dan atau bernafas tanpa kesulitan ?
    - Ø Apakah bayi bergerak dengan aktif ?
  - b) Meringkan tubuh bayi
 

Mengeringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk atau kain yang kering. Biarkan bayi di atas perut ibu.
  - c) Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (janin tunggal).

- d) Memberi ibu bahwa ia akan di suntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.
- e) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 unit im (intra muskuler) di 1/3 paha atas bagian distal laterl (lakukan aspirasi sebelum menyuntikan oksitosin).
- f) Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira – kaira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.
- g) Memotong dan mengikat tali pusat.
  - Ø Dengan 1 tangan, pegang tali pusat yang telah di jepit (lindungi perut bayi), dan lakukan penggungtingan tali pusat di antara 2 klem tersebut.
  - Ø Mengikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simoul kunci pada sisi lainnya.
  - Ø Melepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah di sediakan.
- h) Meletakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi.  
Letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada atau perut ibu. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu.
- i) Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi.

#### d. Asuhan kala III

Menurut depkes RI ( 2008 ) melakukan manajemen aktif kala III meliputi :

1. Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5 - 10 cm dari vulva.
2. Meletakkan 1 tangan diatas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat.
3. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang-atas (dorso-kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversion uteri) jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur di atas.

Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu.

#### 4. Mengeluarkan plasenta

- a) Melakukan penegangan dan dorongan dorso-kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso-kranial).

Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10cm dari vulva dan lahirkan plasenta.

- b) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpelin kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah di sediakan.

- c) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras).
5. Menilai perdarahan
- a) Periksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta ke dalam kantong plastik atau tempat khusus.
- b) Evaluasi kemungkinan lacerasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila lacerasi menyebabkan perdarahan. Bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif, segera lakukan penjahitan.
6. Melakukan prosedur pasca persalinan
- a) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
- b) Membiarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.
- Ø Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan insiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusu pertama biasanya berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusu dari satu payudara.
- Ø Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusu.
- c) Setelah 1 jam, lakukan penimbangan atau pengukuran bayi, beri tetes mata anti biotik profilaksis, dan vitamin K1, 1 mg im di paha kiri anterolateral.
- d) Setelah 1 jam pemberian vit. K1, berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral.
- e) Meletakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu waktu bias di susukan. Letakkan kembali bayi pada dada ibu bila bayi belum berhasil menyusu di dalam 1 jam pertama dan biarkan sampai bayi berhasil menyusu.
7. Evaluasi
- a) Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.
- Ø 2 sampai 3 kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan.
- Ø Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan.
- Ø Setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan.
- Ø Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, lakukan asuhan yang sesuai untuk menatalaksana atonia uteri.
- b) Mengajarkan ibu atau keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
- c) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
- d) Periksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam ke-2 pasca persalinan.
- Ø Periksa temperature tubuh ibu sekali setiap jam selama 2 jam pertama pasca persalinan.
- Ø Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.
- e) Periksa kembali bayi untuk pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 x/menit) serta suhu tubuh normal (36,5-37,5).

8. Kebersihan dan keamanan

- a) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah di dekontaminasi.
- b) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
- c) Membersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- d) Memastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk member ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.
- e) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5 %.
- f) Celupkan kain tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%. balikkan bagian dalam ke luar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- g) Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air yang mengalir.

9. Dokumentasi

Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala IV.

e. Asuhan kala IV

Menurut depkes RI (2008) pemantauan pada kala IV meliputi :

1. 1 jam pertama setiap 15 menit yang di nilai yaitu :
  - Ø Tekanan darah
  - Ø Nadi
  - Ø Suhu
  - Ø Tinggi fundus uteri
  - Ø Kontraksi uterus
  - Ø Kandungan kemih
  - Ø Perdarahan
2. 1 jam kedua setiap 30 menit yang di nilai yaitu :
  - Ø Tekanan darah
  - Ø Nadi
  - Ø Suhu
  - Ø Tinggi fundus uteri
  - Ø Kontraksi uterus
  - Ø Kandungan kemih
  - Ø Perdarahan

## **DETEKSI DINI KEGAWATDARURATAN MATERNAL dan NEONATAL**

### **1. Konsep dasar kegawatdaruratan maternal**

a. Pengertian

Kegawatdaruratan dapat didefinisikan sebagai situasi serius dan kadang kala berbahaya yang terjadi secara tiba-tiba dan tidak terduga dan membutuhkan tindakan segera guna menyelamatkan jiwa/ nyawa.



Kegawatdaruratan maternal adalah kondisi kesehatan yang mengancam jiwa yang terjadi dalam kehamilan atau selama dan sesudah persalinan dan kelahiran. Terdapat sekian banyak penyakit dan gangguan dalam kehamilan yang mengancam keselamatan ibu dan bayinya.

Kasus gawat darurat maternal adalah kasus obstetri yang apabila tidak segera ditangani akan berakibat kematian ibu dan janinnya. Kasus ini menjadi penyebab utama kematian ibu janin dan bayi baru lahir.

b. Tujuan

- 1) Mencegah kematian dan cacat (to save life and limb) pada ibu dengan kegawatdaruratan.
- 2) Merujuk ibu dengan kegawatdaruratan melalui sistem rujukan untuk memperoleh penanganan yang lebih memadai.

c. Ruang lingkup

1) Ruang Lingkup pada masa Kehamilan

Kegawatdaruratan dapat terjadi selama proses kehamilan, antara lain :

- Abortus : ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup di luar kadungan dg batasan umur kehamilan < 20 mgg atau bb < 500 gram  
penyebab: kelainan pertumbuhan hasil konsepsi, kelainan pada plasenta, penyakit ibu yang kronis, faktor nutrisi, faktor psikologis
- Solusio plasenta : terlepasnya sebagian/ seluruh permukaan maternal plasenta di tempat implantasinya. Penyebab: sebab primer belum diketahui pasti, namun ada keadaan tertentu, kategori sos-eko, kategori fisik, kelainan dalam rahim, penyakit ibu.
- Plasenta Previa : plasenta yg berimplantasi pada bagian bawah rahim demikian rupa sehingga menutupi seluruh/ sebagian dari ostium uteri internum sehingga plasenta berada di dpn jalan lahir.
- Pre eklamsia dan Eklamsia

➤ Preeklamsia ringan

Adalah hipertensi disertai proteinuria/edema setelah UK 20 mgg pd penyakit tropolas.

➤ Preeklamsia berat

Suatu komplikasi kehamilan yg ditandai timbulnya hipertensi 160/100 mmHg / lebih disertai proteinuria/ edema pda UK 20 mgg / lebih.

➤ Eklamsia

kelainan akut pada wanita hamil, dalam persalinan/ masa nifas yg ditandai dg timbulnya kejang yg sebelumnya sudah menimbulkan gejala- gejala pre eklamsia.

2) Kegawatdaruratan pada Persalinan

a. Distosia Bahu

Kegagalan melahirkan bahu secara spontan. penyebab: deformias panggul dan kegagalan bahu untk melipat ke dalam panggul 2.

b. Perdarahan PP

Perdarahan melebihi 500ml yang terjadi setelah bayi lahir.

c. Atonia Uteri

Terjadi bila miometrium tidak berkontraksi. penyebab: polihidramnion, kehamilan kembar, makrosomia, persalinan lama, persalinan terlalu cepat, persalinan dg induksi/ akselerasi oksitosin, infeksi intrapartum, paritas tinggi.

d. Perlukaan jalan lahir

Perdarahan dlm keadaan dimana plasenta telah lahir lengkap dan kntraksi rahim baik. terdiri dari : robekan perineum, hematoma vulva, robekan dinding vagina, robekan serviks, ruptura uteri 5.

e. Retensio Plasenta

Plasenta yang elum lahir dalam setengah jam setelah janin lahir. Penyebab: plasenta adhesiva, akreta, inkarserata.

3) Kegawatdaruratan pada masa nifas

a) Infeksi Nifas

Infeksi pada dan melalui fraktus genetalis setelah persalinan, suhu 38°c atau lebih yang terjadi antara hari ke 2- 10 PP. Penyebab kurang gizi, anemia, higiene, kelelahan, proses persalinan bermasalah, partus lama/ macet, korioamniontis, persalinan traumatik, periksa dalam yang berlebihan

b) Metritis

Infeksi uterus Bila terlambat pengobatan dapat menjadi abses pelvik, peritonitis, syok septik, trombosis vena yang dalam, emboli pulmonal, infeksi pelvik yang menahun, penyumbatan tuba dan infertilitas.

c) Bendungan Payudara

Peningkatan aliran vena dan limfe pada payudara dalam rangka mempersiapkan diri untuk laktasi.

d) Infeksi Payudara

- Mastitis

(payudara tegang dan kemerahan)

- Abses Payudara

(terdapat masa padat, mengeras di bawah kulit yang kemerahan)

## 2. **Kegawatdaruratan Neonatal**

a. Pengertian

Kegawatdaruratan adalah mencakup diagnosis dan tindakan terhadap semua pasien yang memerlukan perawatan yang tidak direncanakan dan mendadak atau terhadap pasien dengan penyakit atau cedera akut untuk menekan angka kesakitan dan kematian pasien.

Neonatus adalah organisme yang berada pada periode adaptasi kehidupan intrauterin ke ektrauterin. Masa neonatus adalah periode selama satu bulan (lebih tepat 4 minggu atau 28 hari setelah lahir).

Kegawatdaruratan neonatal adalah mencakup diagnosis dan tindakan terhadap organisme yang berada pada periode adaptasi kehidupan intrauterin ke ektrauterin yang memerlukan perawatan yang tidak direncanakan dan mendadak, serta untuk menekan angka kesakitan dan kematian pasien

b. Tujuan

- 1) Untuk mengetahui kegawatdaruratan pada neonatus \
- 2) Untuk mengetahui kondisi-kondisi yang menyebabkan kegawatdaruratan pada neonatus.
- 3) Untuk mengetahui penanganan kegawatdaruratan pada neonatus

c. Ruang lingkup

Ruang lingkup kegawatdaruratan neonatal yaitu :

1) BBLR

Pengertian : BB bayi baru lahir yang kurang dari 2500 gram tanpa memandang masa gestasi.

Penyebab : persalinan kurang bulan/ prematur dan bayi lahir kecil untuk masa kehamilan.

2) Asfiksia pada Bayi Baru Lahir

Pengertian : kegagalan nafas secara spontan dan teratur pada saat bayi lahir/ beberapa saat setelah lahir.

Penyebab: berkaitan dengan kondisi ibu, masalah pada tali pusat dan plasenta, dan masalah pada bayi selama/ sesudah persalinan.

3) Kejang pada Bayi Baru Lahir

Perubahan secara tiba-tiba ungsi neuroloi baik fungsi motorik maupun fungsi otonomik karena kelebihan pancaran listrik pada otak.

## **PRINSIP PENANGANAN KEGAWATDARURATAN MATERNAL NEONATAL**

### **1. Sistem rujukan kasus neonatal**

#### a. Pengertian

Sistem rujukan adalah sistem di dalam pelayanan kesehatan dimana terjadi pelimpahan tanggung jawab timbal balik atas kasus atau masalah kesehatan yang timbul baik secara vertikal maupun horizontal. Sistem yang dikelola secara strategis, proaktif, pragmatif dan koordinatif untuk menjamin pemerataan pelayanan kesehatan maternal dan neonatal yang paripurna dan komprehensif bagi masyarakat yang membutuhkannya terutama ibu dan bayi baru lahir, dimanapun mereka berada dan berasal dari golongan ekonomi manapun agar dapat dicapai peningkatan derajat kesehatan dan neonatal di wilayah mereka berada. Suatu sistem yang memberikan suatu gambaran tata cara pengiriman neonatus resiko tinggi dari tempat yang kurang mampu memberikan penanganan ke Rumah Sakit yang dianggap mempunyai fasilitas yang lebih mampu dalam hal penatalaksanaannya secara menyeluruh (mempunyai fasilitas yang lebih dalam hal tenaga medis, laboratorium, perawatan dan pengobatan)

#### b. Tujuan

- 1) Memberikan pelayanan kesehatan pada neonatus dengan cepat dan tepat
- 2) Menggunakan fasilitas kesehatan neonatus seefisien mungkin

- 3) Mengadakan pembagian tugas pelayanan kesehatan neonatus pada unit-unit kesehatan sesuai dengan lokasi dan kemampuan unit-unit tersebut
- 4) Mengurangi angka kesakitan dan kematian bayi
- 5) Meningkatkan upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif secara berdaya guna dan berhasil guna

c. Pelaksanaan

Sesuai dengan pembagian tingkat perawatan maka unit perawatan bayi baru lahir dapat dibagi menjadi:

1) Unit perawatan bayi baru lahir tingkat III

Kasus rujukan yang dapat dilakukan adalah bayi kurang bulan, sindroma gangguan pernafasan, kejang, cacat bawaan yang memerlukan tindakan segera, gangguan pengeluaran mekonium disertai kembung dan muntah, ikterik yang timbulnya terlalu awal atau lebih dari dua minggu dan diare.

Pada unit ini perlu penguasaan terhadap pertolongan pertama kegawatan BBL yaitu identifikasi sindroma gangguan nafas, infeksi atau sepsis, cacat bawaan dengan tindakan segera, ikterus, muntah, pendarahan, BBLR dan diare.

2) Unit perawatan bayi baru lahir tingkat II :

Perawatan bayi yang baru lahir pada unit ini meliputi pertolongan resusitasi bayi baru lahir dan resusitasi pada kegawatan selama pemasangan endotrakeal, terapi oksigen, pemberian cairan intravena, terapi sinar dan tranfusi tukar, penatalaksanaan hipoglikemi, perawatan BBLR dan bayi lahir dengan tindakan.

Pada unit ini diperlukan sarana penunjang berupa laboratorium dan pemeriksaan radiologis serta ketersediaan tenaga medis yang mampu melakukan tindakan bedah segera pada bayi.

3) Unit perawatan bayi baru lahir tingkat I :

Pada unit ini semua aspek yang menyangkut dengan masalah perinatologi dan neonatologi dapat ditangani disini.

Unit ini merupakan pusat rujukan sehingga kasus yang ditangani sebagian besar merupakan kasus resiko tinggi baik dalam kehamilan, persalinan maupun bayi baru lahir.

d. Mekanisme rujukan

1) Penemuan masalah pada tingkat kader atau dukun bayi terlatih

Penemuan neonatus, bayi dan balita yang tidak dapat ditangani oleh kader/dukun bayi, maka segera dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan.

2) Penentuan tingkat kegawatdaruratan pada tingkat bidan desa, puskesmas

Penentuan tingkat kegawatdaruratan kasus sesuai dengan wewenang dan tanggung jawab tenaga kesehatan pada tingkatannya serta penentuan kasus yang dapat ditangani sendiri dan kasus yang harus dirujuk.

3) Pemberian informasi kepada penderita dan keluarga

Pemberian informasi mengenai kondisi atau masalah bayi yang akan dirujuk kepada orangtua atau keluarga bayi, sehingga orangtua atau keluarga memahami kondisi bayi

4) Pengiriman informasi pada tempat rujukan yang dituju

a) Memberitahukan kepada petugas di tempat rujukan bahwa akan ada penderita yang dirujuk

b) Meminta petunjuk pelayanan yang perlu dilakukan dalam rangka persiapan dan selama dalam perjalanan ke tempat rujukan

c) Meminta petunjuk dan cara penanganan untuk menolong penderita bila penderita tidak mungkin dikirim

5) Persiapan penderita (BAKSOKUDA)

B (Bidan) yaitu pastikan ibu/ bayi/ klien didampingi oleh tenaga kesehatan yang kompeten dan memiliki kemampuan untuk melaksanakan kegawatdaruratan

A (Alat) yaitu bawa perlengkapan dan bahan-bahan yang diperlukan seperti spuit, infus set, tensimeter dan stetoskop

K (keluarga) yaitu beritahu keluarga tentang kondisi terakhir ibu (klien) dan alasan mengapa ia dirujuk. Suami dan anggota keluarga yang lain harus menerima ibu (klien) ke tempat rujukan.

S (Surat) yaitu beri surat ke tempat rujukan yang berisi identifikasi ibu (klien), alasan rujukan, uraian hasil rujukan, asuhan atau obat-obat yang telah diterima ibu

O (Obat) yaitu bawa obat-obat esensial yang diperlukan selama perjalanan merujuk

K (Kendaraan) yaitu siapkan kendaraan yang cukup baik untuk memungkinkan ibu (klien) dalam kondisi yang nyaman dan dapat mencapai tempat rujukan dalam waktu cepat.

U (Uang) yaitu ingatkan keluarga untuk membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat dan bahan kesehatan yang diperlukan di tempat rujukan

DA (Darah) yaitu siapkan darah untuk sewaktu-waktu membutuhkan transfusi darah apabila terjadi perdarahan

6) Pengiriman Penderita (Ketersediaan sarana kendaraan)

Untuk mempercepat pengiriman penderita sampai ke tujuan, perlu diupayakan kendaraan/sarana transportasi yang tersedia untuk mengangkut penderita

7) Tindak lanjut penderita

Penderita yang telah dikembalikan melaporkan pada instansi rujukan terkait jika memerlukan tindak lanjut dan lakukan kunjungan rumah bila penderita yang memerlukan tindakan lanjut tidak melapor

## **KONDISI MATERNAL NEONATAL YANG BERISIKO KEGAWATDARURATAN**

### **1. Infeksi akut**

a. Definisi

Kasus gawat darurat obstetric adalah kasus obstetric yang apabila tidak segera ditangani akan berakibat kematian ibu dan janinnya. Kasus ini menjadi penyebab utama kematian ibu dan bayi baru lahir.

b. Infeksi akut dan sepsis

Infeksi akut ditandai dengan kalor (demam), rubor (merah), dolor (nyeri), tumor (benjolan pembengkakan) dan function lesa (terganggu). Tidak jarang jaringan yang terkena infeksi mengeluarkan bau atau cairan yang berbau busuk, misalnya infeksi di organ genitalia dapat disertai pengeluaran cairan pervaginam berbau busuk.

c. Diagnose

- 1) Tentukan kasus dalam kondisi demam atau tidak
- 2) Tentukan kasus dalam kondisi syok atau tidak
- 3) Cari keterangan tentang faktor predisposisi atau penyakit yang erat hubungannya.
- 4) Tentukan sumber infeksi
- 5) Pada infeksi genetalia beberapa kondisi seperti secret/cairan berbau busuk keluar dari vagina, pus keluar dari servik, air ketuban hijau kental dapat erbau busuk atau tidak, subinvolusi rahim
- 6) Infeksi pelvis dengan nyeri rahim, nyeri goyang servik, nyeri perut bagian bawah, nyeri bagian adneksa

d. Penanganan

- 1) Tindakan umum  
Pantau tanda-tanda vital
- 2) Pemberian oksigen, tidak perlu diberikan apabila kondisi penderita stabil dan kecil resiko mengalami syok septic  
Apabila penderita tidak stabil pemberian oksigen dalam kecepatan 6-8 L/menit
- 3) Pemberian cairan intravena  
Banyaknya cairan yang diberikan harus diperhitungkan secara hati-hati, tidak sebarang seperti syok pada perdarahan, oleh karena tidak terdapat kehilangan jumlah cairan yang banyak.
- 4) Pemberian antibiotic  
Diberikan apabila terdapat infeksi, pada kasus sepsis, syok septik.
- 5) Pemeriksaan darah  
Bila tampak anemic diperiksa hemoglobin dan hematokrit sekaligus golongan darah dan cross match
- 6) Pemeriksaan urin  
Dalam kondisi syok biasanya produksi urin sedikit sekali atau bahkan tidak ada, berat jenis urin meningkat lebih dari 1.020.



## **2. Kasus perdarahan hamil muda dalam obstetrik**

### **Definisi**

Materi yang akan dibahas pada modul ini adalah perdarahan pada kehamilan muda yang meliputi: Abortus, Kehamilan Ektopik Terganggu dan Mola Hidatidosa. Perdarahan pervaginam pada ibu hamil muda merupakan tanda dan gejala yang ditunjukkan pada ketiga penyakit tersebut, sehingga bidan perlu menarik diagnosa untuk menentukan asuhan segera yang diberikan kepada ibu.

## **3. ABORTUS**

Pada awal kehamilan, ibu mungkin akan mengalami perdarahan yang sedikit (spotting) disekitar waktu pertama terlambat haid. Perdarahan ini adalah perdarahan implantasi (penempelan hasil konsepsi pada dinding rahim) dan ini normal terjadi. Pada waktu yang lain dalam kehamilan, perdarahan ringan mungkin terjadi pertanda servik yang rapuh (erosi). Perdarahan semacam ini mungkin normal atau mungkin suatu tanda terjadinya keguguran (abortus). Abortus adalah penghentian atau pengeluaran hasil konsepsi pada kehamilan kurang dari 20 minggu. Berikut ini adalah macam-macam abortus:

### **a. Abortus Spontan**

Adalah abortus yang terjadi secara alamiah tanpa intervalluar (buatan) untuk mengakhiri kehamilan tersebut.

Penanganannya yaitu:

- 1) Lakukan penilaian awal untuk segera menentukan kondisi pasien (gawatdarurat, komplikasiberat, atau masih cukup stabil)
- 2) Segera upayakan stabilisasi pasien sebelum melakukan tindakan lanjutan (evaluasi medik atau merujuk), temukan dan hentikan dengan segera sumber perdarahan, lakukan pemantauan ketat tentang kondisi pasca tindakan dan perkembangan lanjutan.

### **b. Abortus Provokatus (induced abortion)**

Adalah abortus yang disengaja, baik dengan memakai obat-obatan maupun alat-alat.

c. Abortus medisinalis

Adalah abortus karena tindakan kita sendiri, dengan alasan bila kehamilan dilanjutkan dapat membahayakan jiwa ibu (berdasarkan indikasi medis) biasanya perlu mendapat persetujuan 2 sampai 3 tim dokter ahli.

d. Abortus Kriminalis

Adalah abortus yang terjadi oleh karena tindakan-tindakan yang tidak legal atau tidak berdasarkan indikasi medis.

e. Abortus inkompletus (keguguran bersisa)

Adalah hanya sebagian dari hasil konsepsi yang dikeluarkan, yang tertinggal adalah plasenta.

Penanganannya yaitu:

- 1) Bila ada tanda-tanda syok maka atasi dulu dengan pemberian cairan dan transfuse darah.
- 2) Keluarkan jaringan secepat mungkin dengan metode digital dan kuretase.
- 3) Beri obat uterotonika dan antibiotika.

f. Abortus insipiens (keguguran sedang berlangsung)

Adalah abortus yang sedang berlangsung, dengan ostium sdah terbuka dan ketuban yang teraba kehamilan tidak dapat dipertahankan lagi.

Penanganannya yaitu:

- 1) Bila ada tanda-tanda syok maka atasi dulu dengan pemberian cairan dan transfuse darah.
- 2) Keluarkan jaringan secepatnya mungkin dengan metode digital dan kuretase.
- 3) Beri obat-obat uterotonika dan antibiotika.

g. Abortus imminens (ancaman keguguran)

Adalah keguguran yang mengancam akan terjadi. Dalam hal ini keluarnya fetus masih dapat dicegah dengan memberikan obat-obatan hormonal dan anti spasmodika disertai istirahat.

Penanganan tidak perlu pengobatan khusus atau tirah baring total, jangan melakukan aktivitas fisik berlebihan atau hubungan seksual.

h. Missed abortion

Adalah keadaan dimana janin sudah mati, tetapi tetap berada dalam rahim dan tidak dikeluarkan selama 2 bulan atau lebih.

Penanganannya yaitu dengan berikan obat dengan maksud agar terjadi his sehingga fetus dan desidua dapat dikeluarkan, kalau tidak berhasil lakukan dilatasi dan kuretase. Hendaknya juga diberikan uterotonika dan antibiotika.

**4. Kasus persarahan post partum dalam obstetric**

1) Retensio plasenta

a. Pengertian

Plasenta Previa adalah plasenta yang ada di depan jalan lahir (Prae = di depan ; vias = jalan). Jadi yang dimaksud plasenta previa ialah placenta yang implantasinya tidak normal yakni rendah sekali hingga menutupi seluruh atau sebagian Ostium Internum. ( Prof. Dr. Rustam Moctar MPH., 1998).

Plasenta previa ialah suatu kehamilan dimana plasenta berimplantasi abnormal pada segmen bawah rahim (SBR), menutupi ataupun tidak menutupi ostium uteri internum (OUI), sedangkan kehamilan itu sudah viable atau mampu hidup di luar rahim (usia kehamilan >20mg dan atau berat janin >500gr).

2) Atonia uteri

b. Pengertian

Atonia uteri adalah uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah dilakukan pemijatan fundus uteri (plasenta telah lahir). (JNPKR, Asuhan Persalinan Normal, Depkes Jakarta; 2002). Atonia uteri merupakan penyebab terbanyak perdarahan pospartum dini (50%), dan merupakan alasan paling sering untuk melakukan histerektomi peripartum. Kontraksi uterus merupakan mekanisme utama untuk mengontrol perdarahan setelah melahirkan. Atonia uteri terjadi karena kegagalan mekanisme ini. Perdarahan pospartum secara fisiologis dikontrol oleh kontraksi serabut-serabut miometrium yang mengelilingi pembuluh darah yang memvaskularisasi daerah implantasi plasenta. Atonia uteri terjadi apabila serabut-serabut miometrium tersebut tidak berkontraksi.

### c. Etiologi atonia uteri

Hal-hal yang dapat menyebabkan atonia uteri antara

- Disfungsi uterus : atonia uteri primer merupakan disfungsi intrinsik uterus.
- Partus lama : Kelemahan akibat partus lama bukan hanya rahim yang lemah, cenderung berkontraksi lemah setelah melahirkan, tetapi juga ibu yang kelelahan kurang bertahan terhadap kehilangan darah.
- Pembesaran uterus berlebihan (hidramnion, hamil ganda, anak besar dengan BB > 4000 gr).
- Multiparitas : uterus yang lemah banyak melahirkan anak cenderung bekerja tidak efisien dalam semua kala persalinan.
- Miomauteri : dapat menimbulkan perdarahan dengan mengganggu kontraksi dan retraksi miometrium.
- Anestesi yang dalam dan lama menyebabkan terjadinya relaksasi miometrium yang berlebihan, kegagalan kontraksi dan retraksi menyebabkan atonia uteri dan perdarahan postpartum.
- Penatalaksanaan yang salah pada kala plasenta, mencoba mempercepat kala III, dorongan dan pemijatan uterus mengganggu mekanisme fisiologis pelepasan plasenta dan dapat menyebabkan pemisahan sebagian plasenta yang mengakibatkan perdarahan.

### d. Gejala klinis

#### a) Gejala yang selalu ada:

- 1) Uterus tidak berkontraksi dan lembek
- 2) Perdarahan segera setelah anak lahir (perdarahan pascapersalinan primer)

#### b) Gejala yang kadang – kadang ada

Syok (tekanan darah rendah, denyut nadi cepat dan kecil, ekstremitas dingin, gelisah, mual, dan lain-lain).

### e. Diagnosis

Diagnosis biasanya tidak sulit, terutama bila timbul perdarahan banyak dalam waktu pendek. Tetapi bila perdarahan sedikit dalam waktu lama, tanpa disadari penderita telah kehilangan banyak darah sebelum ia tampak pucat. Nadi dan pernafasan menjadi cepat, dan tekanan darah menurun.

- a) Diagnosis pascapersalinan
  - Palpasi uterus: bagaimana kontraksi uterus dan tinggi fundus uteri
  - Memeriksa plasenta dan ketuban apakah lengkap atau tidak
  - Lakukan eksplorasi cavum uteri untuk mencari: Sisa plasenta atau selaput ketuban, Robekan rahim, Plasenta suksenturiata
  - Inspekulo: untuk melihat robekan pada serviks, vagina, dan varises yang pecah
  - Pemeriksaan Laboratorium periksa darah yaitu Hb, COT (Clot Observation Test), dll

f. Penanganan khusus atonia uteri

a) Resusitasi

Apabila terjadi perdarahan postpartum banyak, maka penanganan awal yaitu resusitasi dengan oksigenasi dan pemberian cairan cepat, monitoring tanda-tanda vital, monitoring jumlah urin, dan monitoring saturasi oksigen. Pemeriksaan golongan darah dan crossmatch perlu dilakukan untuk persiapan transfusi darah.

b) Masase dan kompresi bimanual

Masase dan kompresi bimanual akan menstimulasi kontraksi uterus yang akan menghentikan perdarahan. Pemijatan fundus uteri segera setelah lahirnya plasenta (max 15 detik).

c) Uterotonika

Oksitosin merupakan hormon sintetik yang diproduksi oleh lobus posterior hipofisis. Obat ini menimbulkan kontraksi uterus yang efeknya meningkat seiring dengan meningkatnya umur kehamilan dan timbulnya reseptor oksitosin. Pada dosis rendah oksitosin menguatkan kontraksi dan meningkatkan frekwensi, tetapi pada dosis tinggi menyebabkan tetani. Oksitosin dapat diberikan secara IM atau IV, untuk perdarahan aktif diberikan lewat infus dengan ringer laktat 20 IU perliter, jika sirkulasi kolaps bisa diberikan oksitosin 10 IU intramiometrikal (IMM). Efek samping pemberian oksitosin sangat sedikit ditemukan yaitu mual dan vomitus, efek samping lain yaitu intoksikasi cairan jarang ditemukan. Metilergonovin maleat merupakan golongan ergot alkaloid yang dapat menyebabkan tetani uteri setelah 5 menit pemberian IM. Dapat diberikan secara IM 0,25 mg, dapat diulang setiap 5 menit sampai dosis maksimum 1,25 mg, dapat juga diberikan langsung pada miometrium jika diperlukan (IMM) atau IV bolus

0,125 mg. obat ini dikenal dapat menyebabkan vasospasme perifer dan hipertensi, dapat juga menimbulkan nausea dan vomitus. Obat ini tidak boleh diberikan pada pasien dengan hipertensi. Uterotonika prostaglandin merupakan sintetik analog 15 metil prostaglandin F<sub>2</sub>alfa. Dapat diberikan secara intramiometrikal, intraservikal, transvaginal, intravenous, intramuscular, dan rectal. Pemberian secara IM atau IMM 0,25 mg, yang dapat diulang setiap 15 menit sampai dosis maksimum 2 mg. Pemberian secara rektal dapat dipakai untuk mengatasi perdarahan postpartum (5 tablet 200 µg = 1 g). Prostaglandin ini merupakan uterotonika yang efektif tetapi dapat menimbulkan efek samping prostaglandin seperti: nausea, vomitus, diare, sakit kepala, hipertensi dan bronkospasme yang disebabkan kontraksi otot halus, bekerja juga pada sistem termoregulasi sentral, sehingga kadang-kadang menyebabkan muka kemerahan, berkeringat, dan gelisah yang disebabkan peningkatan basal temperatur, hal ini menyebabkan penurunan saturasi oksigen. Uterotonika ini tidak boleh diberikan pada pasien dengan kelainan kardiovaskular, pulmonal, dan disfungsi hepatic. Efek samping serius penggunaannya jarang ditemukan dan sebagian besar dapat hilang sendiri. Dari beberapa laporan kasus penggunaan prostaglandin efektif untuk mengatasi perdarahan persisten yang disebabkan atonia uteri dengan angka kesuksesan 84%-96%. Perdarahan postpartum dini sebagian besar disebabkan oleh atonia uteri maka perlu dipertimbangkan penggunaan uterotonika ini untuk mengatasi perdarahan masif yang terjadi

d) *Uterine lavage dan Uterine Packing*

Jika uterotonika gagal menghentikan perdarahan, pemberian air panas ke dalam cavum uteri mungkin dapat bermanfaat untuk mengatasi atonia uteri. Pemberian 1-2 liter salin 47°C-50°C langsung ke dalam cavum uteri menggunakan pipa infus. Tangan operator tidak boleh menghalangi vagina untuk memberi jalan salin keluar. Penggunaan uterine packing saat ini tidak disukai dan masih kontroversial. Efeknya adalah hiperdistended uterus dan sebagai tampon uterus. Prinsipnya adalah membuat distensi maksimum sehingga memberikan tekanan maksimum pada dinding uterus. Segmen bawah rahim harus terisi sekuat mungkin, anestesi dibutuhkan dalam penanganan ini dan antibiotika broad-spectrum harus diberikan. Uterine packing dipasang selama 24-36 jam, sambil memberikan resusitasi cairan

dan transfusi darah masuk. Uterine packing diberikan jika tidak tersedia fasilitas operasi atau kondisi pasien tidak memungkinkan dilakukan operasi

e) Operatif

Beberapa penelitian tentang ligasi arteri uterina menghasilkan angka keberhasilan 80-90%. Pada teknik ini dilakukan ligasi arteri uterina yang berjalan disamping uterus setinggi batas atas segmen bawah rahim. Jika dilakukan SC, ligasi dilakukan 2-3 cm dibawah irisan segmen bawah rahim. Untuk melakukan ini diperlukan jarum atraumatik yang besar dan benang absorbable yang sesuai. Arteri dan vena uterina diligasi dengan melewati jarum 2-3 cm medial vasa uterina, masuk ke miometrium keluar di bagian avaskular ligamentum latum lateral vasa uterina. Saat melakukan ligasi hindari rusaknya vasa uterina dan ligasi harus mengenai cabang ascenden arteri miometrium, untuk itu penting untuk menyertakan 2-3 cm miometrium. Jahitan kedua dapat dilakukan jika langkah diatas tidak efektif dan jika terjadi perdarahan pada segmen bawah rahim. Dengan menyisihkan vesika urinaria, ligasi kedua dilakukan bilateral pada vasa uterina bagian bawah, 3-4 cm dibawah ligasi vasa uterina atas. Ligasi ini harus mengenai sebagian besar cabang arteri uterina pada segmen bawah rahim dan cabang arteri uterina yang menuju ke servik, jika perdarahan masih terus berlangsung perlu dilakukan bilateral atau unilateral ligasi vasa ovarian.

**Ligasi arteri Iliaka Interna.** Identifikasi bifurkasiol arteri iliaka, tempat ureter menyilang, untuk melakukannya harus dilakukan insisi 5-8 cm pada peritoneum lateral paralel dengan garis ureter. Setelah peritoneum dibuka, ureter ditarik ke medial kemudian dilakukan ligasi arteri 2,5 cm distal bifurkasio iliaka interna dan eksterna. Klem dilewatkan dibelakang arteri, dan dengan menggunakan benang non absorbable dilakukan dua ligasi bebas berjarak 1,5-2 cm. Hindari trauma pada vena iliaka interna. Identifikasi denyut arteri iliaka eksterna dan femoralis harus dilakukan sebelum dan sesudah ligasi. Risiko ligasi arteri iliaka adalah trauma vena iliaka yang dapat menyebabkan perdarahan. Dalam melakukan tindakan ini dokter harus mempertimbangkan waktu dan kondisi pasien.

**Teknik B-Lynch.** Teknik B-Lynch dikenal juga dengan “brace suture”, ditemukan oleh Christopher B Lynch 1997, sebagai tindakan operatif alternative untuk mengatasi perdarahan postpartum akibat atonia uteri. **Histerektomi.**

Histerektomi peripartum merupakan tindakan yang sering dilakukan jika terjadi perdarahan pospartum masif yang membutuhkan tindakan operatif. Insidensi mencapai 7-13 per 10.000 kelahiran, dan lebih banyak terjadi pada persalinan abdominal dibandingkan vaginal.

g. Komplikasi

Di samping menyebabkan kematian, syok, HPP memperbesar kemungkinan terjadinya infeksi puerperal karena daya tahan tubuh penderita berkurang. Perdarahan banyak kelak bisa menyebabkan sindroma Sheehan sebagai akibat nekrosis pada hipofisis pars anterior sehingga terjadi insufisiensi bagian tersebut. Gejala-gejalanya ialah hipotensi, anemia, turunnya berat badana sampai menimbulkan kakeksia, penurunan fungsi seksual dengan atrofi alat-alat genital, kehilangan rambut pubis dan ketiak, penurunan metabolisme dan hipotensi, amenorea dan kehilangan fungsi laktasi.

h. Pencegahan

Antenatal care yang baik dan mencegah terjadinya anemia dalam kehamilan merupakan hal yang paling penting. Karena pada persalinaan nanti, kehilangan darah dalam jumlah normal dapat membahayakan ibu yang menderita anemi.

Pemberian oksitosin rutin pada kala III dapat mengurangi risiko perdarahan pospartum lebih dari 40%, dan juga dapat mengurangi kebutuhan obat tersebut sebagai terapi. Manajemen aktif kala III dapat mengurangi jumlah perdarahan dalam persalinan, anemia, dan kebutuhan transfusi darah.

Kegunaan utama oksitosin sebagai pencegahan atonia uteri yaitu onsetnya yang cepat, dan tidak menyebabkan kenaikan tekanan darah atau kontraksi tetani seperti ergometrin. Pemberian oksitosin paling bermanfaat untuk mencegah atonia uteri. Pada manajemen kala III harus dilakukan pemberian oksitosin setelah bayi lahir. Aktif protokol yaitu pemberian 10 unit IM, 5 unit IV bolus atau 10-20 unit per liter IV drip 100-150 cc/jam.

Analog sintetik oksitosin, yaitu karbetosin, saat ini sedang diteliti sebagai uterotonika untuk mencegah dan mengatasi perdarahan pospartum dini. Karbetosin merupakan obat long-acting dan onset kerjanya cepat, mempunyai waktu paruh 40 menit dibandingkan oksitosin 4-10 menit. Penelitian di Canada membandingkan antara pemberian karbetosin bolus IV dengan oksitosin drip pada



pasien yang dilakukan operasi sesar. Karbetosin ternyata lebih efektif dibanding oksitosin.

### 3) Inversio uteri

#### a. Pengertian

Inversio uteri adalah keadaan dimana fundus uteri terbalik sebagian atau seluruhnya masuk kedalam kavum uteri. Menurut dr. Ida Bagus Gede Manuaba, SpOG Inversio Uteri merupakan keadaan dimana terbaliknya uteri kedalam kavum uteri yang dapat menimbulkan nyeri dan perdarahan.

Faktor yang dapat menimbulkan inversio uteri:

1. Spontan karena tekanan abdominal meningkat dan saat fundus uteri masih belum berkontraksi baik
2. Persalinan plasenta secara Crede, namun kontraksi otot rahim belum kuat.
3. Tarikan tali pusat sebagai upaya untuk melahirkan plasenta

Inversio uteri dibagi menjadi 3 yaitu :

1. Inversio uteri ringan (Inversio uteri complete). Keadaan dimana uterus terputar balik sehingga fundus uteri terdapat dalam vagina dengan selaput lendirnya sebelah luar. Fundus masuk uteri tetapi belum melewati kanalis servikalis
2. Inversio uteri sedang (Inversio uteri incomplete). Keadaan dimana fundus menekuk kedalam dan tidak keluar ostium uteri. Fundus masuk kedalam kavum uteri Telah berada dalam vagina.
3. Inversio uteri berat (Inversio prolaps).Keadaan dimana uterus yang berputar balik itu keluar dari vulva. Fundus uteri mengalami inversio total dan tampak diluar vagina. Dapat disertai plasenta yang masih melekat.

#### b. Etiologi

Penyebabnya bisa terjadi secara spontan atau karena tindakan. Faktor yang memudahkan terjadinya adalah uterus yang lembek, lemah, tipis dindingnya; tarikan tali pusat yang berlebihan; atau patulous kanalis servikalis.

Yang spontan dapat terjadi pada grandemultipara, atonia uteri, kelemahan alat kandungan dan tekanan intra abdominal yang tinggi (mengejan dan batuk). Yang karena tindakan dapat disebabkan Crade yang berlebihan, tarikan tali pusat dan

pada manual plasenta yang dipaksakan, apalagi bila ada perlekatan plasenta pada dinding rahim. Frekuensi ; Jarang dijumpai, angka kejadian 1:20.000 persalinan.

Faktor – faktor penyebab terjadinya inversio

- 1) Tonus otot yang lemah
- 2) Tekukan atau tarikan pada fundus (tekanan intraabdominal, tekanan dengan tangan, tarikan pada tali pusat.
- 3) Canalis servicalis yang longgar. Maka inversio uteri dapat terjadi waktu batuk, bersin atau mengejan, juga karena pusat crade (Obstetri Patologi Fak. Kedoktera, UNPAD).

c. Gejala invertio uteri

- 1) Shock
- 2) Fundus uteri sama sekali tidak atau teraba tekukan pada fundus
- 3) Kadang-kadang tampak sebuah tumor yang merah diluar vulva ialah fundus uteri yang terbalik atau teraba tumor dalam vagina

4) Perdarahan

d. Diagnosis dan gejala klinik

- 1) Dijumpai pada kala III atau post partum dengan gejala nyeri yang hebat; perdarahan yang banyak sampai syok, apalagi bila plasenta masih melekat dan sebagian sudah ada yang terlepas, dan dapat terjadi strangulasi dan nekrosis.
- 2) Pemeriksaan dalam. Bila masih inkomplit, maka pada daerah simfisis uterus teraba fundus uteri cekung kedalam. Bila komplit, diatas simfisis uterus teraba kosong dan dalam vagina teraba tumor lunak. Kavum uteri sudah tidak ada (terbalik).

Gejala Klinik (Menurut dr. Ida Bagus Gede Manuaba, SpOG)

1. Terjadi spontan atau karena tindakan Crede yang terlalu cepat
2. Tarikan ligamentum infudibulopelvikum dan ligamentum rotundum, menarik pula peritoneum sehingga menimbulkan rasa nyeri yang dalam
3. Dapat diikuti perdarahan dan syok yang lebih bersifat neurogenik dalam

Diagnosis:

- 1) Pemeriksaan pascapartus, fundus uteri tidak teraba ditempat
- 2) Terdapat lekukan didaerah fundus uteri berlokasi
- 3) Pemeriksaan dalam:

- Mungkin plasenta masih teraba

- Teraba benda lunak dalam liang senggama atau masih dalam kavum uteri

e. penanganan dan pencegahan

hati-hati dalam memimpin persalinan; jangan terlalu mendorong rahim atau melakukan perasat Crede berulang-ulang dan hati-hatilah dalam menarik tali pusat serta melakukan pengeluaran plasenta dengan tangan. 90 % kasus inversio uteri disertai dengan perdarahan yang masif dan “life-threatening”.

- 1) Untuk memperkecil kemungkinan terjadinya renjatan vasovagal dan perdarahan maka harus segera dilakukan tindakan reposisi secepat mungkin
- 2) Segera lakukan tindakan resusitasi
- 3) Bila plasenta masih melekat, jangan dilepas oleh karena tindakan ini akan memicu perdarahan hebat
- 4) Salah satu tehnik reposisi adalah dengan menempatkan jari tangan pada fornix posterior, dorong fundus uterus kedalam vagina, dorong fundus kearah umbilikus dan memungkinkan ligamentum uterus menarik uterus kembali ke posisi semula.
- 5) Sebagian tehnik alternatif : dengan menggunakan 3 – 4 jari yang diletakkan pada bagian tengah fundus dilakukan dorongan kearah umbilikus sampai uterus kembali keposisi normal
- 6) Setelah reposisi berhasil, tangan dalam harus tetap didalam dan menekan fundus uteri. Berikan oksitosin dan setelah terjadi kontraksi, tangan dalam boleh dikeluarkan perlahan agar inversio uteri tidak berulang
- 7) Bila reposisi per vaginam gagal, maka dilakukan reposisi melalui laparotomi
- 8) Bila telah terjadi, maka terapinya adalah: Bila ada perdarahan atau syok, berikan infus dan tranfusi darah serta perbaiki keadaan umum. Sesudah itu segera dilakukan reposisi kalau perlu dalam narkosa. Bila tidak berhasil maka dilakukan tindakan koperatif secara pervaginam (operasi haultein) atau pervaginam (operasi menurut Spinelli). Diluar rumah sakit dapat dibantu dengan melakukan reposisi ringan, yaitu dengan tamponade vaginal, kemudian diberikan antibiotika untuk mencegah infeksi.

Penanganan (Abdul Bari Saifudin, Buku panduan praktis pelayanan kesehatan materi neonatal)

- 1) Kaji ulang indikasi
- 2) Kaji ulang prinsip dasar perawatan dan pasang infuse
- 3) Berikan petidin dan diasepam IV dalam semprit berbeda secara berlahan-lahan, atau anastesi umum jika diperlukan
- 4) Basuh uterus dengan larutan antiseptik dan tutup dengan kain basah (dengan NaCl hangat) menjelang operasi.

Pencegahan inversi sebelum tindakan koreksi manual

- 1) Pasang sarung tangan DTT
- 2) Pegang uterus pada daerah insersi tali pusat dan masukan kembali melalui serviks. Gunakan tangan lain untuk membantu menahan uterus didinding abdomen. Jika plasenta belum lepas, lakukan plasenta manual setelah tindakan koreksi
- 3) Jika koreksi manual tidak berhasil, lakukan koreksi hidrostatik

Koreksi Hidrostatik

- 1) Pasien dalam posisi terdelenbung dengan kepala lebih rendah sekitar 50 cm dari perineum
- 2) Siapkan sistem bilas yang sudah disinfeksi berupa selang 2 m besar, selang disambung dengan tangki berisi air hangat 3-5 l (atau NaCl / infus lain) dan dipasang setinggi 2 m
- 3) Identifikasi forniks posterior
- 4) Pasang ujung selang douche pada forniks posterior sampai menutup labla sekitar ujung selang dengan tangan
- 5) Guyur air dengan leluasa agar menekan uterus keposisi semula Koreksi Manual dengan Anastesia Umum. Jika koreksi hidrostatik gagal, upayakan reposisi dalam anastesia umum haloton merupakan pilihan untuk relaksasi uterus.

Koreksi Kombinasi Abdominal-Vaginal

- 1) Kaji ulang indikasi
- 2) Kaji ulang prinsip dasar perawatan operatif
- 3) Lakukan insisi dinding abdomen sampai poritenium dan singkirkan usus dengan kasa. Tampak uterus berupa lekukan.
- 4) Dengan jari tangan lakukan delatasi cincin konstiksi serviks
- 5) Pasang tenakulum melalui cincin serviks pada fundus.

- 6) Lakukan tarikan/traksi ringan pada fundus sementara asisten melakukan koreksi manual melalui vagina
- 7) Jika tindakan traksi gagal, lakukan insisi cincin konstiksi serviks dibelakang untuk menghindari resiko cedera kandung kemih. Ulang tindakan dilatasi, pemasangan tenakulum dan traksi fundus.
- 8) Jika koreksi berhasil, tutup dinding abdomen setelah melakukan
- 9) Jika ada infeksi, pasang drain karet Perawatan pasca tindakan.
  - a. Jika inversi sudah diperbaiki, berikan infus oksitosin 20 unit dalam 500 ml IV (NaCl 0,9% atau Ringer Lactat) 10 tetes/menit :
    - a) Jika dicurigai terjadi perdarahan, berikan infus sampai dengan 60 tetes permenit
    - b) Jika kontraksi uterus kurang baik, berikan ergometrin 0,2 mg atau prostaglandin.
      - b. Berikan antibiotika proflaksis dosis tunggal
        - a) Ampisilin 2 gr IV dan metronidazol 500 mg IV
        - b) Sefazolin 1 gr IV dan metranidazol 500 mg IV
    - c. Lakukan perawatan pasca bedah jika dilakukan koreksi kombinasi abdominal vaginal
    - d. Jika ada tanda infeksi berikan antibiotika kombinasi sampai pasien bebas demam 48 jam:
      - a) Ampisislin 2 gr IV tiap 6 jam
      - b) Gestamin 5 mg/kg berat badan IV setiap 24 jam
    - e. Berikan analgesif jika perlu
  - 6) Kelainan pembekuan darah
    - a. Pengertian

Hemofilia berasal dari bahasa Yunani Kuno, terdiri dari 2 kata yaitu haima dan philia. Haima berarti darah sedangkan philia berarti cinta atau kasih sayang. Hemofilia adalah suatu penyakit yang diturunkan, dari ibu kepada anaknya pada saat sang anak tersebut dilahirkan. Darah pada seorang penderita penyakit hemofilia tidak dapat membeku dengan sendirinya secara normal. Proses pembekuan darah pada penderita penyakit ini tidak secepat orang normal.

b. Jenis Hemofilia

(a) Hemofilia A.

Hemofilia A dikenal juga dengan nama hemofilia klasik. Jenis inilah yang paling banyak kekurangan faktor pembekuan darahnya. Faktor pembeku darah yang dimaksud adalah faktor VII. Hemofilia A umumnya menyerang pria. Wanita pada umumnya hanya bersifat karier atau pembawa sifat. Wanita yang menderita penyakit hemofilia dikarenakan ibunya yang karier dan ayahnya yang juga penderita.

(b) Hemofilia B

Hemofilia B dikenal juga dengan nama *Christmas disease* yang diambil dari nama penemunya, Steven Christmas asal Kanada. Jenis ini kekurangan faktor IX protein darah sehingga menyebabkan masalah pada pembekuan darah. Baik hemofili A ataupun B keduanya adalah penyakit yang jarang ditemukan. Hemofilia A terjadi sekurang-kurangnya 1 di antara 10.000 orang. Sedangkan hemofilia B lebih jarang ditemukan, yaitu 1 di antara 50.000 orang.

c. Penyebab Hemofilia

Pada orang normal, apabila terjadi luka maka luka tersebut akan segera mengering. Hal ini terjadi karena adanya sistem pembekuan darah. Proses pembekuan darah dimulai dengan pengerutan pembuluh darah di sekitar luka. Tujuannya agar darah yang mengalir dapat dikurangi. Selanjutnya trombosit akan menutup luka pada pembuluh darah. Lalu faktor-faktor pembeku darah bekerja membuat anyaman (benang-benang fibrin) yang akan menutup luka pada pembuluh darah.

Pada penderita penyakit hemofilia, terdapat gangguan di sistem pembekuan darahnya. Mereka kekurangan faktor-faktor pembeku darah. Akibatnya, luka yang seharusnya mengering akan terus-menerus mengeluarkan darah. Atau pada kasus ringan luka tetap bisa mengering namun membutuhkan waktu yang lama. Kekurangan faktor-faktor pembeku darah ini lah yang menjadi penyebab hemofilia.

Hemofilia A dan B dapat digolongkan dalam 3 tingkatan yaitu ringan, sedang, dan berat.

- a) Hemofilia ringan: mengalaminya hanya dalam situasi tertentu seperti operasi, cabut gigi, atau ketika mengalami luka yang serius. Wanita hemofilia ringan mungkin akan mengalami pendarahan lebih pada saat menstruasi.
- b) Hemofilia sedang: sedang lebih sering terjadi pendarahan dibandingkan hemofilia ringan, namun tidak separah hemofilia berat. Pendarahan kadang terjadi akibat aktivitas tubuh yang terlalu berat, seperti olahraga yang berlebihan.
- c) Hemofilia berat: penderita hemofilia berat adalah yang paling parah. Mereka hanya memiliki kadar faktor VII atau IX kurang dari 1% dari jumlah normal di dalam darahnya. Penderita hemofilia berat dapat mengalami pendarahan beberapa kali dalam sebulan. Terkadang pendarahan terjadi begitu saja tanpa sebab yang jelas.

Sebanyak 70% hemofilia disebabkan karena faktor genetik. Bahkan sejak masih janin dalam kandungan seorang anak sudah dapat diprediksi mengalami penyakit hemofilia atau tidak. Caranya adalah dengan melakukan *screening test*.

d. Gejala dan Tanda hemofilia

Salah satu tanda yang paling sering muncul dari hemofilia adalah lebam di kulit. Lebam adalah warna kulit yang kebiruan yang menandakan bahwa ada pendarahan di bawah kulit. Misalnya terjadi di otot atau sendi. Pada orang normal juga terkadang mengalami kebiruan di beberapa bagian tubuh seperti itu, tetapi akan menghilang dalam beberapa hari. Namun jika lebam meliputi area tubuh yang luas, atau disertai bengkak kemerahan di sekitarnya, maka segera periksa ke dokter. Bisa jadi itu adalah gejala hemofilia.

Pada pria yang mengalami hemofilia, seringkali tandanya didapat saat ia disunat. Pendarahan yang terjadi akibat penyunatan akan lama sekali berhenti. Jika hal itu terjadi, maka orangtua harus waspada terhadap kemungkinan hemofilia.

## **6 Kasus hipertensi dalam kehamilan dan persalinan**

1) Pre eklamsia

a. Pengertian

Pre eklamsia adalah timbulnya hipertensi disertai proteinuria dan edema akibat kehamilan setelah usia kehamilan 20 minggu atau segera setelah persalinan.

Menurut kamus saku kedokteran Dorland, preeklampsia adalah toksemia pada kehamilan lanjut yang ditandai oleh hipertensi, edema, dan proteinuria

b. Etiologi

Penyebab preeklampsia sampai saat ini belum jelas. Tetapi ada teori yang menjelaskan penyebab terjadinya preeklampsia

c. Manifestasi klinik

Diagnosis preeklampsia ditegakkan berdasarkan adanya dua dari tiga gejala, yaitu penambahan berat badan yang berlebihan, edema, hipertensi, dan proteinuria. Penambahan berat badan yang berlebihan bila terjadi kenaikan 1 kg seminggu beberapa kali. Edema terlihat sebagai peningkatan berat badan, pembengkakan kaki, jari tangan, dan muka. Tekanan darah > 140/90 mmHg atau tekanan sistolik meningkat > 30 mmHg atau tekanan diastolik > 15 mmHg yang diukur setelah pasien beristirahat selama 30 menit. Tekanan diastolik pada trimester kedua yang lebih dari 85 mmHg patut dicurigai sebagai bakal preeklampsia. Proteinuria apabila terdapat protein sebanyak 0,3 g/l dalam air kencing 24 jam atau pemeriksaan kualitatif menunjukkan +1 atau 2; atau kadar protein > 1g /l dalam urin yang dikeluarkan dengan kateter atau porsi tengah, diambil minimal 2 x dengan jarak waktu 6 jam.

d. Klasifikasi preeklampsia

a) Preeklampsia ringan

- Tekanan darah sistole 140 atau kenaikan 30 mmHg dengan interval pemeriksaan 6 jam
- Tekanan darah diastole 90 atau kenaikan 15 mmHg dengan interval pemeriksaan 6 jam
- Kenaikan berat badan 1 kg atau lebih dalam seminggu. Edema umum, kaki, jari tangan dan muka.
- Proteinuria 0,3 gr atau lebih dengan tingkat kualitatif 1 sampai 2 pada urin kateter atau urin aliran pertengahan.

b) Preeklampsia berat

Diagnosa PEB ditegakkan apabila pada kehamilan > 20 minggu didapatkan satu/lebih gejala/tanda di bawah ini

- Tekanan darah 160/110 mmHg



- Ibu hamil dalam keadaan relaksasi (pengukuran tekanan darah minimal setelah istirahat 10 menit)
  - Ibu hamil tidak dalam keadaan his.
  - Oligouria, urin kurang dari 500 cc/24 jam.
  - Proteinuria 5 gr/liter atau lebih atau 4+ pada pemeriksaan secara kuantitatif.
  - Terdapat edema paru dan sianosis.
  - Gangguan visus dan serebral.
  - Keluhan subjektif
  - Nyeri epigastrium
  - Gangguan penglihatan Nyeri kepala
  - Gangguan pertumbuhan janin intrauteri.
  - Pemeriksaan trombosit
- e. Penanganan
- a) Penanganan pre eklamsia ringan
    - Istirahat di tempat tidur dengan berbaring ke arah sisi tubuh
    - fenobarbital 3×30 mg per hari (menenangkan penderitaan dan menurunkan tensi)
    - pengurangan garam dalam diet
    - pemakaian diuretik dan antihipertensi tidak dianjurkan
    - jika tidak ada perbaikan dan tensi terus meningkat, retensi cairan dan proteinuria bertambah maka pengakhiran kehamilan dilakukan meskipun janin msh prematur
  - b) penanganan pre eklamsia berat
    - 1) (Jika pasien datang dengan pre eklampsia berat) beri sedativa yang kuat untuk mencegah kejang :
      - a larutan sulfas magnesikus 50% sebanyak 10 ml disuntikkan *IM*, dapat diulang 2 ml tiap 4 jam.
      - b lytic cocktail, yakni larutan glukosa 5% sebanyak 500 ml yg berisi petidin 100mg, klorpromazin 100mg, prometazin 50 mg sebagai infus intravena.
    - 2) perlu obat hipotensif
    - 3) jika oliguria, beri glukosa 20% iv diuretik tdk rutin, hanya bila retensi air banyak setelah bahaya akut berakhir, dipertimbangkan untuk menghentikan kehamilan.
- f. Indikasi pengakhiran kehamilan
- a) pre eklampsia ringan dengan kehamilan lebih dari/cukup bulan

b) pre eklampsia dengan dengan hipertensi dan/atau proteinuria menetap selama 10-14 hari, dan janin sudah cukup matur

c) pre eklampsia berat

d) eklampsia.

**g. Persalinan dengan pre eklamsia**

a) pre eklampsia berat lebih mudah menjadi eklampsia pd saat persalinan

b) perlu analgetika dan sedativa lebih banyak

c) persalinan hendaknya dengan cunam atau ekstraktor vakum dengan narkosis umum untuk menghindari rangsangan pada SSP.

d) anestesia lokal bila tensi tidak terlalu tinggi dan penderita masih somnolen karena pengaruh obat.

e) obat penenang diteruskan sampai 48 jam post partum, kemudian dikurangi bertahap dalam 3-4 hari.

f) Pada gawat janin dalam kala I dilakukan segera seksio sesaria.

g) Pada gawat janin dalam kala II dilakukan ekstraksi dengan cunam atau ekstraktor vakum.

h) post partum bayi sering menunjukkan tanda-tanda asfiksia neonatorum maka perlu resusitasi.

**2) Eklamsia**

**a. Pengertian**

Eklamsia timbulnya kejang yang disertai koma.

**b. Gejala dan tanda eklamsia**

a) didahului memburuknya pre eklampsia dan timbul gejala2 nyeri kepala frontal, nyeri epigastrium, ggn penglihatan, mual, hiperrefleksia.

b) jika gejala ini tidak dikenali dan diatasi akan segera timbul kejang, dengann 4 macam tingkat:

1. awal/aura

2. tonik

3. klonik

4. koma

c) selama serangan tensi meningkat, nadi cepat, suhu meningkat sampai 40°C

**c. penanggulangan eklamsia**

Harus dirawat **di** RS. Obat penenang yang cukup saat pengangkutan ke RS (petidin 100 mg). Hindarkan dari rangsangan kejang.

### **Tindakan Obstetrik**

- a) setelah kejang diatasi dan KU diperbaiki
  - b) mengakhiri kehamilan atau mempercepat persalinan
  - c) persalinan pervaginam adalah cara terbaik bila dapat dilaksanakan dengan cepat dan aman.
  - d) pada eklampsia gravidarum perlu diadakan induksi dengan amniotomi dan infus pitosin setelah bebas kejang selama 12 jam dan keadaan serviks mengijinkan.
  - e) bila serviks masih lancip dan tertutup terutama pd primigravida, kepala janin masih tinggi, atau ada persangkaan disproporsi sefalopelvik, sebaiknya sesar.
  - f) jika persalinan sudah pada kala I dilakukan amniotomi untuk mempercepat partus
  - g) lakukan ekstraksi vakum atau cunam
  - h) setelah kelahiran pengobatan dan perawatan intensif harus diteruskan untuk 48 jam.
- d. Standar penanganan kegawadaruratan eklampsia

a) Tujuan

Mengenali secara dini tanda-tanda dan gejala – gejala preeklamsia berat dan memberikan perawatan yang tepat dan memadai. Mengambil tindakan yang tepat dan segera dalam penanganan kegawatdaruratan bila eklamsia terjadi.

<i>Hasil</i>
➤ Penurunan kejadian eklamsia
➤ Ibu hamil yang mengalami preeklamsia berat dan eklamsia mendapatkan penanganan yang cepat dan tepat
➤ Ibu dengan tanda-tanda preeklamsia ringan akan mendapatkan perawatan yang tepat dan memadai serta pemantauan
➤ Penurunan kesakitan dan kematian akibat eklamsia

b) Prasyarat

1. Kebijakan dan protocol setempat yang mendukung bidan memberikan pengobatan awal untuk penatalaksanaan kegawat daruratan preeklamsia berat/eklamsia.
2. Bidan melakukan perawatan antenatal rutin kepada ibu hamil termasuk pemantauan rutin tekanan darah
3. Bidan secara rutin memantau ibu dalam

proses persalinan dan selama periode postpartum terhadap tanda gejala preeklamsia termasuk pengukuran tekanan darah.

4. Bidan terlatih dan teampil untuk :  
Mengenal tanda dan gejala preeklampsia ringan, preeklampsia berat, dan eklampsia
5. Mendeteksi dan memberikan pertolongan pertama pada preeklampsia ringan, preeklampsia berat dan eklampsia Tersedia perlengkapan penting untuk memantau tekanan darah dan memberikan cairan IV (termasuk tensimeter air raksa, stetoskop, set infuse dengan jarum berukuran 16 dan 18 G IV, Ringer Laktat atau NaCl 0,9% alat suntik sekali pakai. Jika mungkin perlengkapan untuk memantau protein dalam air seni.
6. Tersedia obat anti hipertensi yang dibutuhkan untuk kegawatdaruratan misalnya Magnesium Sulfat, Calsium Glukonas.
7. Adanya saran pencatatan ; KMS ibu hamil/kartu ibu, buku KIA dan partograf.

c) Proses

Bidan harus :

1. Selalu waspada terhadap gejala dan tanda pre eklamsia ringan (tekanan darah dengan tekanan diastolik 90-110 mmHg dalam dua pengukuran berjarak 1 jam). Pantau tekanan darah ibu hamil pada setiap pemeriksaan antenatal, selama proses persalinan, dan masa nifas. Pantau tekanan darah, urin (untuk mengetahui protein uria) ibu hamil dan kondisi janin setiap minggu.
2. Selalu waspada terhadap tanda dan gejala preeklamsia berat (tekanan diatolik >110 mmHg) yaitu : protein dalam air seni, nyeri kepala hebat, gangguan penglihatan, mengantuk, tidak enak, nyeri epigastrik.
3. Catat tekanan darah ibu, segera periksa adanya gejala dan tanda preeklamsia atau eklamsia. Gejala dan tanda preeklamsia berat (yaitu peningkatan tekanan darah tiba-tiba, tekanan darah yang sangat tinggi, protein dalam air seni, penurunan jumlah air seni dalam warna yang menjadi gelap, oedema berat atau edema mendadak pada wajah atau panggul belakang) memerlukan penanganan yang sangat cepat karena besar kemungkinan terjadi eklamsia. **Kecepatan bertindak sangat penting.**
4. Penanganan pre eklamsia berat dan eklamsia

- Cari pertolongan segera untuk mengatur rujukan ibu ke rumah sakit. Jelaskan dengan tenang dan secepatnya kepada ibu, suami dan keluarga tentang apa yang terjadi.
  - Baringkan ibu dengan posisi miring ke kiri, berikan oksigen ( 4 sampai 6 liter permenit) jika ada.
  - Berikan IV RL 500cc dengan jarum berlubang besar ( 16 dan 18 G)
  - Jika tersedia, berikan MgSo4 40% IM 10gr ( 5gr IM pada setiap bokong ) sebelum merujuk.
  - Ulangi MgSo4 40% IM, 5gr setiap 4 jam , bergantian tiap bokong.
  - MgSo4 untuk pemberian IM bias dikombinasi dengan 1cc lidokain 2%
  - Jika mungkin, mulai berikan dosis awal larutan MgSo4 20%, 4gr IV 20 menit sebelum pemberian MgSO<sub>4</sub> IM.
5. Jika terjadi kejang, baringkan ibu pada posisi kiri, dibagian tempat tidur atau lantai yang aman mencegah ibu terjatuh, tapi jangan mengikat ibu. Jika ada kesempatan, letakkan benda yang dibungkus dengan kain lembut diantara gigi ibu. Jangan memaksakan membuka mulut ibu ketika kejang terjadi. Setelah kejang berlalu, hisap lendir pada mulut dan tenggorokan ibu bila perlu.
  6. Pantau dengan cermat tanda dan gejala MgSO<sub>4</sub> sebaga berikut:
    - Frekuensi pernafasan kurang dari 16 kali permenit
    - Pengeluaran air seni kurang dari 30cc perjam selama 4 jam terakhir
    - Jangan berikan dosis MgSo4 selanjutnya bila ditemukan tanda – tanda dan keracunan tersebut diatas.
  7. Jika terjadi henti nafas (apneu) setelah pemberian MgSo4, berikan kalsium glukonas 1gr ( 10cc dalam larutan 10 %) IV perlahan lahan sampai pernafasan mulai lagi. Lakukan ventilasi ibu dengan menggunakan ambu bag dan masker.
  8. Bila ibu mengalami koma, pastikan posisi ibu dibaringkan, dengan kepala sedikit ditengadahkan agar jalan nafas tetap terbuka.
  9. Catat semua obat yang diberikan, keadaan ibu, termasuk tekanan darahnya setiap 15 menit .
  10. Bawa segera ibu kerumah sakit setelah serangan kejang berhenti. Dampingi ibu dalam perjalanan dan berikan obat-obatan lagi jika perlu. ( jika terjadi kejang

lagi, berikan 2gr MgSo4 secara perlahan dalam 5 menit, tetapi perhatikan jika ada tanda-tanda keracunan MgSo4).

### **Panduan Penggunaan Penggunaan MgSO<sub>4</sub>.**

#### *Syarat Pemberian*

1. Produksi Urin dalam 4 jam terakhir minimal 100ml (35-30ml/jam)
2. Reflex patella (+).
3. Frekuensi nafas 16x/mnt, artinya tidak ada depresi pernafasan.
4. Tersedia antidotum, yakni glukonas calcicus (calcium glukonate).

#### *Cara pemberian*

1. Dosis awal (loading dose) 4-6 g IV dgn kecepatan pemberian  $\leq 1$ g/mnt.
2. Diikuti dengan pemberian secara infuse (drip) dengan dosis 1,5-2 g/jam, agar dicapai kadar serum 4,8-8,4 mg/dL (4-7mEq/L)
3. Bila masih terjadi kejang dengan pemberian diatas, dapat diberikan diazepam 5-10mg IV atau amobarbital 250mg IV.
4. Penggunaan MgSO<sub>4</sub>, biasanya sampai 24 jam setelah bayi lahir, atau setelah produksi urin normal kembali.

#### *Catatan*

1. Kejang hamper selalu dapat diatasi bila kadar MgSO<sub>4</sub>.
2. Plasma 8-10 mEq/L
3. Henti nafas akan terjadi pada kadar 12 mEq/L atau lebih.
4. Lethal dose adalah kadar MgSO<sub>4</sub>  $\geq 20$  mEq/L

#### *Bila terjadi henti (depresi nafas)*

1. Berikan anti dotum yakni glukonas calcicus 1gm IVpelan – pelan disertai O<sub>2</sub> dan biasanya langkah ini sudah cukup untuk mengatasi depresi nafas tersebut.
2. Bila sampai terjadi henti nafas (tidak pernah terjadi pada dosis terapi), lakukan pula intubasi dan ventilasi aktif.

#### *Keuntungan*

1. Mudah, Sederhana, Nyaman bagi pasien.
2. Relative mudah diperoleh dan harganyapun relative murah, sedangkan hasilnya cukup baik.

3. Pada kadar terapi, kesadaran pasien tidak berpengaruh.
4. Meskipun Mg dapat melewati sawar (barier) plasenta namun hamper tidak pernah mempengaruhi keadaan janin, kecuali terjadi hipermagnesia ( $\geq 15$  mEq/L) pada kala II.

## **7 Kasus persalinan macet/distosia bahu**

### **a. Pengertian**

Ketidakmampuan melahirkan bahu pada persalinan normal. Tertahannya bahu depan diatas simfisis. Angka kejadian distosia bahu tergantung pada kriteria diagnosa yang digunakan. Salah satu kriteria diagnosa distosia bahu adalah bila dalam persalinan pervaginam untuk melahirkan bahu harus dilakukan maneuver khusus seperti traksi curam bawah dan episiotomi.

Spong dkk (1995) menggunakan sebuah kriteria objektif untuk menentukan adanya distosia bahu yaitu interval waktu antara lahirnya kepala dengan seluruh tubuh. Nilai normal interval waktu antara persalinan kepala dengan persalinan seluruh tubuh adalah 24 detik , pada distosia bahu 79 detik. Mereka mengusulkan bahwa distosia bahu adalah bila interval waktu tersebut lebih dari 60 detik.

### **b. Faktor resiko distosia bahu**

#### **1) Faktor maternal**

- Kelainan anatomi panggul
- Diabetes Gestational
- Kehamilan postmatur
- Riwayat distosia bahu
- Tubuh ibu pendek

#### **2) Fetal**

- Dugaan macrosomia

#### **3) Masalah persalinan**

- Assisted vaginal delivery (forceps atau vacuum)
- Protracted active phase” pada kala I persalinan
- Protracted” pada kala II persalinan

#### *Diagnose diferensial*

1. Kelainan tenaga (power)
2. Kelainan janin (passanger)

3. Kelainan jalan lahir (passage)  
*Pemeriksaan penunjang*
5. USG
6. Pelvimetri radiologic (dengan metode Thom's Grid)
  - c. Penatalaksanaan
    - 1) Pertama kali yang harus dilakukan bila terjadi distosia bahu adalah melakukan traksi curam bawah sambil meminta ibu untuk meneran.
    - 2) Lakukan episiotomi.

Setelah membersihkan mulut dan hidung anak, lakukan usaha untuk membebaskan bahu anterior dari simfisis pubis dengan berbagai manuver :

- a) Tekanan ringan pada suprapubic  
Dilakukan tekanan ringan pada daerah suprapubik dan secara bersamaan dilakukan traksi curam bawah pada kepala janin. Tekanan ringan dilakukan oleh asisten pada daerah suprapubic saat traksi curam bawah pada kepala janin.
- b) Maneuver Mc Robert  
Teknik ini ditemukan pertama kali oleh Gonik dkk tahun 1983 dan selanjutnya William A Mc Robert mempopulerkannya di University of Texas di Houston. Maneuver ini terdiri dari melepaskan kaki dari penyangga dan melakukan fleksi sehingga paha menempel pada abdomen ibu  
Tindakan ini dapat menyebabkan sacrum mendatar, rotasi simfisis pubis kearah kepala maternal dan mengurangi sudut inklinasi. Meskipun ukuran panggul tak berubah, rotasi cephalad panggul cenderung untuk membebaskan bahu depan yang terhimpit.

#### Maneuver Mc Robert

Fleksi sendi lutut dan paha serta mendekatkan paha ibu pada abdomen sebaaimana terlihat pada (panah horisontal). Asisten melakukan tekanan suprapubic secara bersamaan (panah vertikal)

Analisa tindakan Maneuver Mc Robert dengan menggunakan x-ray

Ukuran panggul tak berubah, namun terjadi rotasi cephalad pelvic sehingga bahu anterior terbebas dari simfisis pubis

- c) Maneuver Woods ( "*Wood crock screw maneuver*" )



Dengan melakukan rotasi bahu posterior 180<sup>0</sup> secara “*clock screw*” maka bahu anterior yang terjepit pada simfisis pubis akan terbebas.

Maneuver Wood. Tangan kanan penolong dibelakang bahu posterior janin. Bahu kemudian diputar 180 derajat sehingga bahu anterior terbebas dari tepi bawah simfisis pubis.

d) Melahirkan bahu belakang

- Operator memasukkan tangan kedalam vagina menyusuri humerus posterior janin dan kemudian melakukan fleksi lengan posterior atas didepan dada dengan mempertahankan posisi fleksi siku
- Tangan janin dicekap dan lengan diluruskan melalui wajah janin
- Lengan posterior dilahirkan

e) Maneuver Rubin

Terdiri dari 2 langkah :

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

Maneuver Rubin II

- Diameter bahu terlihat antara kedua tanda panah
  - Bahu anak yang paling mudah dijangkau didorong kearah dada anak sehingga diameter bahu mengecil dan membebaskan bahu anterior yang terjepit
- f) Pematahan klavikula dilakukan dengan menekan klavikula anterior kearah SP.
- g) Maneuver Zavanelli : mengembalikan kepala kedalam jalan lahir dan anak dilahirkan melalui SC. Memutar kepala anak menjadi occiput anterior atau posterior sesuai dengan PPL yang sudah terjadi. Membuat kepala anak menjadi fleksi dan secara perlahan mendorong kepala kedalam vagina.
- h) Kleidotomi : dilakukan pada janin mati yaitu dengan cara menggantung klavikula.
- i) Simfisiotomi.

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

1. Minta bantuan – asisten , ahli anaesthese dan ahli anaesthese.
2. Kosongkan vesica urinaria bila penuh.
3. Lakukan episiotomi mediolateral luas.
4. Lakukan tekanan suprapubic bersamaan dengan traksi curam bawah untuk melahirkan kepala.
5. Lakukan maneuver Mc Robert dengan bantuan 2 asisten.

Sebagian besar kasus distosia bahu dapat diatasi dengan serangkaian tindakan diatas. Bila tidak, maka rangkaian tindakan lanjutan berikut ini harus dikerjakan :

1. Wood corkscrew maneuver
2. Persalinan bahu posterior
3. Tehnik-tehnik lain yang sudah dikemukakan diatas.

Tak ada maneuver terbaik diantara maneuver-maneuver yang sudah disebutkan diatas, namun tindakan dengan maneuver Mc Robert sebagai pilihan utama adalah sangat beralasan

d. Penyuli

*Pada ibu*

1. Partus lama dengan segala akibatnya : infeksi intra partum, ruptur uteri, perlukaan jalan lahir, fistula (post partum).
2. Partus kasep dengan komplikasi seperti halnya partus lama, tetapi dengan angka kekerapan yang lebih tinggi.

*Pada bayi*

1. Asfiksia
2. Cedera
3. Kematian

*Lama perawatan*

Persalinan pervaginam : 3-4 hari

SC : 4-5 hari, tergantung keadaan setelah pembedahan.

*Masa pemulihan*

Sekitar 42 hari untuk partus per vaginam.

3-4 bulan untuk SC

## **KOMUNIKASI dan PENERAPAN ASPEK SOSIAL BUDAYA**

Manusia merupakan makhluk sosial yang sangat membutuhkan orang lain untuk melengkapi kehidupannya, kebutuhan terhadap orang lain itu juga tidak melulu kebutuhan psikis untuk berbagi dan komunikasi saja, namun juga masalah kebutuhan fisik seperti ketersediaan makanan, minuman, pelayanan kesehatan yang layak, karena tidak mungkin kan, kita mengolah seluruh kebutuhan fisik kita sendirian, seperti kita menyiapkan makanan sendiri, dari menanam tanaman, berburu hewan, memasak dan mengolah masakan, semuanya sendiri.

Kembali lagi ke masalah komunikasi, untuk memenuhi syarat makhluk sosial tersebut kita membutuhkan sesuatu yang namanya komunikasi, komunikasilah yang akan menyebabkan orang lain mengenal kita, tau kebutuhan kita, memahami keinginan kita. Sehingga tercipta interaksi sosial antar individu, antar komunitas, dan bahkan antar kebudayaan di dunia.

Komunikasi juga merupakan skill(keahlian) dasar dari tiap individu di dunia, kita biasanya menemukan bentuk komunikasi dari bahasa lisan, bahasa tubuh, bahasa isyarat, bahasa qalbu, dll yang tentunya baik sumber maupun tujuan mengerti mengenai informasi yang disampaikan.

5

### **Fungsi komunikasi berupa:**

1. control
2. informasi
3. motivasi
4. ekspresi emosi

#### **1. Fungsi kontrol**

Komunikasi dalam pandangan fungsi kontrol adalah sebagai cara untuk mengetahui apakah orang lain tetap sesuai pada jalur yang di tetapkan oleh kita atau tidak, dan juga mengetahui bagaimana keadaan orang lain sehingga kita bisa memutuskan sesuatu yang sesuai dengan keadaan orang tersebut.

## 2. Informasi

Komunikasi merupakan sebuah proses untuk memberikan informasi dari sumber kepada tujuan yang pada akhirnya melahirkan *feedback* (tanggapan atau umpan balik)

## 3. Motivasi

Fungsi komunikasi juga sebagai alat untuk memberikan motivasi kepada orang lain, fungsi motivasi dan control pada komunikasi, menurut saya agak hampir sama tujuannya, yaitu untuk memastikan, apakah orang lain tetap pada jalur yang kita inginkan atau tidak, jika fungsi kontrol menggunakan cara yang lebih *force* (memaksa dan memberikan konsekuensi nyata), fungsi motivasi lebih kepada cara-cara yang sifatnya *soft*, lembut namun biasanya langsung mengarah kepada nuraninya.

## 4. Ekspresi Emosi

Kita bisa menyampaikan apa yang emosi kita rasakan melalui komunikasi, pada level ini, kita biasanya hanya butuh untuk didengar untuk membagi beban emosi kita kepada orang lain, namun tak jarang kita mengharapkan *advice* dan tanggapan lisan dari orang lain

William I. Gordon dalam Deddy Mulyana, (2005:5-30) mengkategorikan fungsi komunikasi menjadi empat, yaitu:

### **1. Sebagai komunikasi sosial**

Fungsi komunikasi sebagai komunikasi sosial setidaknya mengisyaratkan bahwa komunikasi itu penting untuk membangun konsep diri kita, aktualisasi diri, untuk kelangsungan hidup, untuk memperoleh kebahagiaan, terhindar dari tekanan dan ketegangan, antara lain lewat komunikasi yang bersifat menghibur, dan memupuk hubungan dengan orang lain. Melalui komunikasi kita bekerja sama dengan anggota masyarakat (keluarga, kelompok belajar, perguruan tinggi, RT, desa, negara secara keseluruhan) untuk mencapai tujuan bersama.

#### **• Pembentukan konsep diri**

Konsep diri adalah pandangan kita mengenai diri kita, dan itu hanya bisa kita peroleh lewat informasi yang diberikan orang lain kepada kita. Melalui komunikasi dengan orang lain kita belajar bukan saja mengenai siapa kita, namun juga bagaimana kita merasakan siapa kita. Anda mencintai diri anda bila anda

telah dicintai; anda berpikir anda cerdas bila orang-orang sekitar anda menganggap anda cerdas; anda merasa tampan atau cantik bila orang-orang sekitar anda juga mengatakan demikian.

George Herbert Mead (dalam Jalaluddin Rakhmat, 1994) mengistilahkan *significant others* (orang lain yang sangat penting) untuk orang-orang disekitar kita yang mempunyai peranan penting dalam membentuk konsep diri kita. Ketika kita masih kecil, mereka adalah orang tua kita, saudara-saudara kita, dan orang yang tinggal satu rumah dengan kita. Richard Dewey dan W.J. Humber (1966) menamai *affective others*, untuk orang lain yang dengan mereka kita mempunyai ikatan emosional. Dari merekalah, secara perlahan-lahan kita membentuk konsep diri kita.

Selain itu, terdapat apa yang disebut dengan *reference group* (kelompok rujukan) yaitu kelompok yang secara emosional mengikat kita, dan berpengaruh terhadap pembentukan konsep diri kita. Dengan melihat ini, orang mengarahkan perilakunya dan menyesuaikan dirinya dengan ciri-ciri kelompoknya. Kalau anda memilih kelompok rujukan anda Ikatan Dokter Indonesia, anda menjadikan norma-norma dalam Ikatan ini sebagai ukuran perilaku anda. Anda juga merasa diri sebagai bagian dari kelompok ini, lengkap dengan sifat-sifat dokter menurut persepsi anda.

#### • **Pernyataan eksistensi diri**

Orang berkomunikasi untuk menunjukkan dirinya eksis. Inilah yang disebut aktualisasi diri atau lebih tepat lagi pernyataan eksistensi diri. Fungsi komunikasi sebagai eksistensi diri terlihat jelas misalnya pada penanya dalam sebuah seminar. Meskipun mereka sudah diperingatkan moderator untuk berbicara singkat dan langsung ke pokok masalah, penanya atau komentator itu sering berbicara panjang lebar mengkuliahi hadirin, dengan argumen-argumen yang terkadang tidak relevan.

#### **Untuk kelangsungan hidup, memupuk hubungan, dan memperoleh kebahagiaan**

Sejak lahir, kita tidak dapat hidup sendiri untuk mempertahankan hidup. Kita perlu dan harus berkomunikasi dengan orang lain, untuk memenuhi

kebutuhan biologis kita seperti makan dan minum, dan memenuhi kebutuhan psikologis kita seperti sukses dan kebahagiaan.

Para psikolog berpendapat, kebutuhan utama kita sebagai manusia, dan untuk menjadi manusia yang sehat secara rohani, adalah kebutuhan akan hubungan sosial yang ramah, yang hanya bisa terpenuhi dengan membina hubungan yang baik dengan orang lain. Abraham Maslow menyebutkan bahwa manusia punya lima kebutuhan dasar: kebutuhan fisiologis, keamanan, kebutuhan sosial, penghargaan diri, dan aktualisasi diri. Kebutuhan yang lebih dasar harus dipenuhi terlebih dahulu sebelum kebutuhan yang lebih tinggi diupayakan. Kita mungkin sudah mampu kebutuhan fisiologis dan keamanan untuk bertahan hidup. Kini kita ingin memenuhi kebutuhan sosial, penghargaan diri, dan aktualisasi diri. Kebutuhan ketiga dan keempat khususnya meliputi keinginan untuk memperoleh rasa lewat rasa memiliki dan dimiliki, pergaulan, rasa diterima, memberi dan menerima persahabatan. Komunikasi akan sangat dibutuhkan untuk memperoleh dan memberi informasi yang dibutuhkan, untuk membujuk atau mempengaruhi orang lain, mempertimbangkan solusi alternatif atas masalah kemudian mengambil keputusan, dan tujuan-tujuan sosial serta hiburan.

## **2. Sebagai Komunikasi Ekspresif**

Komunikasi berfungsi untuk menyampaikan perasaan-perasaan (emosi) kita. Perasaan-perasaan tersebut terutama dikomunikasikan melalui pesan-pesan nonverbal. Perasaan sayang, peduli, rindu, simpati, gembira, sedih, takut, prihatin, marah dan benci dapat disampaikan lewat kata-kata, namun bisa disampaikan secara lebih ekspresif lewat perilaku nonverbal. Seorang ibu menunjukkan kasih sayangnya dengan membelai kepala anaknya. Orang dapat menyalurkan kemarahannya dengan mengumpat, mengepalkan tangan seraya melototkan matanya, mahasiswa memprotes kebijakan penguasa negara atau penguasa kampus dengan melakukan demonstrasi.

## **3. Sebagai Komunikasi Ritual**

Suatu komunitas sering melakukan upacara-upacara berlainan sepanjang tahun dan sepanjang hidup, yang disebut para antropolog sebagai rites of passage, mulai dari upacara kelahiran, sunatan, ulang tahun, pertunangan, siraman, pernikahan, dan lain-

lain. Dalam acara-acara itu orang mengucapkan kata-kata atau perilaku-perilaku tertentu yang bersifat simbolik. Ritus-ritus lain seperti berdoa (salat, sembahyang, misa), membaca kitab suci, naik haji, upacara bendera (termasuk menyanyikan lagu kebangsaan), upacara wisuda, perayaan lebaran (Idul Fitri) atau Natal, juga adalah komunikasi ritual. Mereka yang berpartisipasi dalam bentuk komunikasi ritual tersebut menegaskan kembali komitmen mereka kepada tradisi keluarga, suku, bangsa, Negara, ideologi, atau agama mereka.

#### **4. Sebagai Komunikasi Instrumental**

Komunikasi instrumental mempunyai beberapa tujuan umum, yaitu: menginformasikan, mengajar, mendorong, mengubah sikap, menggerakkan tindakan, dan juga menghibur.

Sebagai instrumen, komunikasi tidak saja kita gunakan untuk menciptakan dan membangun hubungan, namun juga untuk menghancurkan hubungan tersebut. Studi komunikasi membuat kita peka terhadap berbagai strategi yang dapat kita gunakan dalam komunikasi kita untuk bekerja lebih baik dengan orang lain demi keuntungan bersama. Komunikasi berfungsi sebagai instrumen untuk mencapai tujuan-tujuan pribadi dan pekerjaan, baik tujuan jangka pendek ataupun tujuan jangka panjang. Tujuan jangka pendek misalnya untuk memperoleh pujian, menumbuhkan kesan yang baik, memperoleh simpati, empati, keuntungan material, ekonomi, dan politik, yang antara lain dapat diraih dengan pengelolaan kesan (impression management), yakni taktik-taktik verbal dan nonverbal, seperti berbicara sopan, mengobral janji, mengenakan pakaian necis, dan sebagainya yang pada dasarnya untuk menunjukkan kepada orang lain siapa diri kita seperti yang kita inginkan.

Sementara itu, tujuan jangka panjang dapat diraih lewat keahlian komunikasi, misalnya keahlian berpidato, berunding, berbahasa asing ataupun keahlian menulis. Kedua tujuan itu (jangka pendek dan panjang) tentu saja saling berkaitan dalam arti bahwa pengelolaan kesan itu secara kumulatif dapat digunakan untuk mencapai tujuan jangka panjang berupa keberhasilan dalam karier, misalnya untuk memperoleh jabatan, kekuasaan, penghormatan sosial, dan kekayaan.

Berkenaan dengan fungsi komunikasi ini, terdapat beberapa pendapat dari para ilmuwan yang bila dicermati saling melengkapi. Misal pendapat Onong Effendy (1994), ia berpendapat fungsi komunikasi adalah menyampaikan informasi, mendidik, menghibur, dan mempengaruhi.

Sedangkan Harold D Lasswell (dalam Nurudin, 2004 dan Effendy, 1994:27) memaparkan fungsi komunikasi sebagai berikut:

- Penjajagan/pengawasan lingkungan (surveillance of the information) yakni penyingkapan ancaman dan kesempatan yang mempengaruhi nilai masyarakat.
- Menghubungkan bagian-bagian yang terpisahkan dari masyarakat untuk menanggapi lingkungannya
- Menurunkan warisan social dari generasi ke generasi berikutnya.

Disini, juga dijelaskan bagaimana peran komunikasi dalam kehidupan budaya masyarakat, disitu diajarkan tentang kearifan lokal yang merupakan salah satu dimensi dari desa berketahanan social yaitu mampu memelihara kearifan lokal dalam mengelola sumber daya alam dan sumber daya sosial. Dalam rangka mencapai dimensi tersebut kita perlu mengetahui apa manfaat dari kearifan local itu sendiri.

Banyak yang sepakat bahwa sesungguhnya tradisi-tradisi lokal dan kebudayaan lokal (kearifan local) sarat dengan nilai-nilai humanistik, yang jika tidak terkontaminasi dengan nilai-nilai luar masih efektif sebagai solusi konflik. Dan jika kearifan lokal tetap dipelihara ,dapat menunjang salah satu dimensi desa berketahanan social, yaitu mampu mengendalikan konflik social/ tindak kekerasan social. Oleh karena itu diperlukan komunikasi yang efektif dalam menjaga kearifan local tersebut.

Dalam kebudayaan Jawa, misalnya prinsip harmoni , hingga saat ini diduga menjadi salah satu kekuatan yang bisa meredam konflik yang eksplosif. Inilah sebabnya mengapa di wilayah subkultur Mataram kadar konflik social relative rendah meskipun secara politik dan ekonomi potensial untuk konflik.

Humaniora yang bersumber dari kearifan local semacam itu, kiranya juga dimiliki oleh setiap kebudayaan di daerah. Oleh karena itu, berbagai upaya untuk mengidentifikasi nilai-nilai lokal yang humanistik perlu dilakukan, untuk kemudian diinternalisasikan melalui pendidikan keluarga maupun pendidikan



sekolah. Reaktualisasi kearifan local semacam ini lambat laun juga akan menjadi dasar dalam etika pergaulan social. Dan oleh karena kearifan lokal itu sarat mengandung humanisme maka akan dapat terjadi *cross cutting* dalam pergaulan kebudayaan antar daerah di lingkup nasional, sebab humanisme bersifat universal. Proses ini nantinya akan menimbulkan perimpitan antar nilai dari pelbagai daerah sehingga potensial menjadi identitas kebudayaan nasional. Tetapi hanya sebatas menyatakan bahwa dua pihak sama-sama mengerti makna dari pesan yang dipertukarkan itu.

Maka dsinilah seringkali antara dua posisi ini selalu dipertemukan, yaitu sosial budaya. Karena memang disetiap ada masyarakat sosial disitu pula terbentuklah sebuah budaya, maka kedua hal ini sangat sulitlah untuk dipisahkan.

Dengan keseiringan tersebut, maka akan sangat mudah bagi masyarakat dalam memerankan dirinya untuk berinteraksi dengan sesamanya sesuai peranan fungsi komunikasi dilingkungan masyarakat tersebut. Sehingga antara social dan kebudayaan masyarakat tidak akan berjalan timpang. Melainkan sejajar dalam satu langkah. Sehingga terpadulah juga masyarakat social yang berbudaya tersebut akibat terlaksanakannya fungsi komunikasi diantanya dengan baik.

## **PEMENUHAN ASUPAN GIZI DALAM PERSALINAN**

Makanan yang disarankan dikonsumsi pada kelompok Ibu yang makan saat persalinan adalah roti, biskuit, sayuran dan buah-buahan, yogurt rendah lemak, sup, minuman isotonik dan jus buah-buahan (O'Sullivan et al, 2009). Menurut Elias (2009) Nutrisi dan hidrasi sangat penting selama proses persalinan untuk memastikan kecukupan energi dan mempertahankan keseimbangan normal cairan dan elektrolit bagi Ibu dan bayi. Cairan isotonik dan makanan ringan yang mempermudah pengosongan lambung cocok untuk awal persalinan. Jenis makanan dan cairan yang dianjurkan dikonsumsi pada Ibu bersalin adalah sebagai berikut (Champion dalam Elias,2009):  
Makanan:

- a. Apa saja yang harus diperhatikan Jika Ibu ingin makan selama proses persalian. Makan dalam porsi kecil atau mengemil setiap jam sekali saat ibu masih dalam tahap awal persalinan (KALA 1).

Ibu disarankan makan beberapa kali dalam porsi kecil karena lebih mudah dicerna daripada hanya makan satu kali tapi porsi besar.

- b. Pilih makanan yang mudah dicerna, seperti crackers, agar-agar, atau sup. Saat persalinan proses pencernaan jadi lebih lambat sehingga ibu perlu menghindari makanan yang butuh waktu lama untuk dicerna.
- c. Selain mudah dicerna, pilih makanan yang berenergi. Buah, sup dan madu memberikan energi cepat. Untuk menyimpan cadangan energy, ibu bisa pilih gandum atau pasta.
- d. Hindari makanan yang banyak mengandung lemak, goreng-gorengan atau makanan yang menimbulkan gas.

Makanan yang dianjurkan:

1. Roti atau roti panggan (rendah serat) yang rendah lemak baik diberi selai ataupun madu.
2. Sarapan sereal rendah serat dengan rendah susu.
3. Nasi tim.
4. Biskuit.
5. Yogurt rendah lemak.
6. Buah segar atau buah kaleng.

Minuman:

Selama proses persalinan jaga tubuh agar tidak kekurangan cairan.

Dehidrasi bisa mengakibatkan ibu menjadi lemah, tidak berenergi dan bisa memperlambat persalinan. Pilihan minumannya adalah:

1. Minuman yogurt rendah lemak.
2. Kaldu jernih.
3. Air mineral.
4. Minuman isotonik, mudah diserap dan memberikan energi yang dibutuhkan saat persalinan. Atau, Ibu bisa membuat sendiri dengan mencampurkan air putih dengan sedikit perasan lemon.
5. Jus buah atau smoothie buah, campurkan dengan yogurt atau pisang ke dalam smoothie untuk menambah energi.
6. Hindari minuman bersoda karena bisa membuat Ibu mual.

Ibu melahirkan harus dimotivasi untuk minum sesuai kebutuhan atau tingkat kehausannya. Jika asupan cairan Ibu tidak adekuat atau mengalami muntah, dia akan menjadi dehidrasi, terutama ketika melahirkan menjadikannya banyak berkeringat (Micklewright & Champion, 2002 dalam Thorpe et al, 2009). Salah satu gejala dehidrasi adalah kelelahan dan itu dapat mengganggu kemajuan persalinan dan menyulitkan bagi Ibu untuk lebih termotivasi dan aktif selama persalinan. Jika Ibu dapat mengikuti kecenderungannya untuk minum, maka mereka tidak mungkin mengalami dehidrasi (McCormick, 2003 dalam Thorpe et al, 2009).

Pembatasan makan dan minum pada Ibu melahirkan memberikan rasa ketidaknyamanan pada Ibu. Selain itu, kondisi gizi buruk berpengaruh terhadap lama persalinan dan tingkat kesakitan yang diakibatkannya, dan puasa tidak menjamin perut kosong atau berkurang keasamannya. Lima penelitian yang

melibatkan 3130 Ibu bersalin. Pertama penelitian membandingkan Ibu dengan pembatasan makan dan minum dengan Ibu yang diberi kebebasan makan dan minum. Kedua penelitian membandingkan antara Ibu yang hanya minum dengan Ibu yang makan dan minum tertentu. Dua penelitian lagi membandingkan Ibu yang hanya minum air mineral dengan minuman karbohidrat. Hasil penelitian menunjukkan tidak adanya kerugian atau dampak terhadap persalinan pada Ibu yang diberi kebebasan makan dan minum. Dengan demikian, Ibu melahirkan diberikan kebebasan untuk makan dan minum sesuai yang mereka kehendaki (Singata et al, 2009).

### 2.3 Pengaruh/Manfaat Asupan Makan dan Minum Selama Persalinan

#### a. Kebutuhan Energi Selama Persalinan

Tidak ada data pasti dari hasil penelitian yang menunjukkan kebutuhan energi pada Ibu yang bersalin. Namun 18 tahun yang lalu tim Investigator Walter Reed Army Medical Center mengamati kebutuhan metabolik Ibu bersalin sama dengan latihan aerobik selama terus-menerus. Sedangkan menurut American College of sport medicine menetapkan bahwa minuman karbohidrat dapat menghilangkan kelelahan pada yang latihan aerobik terus menerus, sehingga hal ini relevan pada Ibu hamil.

#### b. Ketosis

Ibu hamil rentan terhadap ketosis karena tuntutan metabolisme perkembangan janin dan perubahan hormon. Persalinan lama akan meningkatkan produksi keton, dan diperburuk dengan berpuasa. Scrutton et al (1999) melakukan penelitian secara

acak untuk mengetahui efek dari diet rendah residu sebanyak 48 orang atau hanya minum air saja sebanyak 46 orang selama persalinan, terhadap kondisi metabolik, hasil persalinan, dan volume residu lambung. Akhir persalinan kelompok yang hanya minum air putih menunjukkan kejadian ketosis yang lebih besar serta menurunnya kadar glukosa dan insulin.

Kubli et al (2002), melakukan penelitian terhadap pengaruh minuman isotonik dibandingkan dengan yang hanya minum air mineral selama persalinan secara random, pada 60 Ibu di London. Pada akhir dari kala I persalinan, pada Ibu yang hanya minum air putih mengalami keadaan ketosis dan menurunkan kadar glukosa

serum. Volume lambung, kejadian muntah dan volume muntah pada kedua kelompok sama. Tidak ada perbedaan antara kedua kelompok terhadap hasil persalinan. Namun minuman isotonik disarankan untuk menghindari terjadinya ketosis pada Ibu saat persalinan. Hal yang sama senada dengan penelitian yang dilakukan oleh Kulli, M. et al (2002) pada kelompok Ibu melahirkan yang minum cairan isotonik dan kelompok Ibu yang minum air mineral, menyatakan bahwa minuman isotonik diketahui dapat mengurangi ketosis pada Ibu dalam persalinan tanpa meningkatkan volume lambung

#### c. Hiponatremia

Hiponatremia dapat menimbulkan komplikasi kehamilan pada Ibu hamil. Hiponatremia kondisi yang ditemukan pada Ibu bersalin yang terlalu banyak minum air. Penelitian Johanssen et al (2002) dalam Nancy (2010) ditemukan 4 neonatus dan Ibu melahirkan mengalami kejang dan gangguan sistem syaraf pusat yang berhubungan dengan asupan oral Ibu selama bersalin sebanyak

4 dan 10 liter air atau jus buah selama persalinan. Terjadi peningkatan cairan ekstraseluler pada Ibu hamil dan kemampuan kompensasi cairan akut pada Ibu hamil mengalami penurunan. Sehingga Ibu dan janin mengalami penurunan yang cepat kadar natrium dalam darah. Penelitian terbaru di Swedia oleh Moen et al (2009) dalam Nancy (2010) bahwa hiponatremia ditemukan 16 dari 61 Ibu melahirkan yang minum lebih dari 2.500 ml selama persalinan. Hiponatremia dihubungkan dengan lama persalinan kala II, persalinan sesar, dan kegagalan kemajuan janin. Sehingga disarankan untuk membatasi asupan cairan tidak lebih dari 2.500 ml, dan tidak diberikan cairan hipotonik secara intravena pada Ibu bersalin. Sehingga makan dan minum dianjurkan namun tidak pula berlebihan.

#### d. Stres Persalinan

Ternyata makan dan minum saat persalinan dapat mengurangi stress pada Ibu ketika bersalin. Penelitian Penny Simpkin (1986) dalam Nancy (2010) melaporkan dari 159 Ibu bersalin, 27% Ibu yang dibatasi asupan makanan mengalami stress dan 57% Ibu bersalin mengalami stress dengan pembatasan asupan cairan. Penelitian senada dilakukan oleh Armstrong dan Johnson (2000), 149 Ibu bersalin di Scottish, 30% diantaranya memilih untuk asupan makanan ketika bersalin dan 25% diantaranya menunjukkan kepuasan terhadap proses persalinannya berlangsung.

#### e. Muntah

O'Reilly, Hoyer dan Walsh (1993) melakukan penelitian pada hubungan asupan oral terhadap kejadian muntah pada 106 Ibu bersalin. Ibu tersebut memilih sendiri jumlah dan jenis makanan yang ingin dikonsumsi. Penelitian ini diamati dari semua tahap persalinan. Pada awal persalinan 103 Ibu memilih untuk asupan makanan dan menurun hingga 50 Ibu yang tetap asupan makanan pada fase mulai aktif mendorong/persalinan. Ibu yang makan dan minum selama persalinan, 20 orang mengalami muntah dan 8 orang muntah lebih dari sekali. Muntah dikaitkan dari jumlah asupan makanan yang lebih banyak dari minum. Tidak ada hubungan antara Ibu yang mengalami muntah dan tidak, terhadap lama persalinan, dan hasil persalinan yang buruk. Scrutton et al (1999) melakukan penelitian secara acak untuk mengetahui efek dari diet rendah residu sebanyak 48 orang atau hanya minum air saja sebanyak 46 orang selama persalinan, terhadap kondisi metabolic, hasil persalinan, dan volume residu lambung. Pada kelompok Ibu yang makan semakin menurun pada fase persalinan lebih aktif. Akhir persalinan kelompok yang hanya minum air putih menunjukkan kejadian ketosis yang lebih besar serta menurunnya kadar glukosa dan insulin. Volume lambung 1 jam setelah lahir lebih besar pada kelompok Ibu yang makan. Kelompok asupan makan memiliki kemungkinan 2 kali lebih besar untuk muntah dengan volume lebih signifikan dibandingkan dengan kelompok yang hanya minum. Namun pada kelompok tersebut tidak ada perbedaan lama persalinan, penggunaan oksitosin, hasil persalinan dan jumlah AFGAR skor.

#### f. Hasil Persalinan

Scheepers et al (2002) melakukan penelitian control placebo dan menerapkan double blind di Belibu pada 100 Ibu beresiko rendah. Partisipan menerima 200 ml cairan karbohidrat atau cairan sejenis yang mengandung aspartame. Ibu yang memerlukan cairan intravena mendapatkan cairan normal saline dan tidak diijinkan mengkonsumsi makanan lain secara oral. Tidak ada data perbedaan yang signifikan terhadap kualitas hasil persalinan, atau kelahiran. Secara khusus,

keseimbangan asam-basa janin tidak berbeda antara 2 kelompok. Tranmer et al (2005), melakukan uji klinis secara acak di Kanada apakah asupan karbohidrat oral dapat menurunkan kejadian distosia pada Ibu nulipara yang beresiko rendah. Ibu kelompok intervensi (N=163 orang), menerima pedoman tentang makan dan minum selama persalinan dan didorong untuk makan dan minum sesukanya selama persalinan. Mereka mengkonsumsi makanan dan minuman apa yang mereka sukai. Ibu di kelompok pebanding (N=165) tidak mendapatkan informasi asupan makan dan minum secara oral selama persalinan dan dibatasi asupan oral kecuali air mineral dan es batu. Kejadian distosia pada kedua kelompok tidak berbeda begitu pula dengan Ibu dan bayi tidak ada perbedaan. Penelitian terbaru O'Sullivan et al (2009), pada 2.426 Ibu nulipara non diabetes, dengan prospektif random kontrol. Tingkat kelahiran spontan pervaginam sama pada dua kelompok dan tidak ada perbedaan signifikan yang diamati dari lamanya persalinan, angka kelahiran sesar, kejadian muntah dan hasil neonatal. Beberapa penelitian di atas, menjelaskan mengenai manfaat makan dan minum selama persalinan. Akan tetapi anjuran makan dan minum ini berada dalam batas ketentuan yang wajar. Karena terdapat pula dampak negatif yang tidak dapat dipungkiri dari makan dan minum selama proses persalinan ini. Seperti hiponatremia ketika Ibu mengkonsumsi air mineral lebih dari 2.500 ml selama proses persalinan. Atau keadaan muntah saat persalinan ketika Ibu berlebihan makan makanan selama persalinan. Meski demikian, dari keseluruhan penelitian yang meneliti makan dan minum selama persalinan tidak memiliki dampak negatif terhadap lama persalinan atau pun hasil persalinan yaitu bayi. Artikel ini, menganjurkan Ibu untuk tetap konsumsi makan dan minum selama persalinan, dengan makanan yang ringan rendah lemak seperti biskuit, roti, buah-buahan, yogurt, jus buah atau mengkonsumsi minuman isotonik untuk menghindari kejadian ketosis pada Ibu selama persalinan dan memberi tambahan energi dan stamina selama persalinan.

#### 2.4 Nutrisi Pasca Melahirkan/ Post Partum

Masa nifas (postpartum / puerperium) berasal dari bahasa latin, yaitu dari kata "puer" yang artinya bayi dan "parious" yang berarti melahirkan. Masa nifas merupakan masa dimulai setelah plasenta dan berakhir ketika alat kandungan kembali seperti semula sebelum hamil, yang berlangsung selama 6 – 8 minggu atau dalam agama islam disebut 40 hari (Mochtar R, 1998). Masa nifas adalah masa dimulai beberapa jam sesudah lahirnya plasenta sampai 6 minggu setelah melahirkan (Pusdiknakes, 2003 : 003). Masa nifas dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil yang berlangsung kira-kira 6 minggu (Abdul Bari, 2000 : 122). Perawatan masa nifas adalah perawatan terhadap wanita hamil yang telah selesai bersalin sampai alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil, lamanya kira-kira 6-8 minggu. Akan tetapi, seluruh alat genetalian baru pulih kembali seperti sebelum ada kehamilan dalam waktu 3 bulan. Perawatan masa nifas dimulai sebenarnya sejak kala uri dengan menghindarkan adanya kemungkinan-kemungkinan perdarahan post partum dan infeksi. Bila ada luka pada jalan lahir atau luka bekas episiotomi, lakukan penjahitan dan perawatan luka dengan sebaik-baiknya. Penolong persalinan harus tetap waspada sekurang-kurangnya 2 jam sesudah melahirkan, untuk mengatasi kemungkinan terjadinya perdarahan post partum.

Nutrisi adalah zat yang diperlukan oleh tubuh untuk keperluan metabolismenya. Kebutuhan gizi pada masa nifas terutama bila menyusui akan meningkat 25%, karena berguna untuk proses kesembuhan karena sehabis melahirkan dan untuk memproduksi air susu yang cukup untuk menyehatkan bayi semua itu akan meningkat tiga kali dari kebutuhan biasa. Nutrisi yang di konsumsi harus bermutu tinggi, bergizi dan cukup kalori. Kalori bagus untuk proses metabolisme tubuh, kerja organ tubuh, proses pembentukan ASI. Wanita dewasa memerlukan 2.200 kkal. Ibu menyusui memerlukan kalori yang sama dengan wanita dewasa + 700 kkal pada 6 bulan pertama kemudian + 500 kkal bulan selanjutnya. Menu makanan seimbang yang harus dikonsumsi adalah porsi cukup dan teratur. Ibu nifas memerlukan nutrisi dan cairan untuk pemulihan kondisi kesehatan setelah melahirkan, cadangan tenaga serta untuk memenuhi produksi air susu. Ibu nifas dianjurkan untuk memenuhi kebutuhan akan gizi sebagai berikut:

1. Mengonsumsi makanan tambahan, kurang lebih 500 kalori tiap hari
2. Makan dengan diet gizi seimbang untuk memenuhi kebutuhan karbohidrat, protein, lemak, vitamin, dan mineral
3. Minum sedikitnya 3 liter setiap hari
4. Mengonsumsi tablet besi selama 40 hari post partum
5. Mengonsumsi vitamin A 200.000 intra unit

Zat-zat yang dibutuhkan ibu pasca melahirkan antara lain:

#### Kalori

Kebutuhan kalori pada masa menyusui sekitar 400-500 kalori. Wanita dewasa memerlukan 1800 kalori per hari. Sebaiknya ibu nifas jangan mengurangi kebutuhan kalori, karena akan mengganggu proses metabolisme tubuh dan menyebabkan ASI rusak.

#### Protein

Kebutuhan protein yang dibutuhkan adalah 3 porsi per hari. Satu protein setara dengan tiga gelas susu, dua butir telur, lima putih telur, 120 gram keju, 1  $\frac{3}{4}$  gelas yoghurt, 120-140 gram ikan/daging/unggas, 200-240 gram tahu atau 5-6 sendok selai kacang.

#### Kalsium dan vitamin D

Kalsium dan vitamin D berguna untuk pembentukan tulang dan gigi. Kebutuhan kalsium dan vitamin D didapat dari minum susu rendah kalori atau berjemur di pagi hari. Konsumsi kalsium pada masa menyusui meningkat menjadi 5 porsi per hari. Satu setara dengan 50-60 gram keju, satu cangkir susu krim, 160 gram ikan salmon, 120 gram ikan sarden, atau 280 gram tahu kalsium.

#### Magnesium

Magnesium dibutuhkan sel tubuh untuk membantu gerak otot, fungsi syaraf dan memperkuat tulang. Kebutuhan magnesium didapat pada gandum dan kacang-kacangan.

#### Sayuran hijau dan buah

Kebutuhan yang diperlukan sedikitnya tiga porsi sehari. satu porsi setara dengan 1/8 semangka, 1/4 mangga, 3/4 cangkir brokoli, 1/2 wortel, 1/4-1/2 cangkir sayuran hijau yang telah dimasak, satu tomat.

#### Karbohidrat kompleks

Selama menyusui, kebutuhan karbohidrat kompleks diperlukan enam porsi per hari. Satu porsi setara dengan 1/2 cangkir nasi, 1/4 cangkir jagung pipil, satu porsi

sereal atau oat, satu iris roti dari bijian utuh, ½ kue muffin dari bijian utuh, 2-6 biskuit kering atau crackers, ½ cangkir kacang-kacangan, 2/3 cangkir kacang koro, atau 40 gram mi/pasta dari bijian utuh.

#### Lemak

Rata-rata kebutuhan lemak dewasa adalah 41/2 porsi lemak (14 gram perporisi) perharinya.

Satu porsi lemak sama dengan 80 gram keju, tiga sendok makan kacang tanah atau kenari, empat sendok makan krim, secangkir es krim, ½ buah alpukat, dua sendok makan selai kacang, 120-140 gram daging tanpa lemak, sembilan kentang goreng, dua iris cake, satu sendok makan mayones atau mentega, atau dua sendok makan saus salad.

#### Garam

Selama periode nifas, hindari konsumsi garam berlebihan. Hindari makanan asin seperti kacang asin, keripik kentang atau acar.

#### Cairan

Konsumsi cairan sebanyak 8 gelas per hari. Minum sedikitnya 3 liter tiap hari. Kebutuhan akan cairan diperoleh dari air putih, sari buah, susu dan sup.

#### Vitamin

Kebutuhan vitamin selama menyusui sangat dibutuhkan. Vitamin yang diperlukan antara

lain:

1. Vitamin A yang berguna bagi kesehatan kulit, kelenjar serta mata. Vitamin A terdapat dalam telur, hati dan keju. Jumlah yang dibutuhkan adalah 1,300 mcg.
2. Vitamin B6 membantu penyerapan protein dan meningkatkan fungsi syaraf. Asupan vitamin B6 sebanyak 2,0 mg per hari. Vitamin B6 dapat ditemui di daging, hati, padi-padian, kacang polong dan kentang.
3. Vitamin E berfungsi sebagai antioksidan, meningkatkan stamina dan daya tahan tubuh. Terdapat dalam makanan berserat, kacang-kacangan, minyak nabati dan gandum.

#### Zinc (Seng)

Berfungsi untuk kekebalan tubuh, penyembuhan luka dan pertumbuhan.

#### Kebutuhan Zinc

didapat dalam daging, telur dan gandum. Enzim dalam pencernaan dan metabolisme memerlukan seng. Kebutuhan seng setiap hari sekitar 12 mg. Sumber seng terdapat pada seafood, hati dan daging.

#### DHA

DHA penting untuk perkembangan daya lihat dan mental bayi. Asupan DHA berpengaruh

langsung pada kandungan dalam ASI. Sumber DHA ada pada telur, otak, hati dan ikan.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Jaringan Nasional Pelatihan Klinik Kesehatan Reproduksi (JNPK-KR). Buku Acuan Asuhan Persalinan Normal. Jakarta : JNPK-KR, Maternal & Neonatal Care, Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2002
2. Depkes, 2001, Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Material dan Neonatal, Yayasan Bina Pustaka, Jakarta
3. Azrul Azwar, 1996, Pengantar Administrasi Kesehatan, Edisi Ketiga, Binarupa Aksara, Jakarta, halaman; 44-74
4. Sweet R. Betty, 2000, Mayes' Midwifery. A Text book for Midwives, Bailliere Tindal London Philadelphie Toronto Sydney Tokyo
5. Tjiptono, S, 1998, Total Quality Manajemen
6. Depkes RI 1999, Program Jaminan Mutu, Dirjen Binkesmas Jakarta.
7. Wiyono, Dj (1999) Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan : Teori, Strategi dan Aplikasi, Universitas Airlangga, Surabaya.
8. Depkes RI, 2001, Buku Standar Pelayanan Kebidanan, Jakarta
9. Depkes, Quality Assurance
10. Standar for the practice of Midwifery
11. Mulyana, Deddy. 2004. Ilmu Komunikasi Suatu Pengantar. Bandung:Remaja Rosdakarya.
12. Mulyana, Deddy. 2004. Komunikasi Populer, Kajian Komunikasi dan Budaya. Bandung: Pustaka Bani Quraisy.
13. Ngurah Putra, IG. "Perkembangan Ilmu Komunikasi di Indonesia, Catatan di Sekitar Kendala"
14. Uchjana Effendy, Onong. 1994. Ilmu Komunikasi: Teori dan Praktek. Bandung: Remaja Rosdakarya
15. Ambarwati, 2008. Asuhan Kebidanan Nifas. Yogyakarta: Mitra Cendikia. (hlm: 97-115).
16. Saleha, 2009. Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas. Jakarta: Salemba Medika (hlm: 71-76).



17. Suherni, 2007. Perawatan Masa Nifas. Yogyakarta: Fitramaya. (hlm: 101-118).
18. <http://nutrisiuntukbangsa.org/gizi-yang-perlu-ibu-tau-selamapersalinan2/#sthash.4OZNT01Z.dpuf>
19. <http://www.ayahbunda>.