

ASUHAN PADA IBU BERSALIN (ASKEB II)

OLEH : **ELFINARIA GIRMAN, B.BT., MKM**
BALQALINA Y.G., B.BT., MKM



Asuhan Pada Ibu Bersalin (Askeb II)

Penulis : Elpinaria Girsang, SST., MKM

Salsalina Y.G, S.ST., MKM

ISBN : 978-623-92014-8-7

Editor : Normalisari, S.Kom

Penyunting : Magdalena Agu Yosali, S.ST., M.K.M

Penerbit : AKBID Wijaya Husada Bogor

Redaksi : Jl. Letjend Ibrahim Adjie No. 180, Sindang Barang, Bogor

Telp. (0251) 8327396

Email : wijayahusadaakd@gmail.com

Cetakan Pertama, 2020

Hak Cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan dengan cara apapun tanpa ijin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Rasa syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan kasih dan berkat karunia-Nya sehingga buku ini dapat diselesaikan.

Penyusunan buku ajar ini merupakan salah satu upaya AKBID Wijaya Husada Bogor dalam meningkatkan kualitas proses pembelajaran sehingga lebih baik, sehingga mudah dipahami untuk melengkapi materi yang berkaitan dengan promosi kesehatan.

Dalam penyusunan buku ini, kami banyak dibantu oleh teman seprofesi baik dalam lingkungan kampus AKBID Wijaya Husada Bogor maupun dari pihak luar. Penulis mengucapkan terima kasih kepada Direktur AKBID Wijaya Husada Bogor beserta seluruh karyawan dan staf dosen AKBID Wijaya Husada Bogor, yang telah memberikan dukungan sehingga buku ini dapat tersusun.

Penyusun menyadari bahwa buku ini masih jauh dari sempurna. Untuk itu saran yang membangun sangat kami harapkan guna perbaikan buku ini..

Akhir kata, berbagai saran dan kritik yang membangun akan selalu penulis harapkan.

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR ISI	iii
TINJAUAN MATA KULIAH	1
A. Deskripsi Singkat Mata Kuliah	1
B. Kegunaan/ Manfaat Mata Kuliah	1
C. Standar Kompetensi Mata Kuliah	1
D. Susunan Urutan Bahan Ajar	2
E. Petunjuk Bagi Mahasiswa	2
BAB I KONSEP DASAR ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU DALAM MASA	
PERSALINAN	3
A. Deskripsi Singkat	3
B. Relevansi	3
C. Tujuan Instruksional Khusus (Kompetensi Dasar)	3
D. Materi	4
a. Uraian.....	4
b. Pengertian Persalinan	4
c. Sebab – sebab Mulainya Persalinan	5
d. Tahapan Persalinan	6
e. Tujuan dan Prinsip Asuhan Persalinan	7
f. Tanda dan Gejala Persalinan	11
Daftar Pustaka	14
BAB II FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERSALINAN	15
A. Deskripsi Singkat	15
B. Manfaat	15
C. Tujuan Pembelajaran	15
D. Materi	16
1. Uraian materi	16

a. Power	16
b. Passage	19
c. Passanger	22
d. Psikis Ibu	30
e. Penolong	31
Daftar Pustaka	32
BAB III PROSES ADAPTASI FISIOLOGI DAN PSIKOLOGI PERSALINAN	33
A. Deskripsi Singkat	33
B. Manfaat	33
C. Tujuan Pembelajaran	33
D. Materi	34
1. Perubahan Fisiologis dan Psikologis Pada Kala I	34
a. Perubahan fisiologis	34
b. Perubahan Psikologis	35
c. Pemenuhan kebutuhan fisik dan psikologis ibu dan keluarga	36
2. Perubahan Fisiologis dan Psikologis Pada Kala II	37
a. Perubahan fisiologis	37
b. Perubahan Psikologis	39
c. Asuhan Sayang Ibu Kala II	40
3. Perubahan Fisiologis dan Psikologis Pada Kala III	42
a. Perubahan fisiologis	42
b. Perubahan Psikologis	43
4. Perubahan Fisiologis dan Psikologis Pada Kala IV	43
a. Perubahan fisiologis	43
b. Perubahan Psikologis	44
Daftar Pustaka	45
BAB IV KEBUTUHAN DASAR IBU BERSALIN	46
A. Deskripsi Singkat	46
B. Manfaat	46
C. Tujuan Pembelajaran	46
D. Materi	47

KEBUTUHAN NUTRISI PADA IBU HAMIL	47
a. Kebutuhan imunisasi pada ibu hamil	47
b. Kebutuhan Personal Hygiene Cuci tangan	47
c. Mencegah Penyebaran Penyakit	47
d. Keseluruhan kebersihan tubuh	48
e. Vaginal Hygiene	48
f. Kebersihan payudara	48
g. Sikat Gigi	49
h. Kebutuhan Eliminasi	49
Daftar Pustaka	52
BAB V ASUHAN KEBIDANAN KALA I	53
A. Deskripsi Singkat	53
B. Manfaat	53
C. Tujuan Pembelajaran	53
D. Materi	54
1. kala 1 persalinan	54
Fase Kala I Persalinan	54
Persiapan	54
Asuhan Sayang Ibu	55
Yang tidak dianjurkan	55
Mengosongkan kandung kemih	55
Anamnesis/wawancara	56
Periksa abdomen	56
Periksa dalam (PD)	56
Riwayat yang harus diperhatikan	57
Partograf	57
BAB VI ASUHAN KEBIDANAN KALA II	58
A. Deskripsi Singkat	58
B. Manfaat	58
C. Tujuan Pembelajaran	58
D. Materi	58

1. Asuhan Sayang Ibu kala II	58
Posisi Meneran Kala II	60
BAB VII ASUHAN KEBIDANAN KALA III	61
A. Deskripsi Singkat	61
B. Manfaat	61
C. Tujuan Pembelajaran	61
D. Materi	62
Kala III (Pengeluaran Plasenta)	62
1. Perubahan Fisiologis Kala III	62
2. Penatalaksanaan Fisiologis Kala III	62
3. Asuhan Persalinan Kala III	63
BAB VIII ASUHAN KEBIDANAN KALA IV	64
A. Deskripsi Singkat	64
B. Manfaat	64
C. Tujuan Pembelajaran	64
D. Materi	65
Kala IV (Observasi)	65
1. Asuhan Kala IV Persalinan	65
BAB IX DETEKSI DINI KOMPLIKASI PERSALINAN DAN CARA	
PENANGANANNYA	67
1. Konsep dasar kegawatdaruratan maternal	67
a. Pengertian Kegawatdaruratan	67
b. Tujuan	67
c. Ruang lingkup	67
2. Kegawatdaruratan Neonatal	69
a. Pengertian	69
b. Tujuan	69
c. Ruang lingkup Ruang lingkup kegawatdaruratan neonatal	69
PRINSIP PENANGANAN KEGAWATDARURATAN MATERNAL NEONATAL ..	70
1. Sistem rujukan kasus neonatal	70
a. Pengertian Sistem rujukan	70

b. Tujuan	70
c. Pelaksanaan Sesuai dengan pembagian tingkat perawatan maka unit perawatan bayi baru lahir	71
d. Mekanisme rujukan	71
KONDISI MATERNAL NEONATAL BERISIKO KEGAWATDARURATAN	73
1. Infeksi akut	73
a. Definisi Kasus	73
b. Infeksi akut dan sepsis Infeksi akut	73
c. Diagnose	73
d. Penanganan	73
2. Kasus perdarahan hamil muda dalam obstetric	74
3. ABORTUS	74
4. Kasus persarahan post partum dalam obstetric	75
1) Retensio plasenta	75
2) Atonia uteri	76
3) Inversio uteri	81
5. Kelainan pembekuan darah	86
a. Pengertian Hemofilia	86
b. Jenis Hemofilia	86
c. Penyebab Hemofilia	87
d. Gejala dan Tanda hemophilia	88
6. Kasus hipertensi dalam kehamilan dan persalinan	88
1) Pre eklamsia	88
2) Eklamsia	91
7. Kasus persalinan macet/distosia bahu	96
a. Pengertian Ketidakmampuan melahirkan bahu pada persalinan normal	96
b. Faktor resiko distosia bahu	96
c. Penatalaksanaan	97
d. Penyuli Pada ibu	99
BAB X PENDOKUMENTASIAN	100
TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM	100

TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS	100
MATERI	100
DOKUMENTASI DALAM ASUHAN KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN	101
PENDAHULUAN	101
PENGERTIAN	101
PENDOKUMENTASIAN	102
TUJUAN DOKUMENTASI	103
PRINSIP-PRINSIP PENCATATAN / DOKUMENTASI	105
A. ISI PENCATATAN	105
B. TEKNIK PENCATATAN	105
C. JENIS-JENIS PENCATATAN	106
CATATAN PERKEMBANGAN PASEN (SUSUNAN PENCATATAN)	108
1. S O A P	108
2. S O A P I E R	109
KESIMPULAN	111
EVALUASI	111
DAFTAR PUSTAKA	111
LAMPIRAN-LAMPIRAN	112

TINJAUAN MATA KULIAH

A. Deskripsi Singkat Mata Kuliah

Mata kuliah ini memberikan kemampuan kepada mahasiswa untuk memberikan Askeb pada ibu dalam persalinan dengan pendekatan manajemen kebidanan didasari konsep-konsep, sikap dan keterampilan serta hasil evidence based dengan pokok bahasan konsep dasar persalinan, beberapa faktor yang mempengaruhi persalinan, proses adaptasi psikologi dalam persalinan, kebutuhan dasar pada ibu dalam proses persalinan, asuhan pada setiap kala persalinan, deteksi dini komplikasi persalinan dan cara penangannya, askeb pada bayi segera setelah lahir, cara pendokumentasian asuhan masa persalinan.

B. Kegunaan/ Manfaat Mata Kuliah

Mata Kuliah Asuhan Kebidanan II (Persalinan) merupakan kompetensi utama bagi seorang bidan dan dapat digunakan sebagai bekal untuk menerapkan asuhan kebidanan, khususnya asuhan persalinan dalam aplikasi klinis saat praktik keterampilan, klinik kebidanan maupun pelayanan kebidanan saat telah lulus.

C. Standar Kompetensi Mata Kuliah

Standar kompetensi mata kuliah asuhan kebidanan dalam masa persalinan yaitu :

1. Menjelaskan konsep dasar asuhan kebidanan pada ibu dalam masa persalinan
2. Menjelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan
3. Menjelaskan proses adaptasi fisiologi dan psikologi dalam masa persalinan
4. Menyebutkan kebutuhan dasar ibu dalam proses persalinan
5. Menjelaskan asuhan persalinan kala I
6. Menjelaskan asuhan ibu bersalin pada kala II
7. Menjelaskan asuhan ibu bersalin pada kala III
8. Menjelaskan asuhan pada ibu bersalin pada kala IV

9. Menjelaskan deteksi dini komplikasi persalinan dan cara penanganannya
10. Menjelaskan asuhan kebidanan bayi baru lahir

D. Susunan Urutan Bahan Ajar

- Bab I Konsep Dasar Asuhan Persalinan
- Bab II Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan
- Bab III Proses Adaptasi Fisiologis dan Psikologis Persalinan
- Bab IV Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin
- Bab V Asuhan Kebidanan Kala I
- Bab VI Asuhan Kebidanan Kala II
- Bab VII Asuhan Kebidanan Kala III
- Bab VIII Asuhan Kebidanan Kala IV
- Bab XI Deteksi Dini Komplikasi Persalinan dan Cara Penanganannya
- Bab X Pendokumentasian Asuhan

E. Petunjuk Bagi Mahasiswa

1. Sebelum anda mempelajari isi bab ini, terlebih dahulu baca baik - baik deskripsi materi yang ada pada awal bab ini.
2. Sesudah itu, mulailah pelajari isi bab ini dan rangkumannya dengan cermat.
3. Diskusikan dengan teman - teman anda permasalahan yang masih belum jelas dan apabila ada kesulitan jangan malu untuk menanyakan kepada pengajar atau pembimbing.
4. Apabila semua tugas telah selesai didiskusikan, kerjakan semua soal latihan yang telah ada pada lembar tersendiri dan jangan melihat jawaban.
5. Setelah menjawab pertanyaan itu, Kemudian cocokkan jawaban anda dengan kunci jawaban yang telah tersedia.
6. Ukurlah sendiri kemampuan anda dalam menjawab soal - soal yang ada. Hasil jawaban anda menunjukkan pencapaian tujuan pembelajaran yang telah ditetapkan.

BAB I
KONSEP DASAR ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU
DALAM MASA PERSALINAN

A. Deskripsi Singkat

Asuhan kebidanan pada ibu bersalin merupakan kompetensi utama bidan, untuk itu mahasiswa harus menguasai materi yang dibahas pada bab ini dengan benar. Materi lain yang disarankan untuk dipelajari guna menunjang pemahaman mengenai konsep dasar asuhan persalinan antara lain anatomi dan fisiologi sistem reproduksi wanita. Materi tersebut dapat diperoleh melalui gambar – gambar maupun phantom yang tersedia di laboratorium kebidanan.

B. Relevansi

Setelah mempelajari bab ini, diharapkan mahasiswa dapat memahami tentang konsep dasar dalam masa persalinan yang meliputi pengertian persalinan, sebab – sebab dimulainya persalinan, tanda – tanda persalinan dan tujuan asuhan persalinan. Materi ini perlu dipahami seorang bidan agar nantinya bidan dapat melakukan asuhan kebidanan dalam masa persalinan dengan tepat.

C. Tujuan Instruksional Khusus (Kompetensi Dasar)

Kompetensi Dasar :

Mahasiswa mampu Menjelaskan konsep dasar asuhan kebidanan pada ibu dalam masa persalinan

Indikator :

1. Menjelaskan pengertian persalinan
2. Menyebutkan sebab - sebab mulainya persalinan
3. Menjelaskan tahapan persalinan (kala I, II, III, IV)
4. Menjelaskan tujuan asuhan persalinan
5. Menyebutkan tanda-tanda persalinan

D. Materi

A. Uraian

Tujuan pembelajaran dari materi yang diuraikan pada bab ini adalah :

1. Mahasiswa dapat menjelaskan pengertian persalinan
2. Mahasiswa dapat menjelaskan sebab – sebab persalinan
3. Mahasiswa dapat menyebutkan tahapan proses persalinan
4. Mahasiswa dapat menjelaskan tujuan asuhan kebidanan pada persalinan
5. Mahasiswa dapat menyebutkan tanda dan gejala persalinan

Dengan demikian bahasan pada bab ini merupakan landasan bagi mahasiswa dalam mempelajari bab – bab selanjutnya dari asuhan kebidanan persalinan di setiap tahapannya.

Mengingat pentingnya konsep dasar asuhan persalinan dalam menyiapkan mahasiswa untuk menguasai materi pada bab – bab berikutnya, maka pada bab ini akan dijelaskan pokok – pokok materi konsep dasar asuhan persalinan yang meliputi: (1) Pengertian persalinan, (2) Sebab – sebab mulainya persalinan, (3) Tahapan proses persalinan, (4) Tujuan asuhan persalinan, (5) Tanda dan gejala persalinan.

B. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah suatu proses perneluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang dapat hidup ke dunia luar dari rahim melalui jalan lahir atau jalan lain. Adapun menurut proses berlangsungnya persalinan dibedakan sebagai berikut :

1. Persalinan spontan

Bila persalinan berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri, melalui jalan lahir ibu tersebut.

2. Persalinan buatan

Bila persalinan dibantu dengan tenaga dari luar misalnya ekstraksi forceps, atau dilakukn operasi Sectio Caesaria.

3. Persalinan anjuran

Persalinan yang tidak dimulai dengan sendirinya tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban, pemberian pitocin atau prostaglandin.

Istilah – istilah yang berkaitan dengan persalinan berdasarkan tuanya umur kehamilan dan berat badan bayi :

1. Abortus

Pengeluaran buah kehamilan sebelum kehamilan 22 minggu atau bayi dengan berat badan kurang dari 500 gr.

2. Partus immaturus

Pengeluaran buah kehamilan antara 22 minggu dan 28 minggu atau bayi dengan berat badan antara 500 gram dan 999 gram.

3. Partus prematurus

Pengeluaran buah kehamilan antara 28 minggu dan 37 minggu atau bayi dengan berat badan antara 1000 gram dan 2499 gram

4. Partus maturus atau aterm

Pengeluaran buah kehamilan antara 37 minggu dan 42 minggu atau bayi dengan berat badan antara 2500 gram atau lebih

5. Partus postmaturus atau serotinus

Pengeluaran buah kehamilan setelah 42 minggu.

C. Sebab – sebab Mulainya Persalinan

1. Penurunan kadar progesterone

1 – 2 minggu sebelum persalinan di mulai terjadi penurunan kadar hormone estrogen dan progesterone. Progesterone bekerja sebagai penenang otot – otot polos rahim dan akan menyebabkan kekejangan pembuluh darah sehingga timbul his bila kadar progesterone menurun

2. Teori oxytocin

Pada akhir kehamilan kadar oxytocin bertambah. Oleh karena itu timbul kontraksi otot – otot rahim.

3. Keregangan otot – otot

Seperti halnya dengan kandung kencing dan lambung bula dindingnya teregang oleh karena isinya bertambah maka timbul kontraksi untuk mengeluarkan isinya. Demikian pula dengan rahim, maka dengan majunya kehamilan makin teragang otot – otot rahim makin rentan

4. Pengaruh janin

Hypofise dan kelenjar suprarenal janin rupa – rupanya juga memegang peranan oleh karena pada anencepalus kehamilan sering lebih lama dari biasa.

5. Teori prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan desidua, disangka menjadi salah satu sebab permulaan persalinan. Hasil dari percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin F2 atau E2 yang diberikan secara intravena, intra dan extraminal menimbulkan kontraksi myometrium pada setiap umur kehamilan. Hal ini juga disokong dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi baik dalam air ketuban maupun darah perifer pada ibu – ibu hamil sebelum melahirkan atau selama persalinan.

D. Tahapan Persalinan

1. Kala I

Persalinan kala I atau kala pembukaan adalah periode persalinan yang dimulai dari his persalinan yang pertama sampai pembukaan cervix menjadi lengkap (Yanti, 2010).

Berdasarkan kemajuan pembukaan maka Kala I dibagi menjadi :

- a. Fase Latent, yaitu fase pembukaan yang sangat lambat ialah dari 0 sampai 3 cm yang membutuhkan waktu 8 jam
- b. Fase Aktif, yaitu fase pembukaan yang lebih cepat membutuhkan waktu 6 jam yang terbagi lagi menjadi :
 - 1) Fase Accelerasi (fase percepatan), dari pembukaan 3 cm sampai 4 cm yang dicapai dalam 2 jam
 - 2) Fase Dilatasi Maksimal, dari pembukaan 4 cm sampai 9 cm yang dicapai dalam 2 jam
 - 3) Fase Decelerasi (kurangnya kecepatan), dari pembukaan 9 cm sampai 10 cm yang dicapai dalam 2 jam (Yanti, 2010)

2. Kala II

Kala II atau Kala Pengeluaran adalah periode persalinan yang dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai lahirnya bayi (Yanti, 2010). Proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida. Pada kala ini his lebih cepat dan

kuat, kurang lebih 2-3 menit sekali. Dalam kondisi normal kepala janin sudah masuk dalam rongga panggul (Sumarah, dkk, 2009).

3. Kala III

Kala III atau Kala Uri adalah periode persalinan yang dimulai dari lahirnya bayi sampai lahirnya plasenta. Berlangsung tidak lebih dari 30 menit (Yanti, 2010). Setelah bayi lahir uterus teraba keras dan fundus uteri agak diatas pusat. Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya (Prawirohardjo, 2008).

4. Kala IV

Kala IV merupakan masa 1-2 jam setelah plasenta lahir. Dalam Klinik, atas pertimbangan-pertimbangan praktis masih diakui adanya Kala IV persalinan meskipun masa setelah plasenta lahir adalah masa dimulainya masa nifas (puerperium), mengingat pada masa ini sering timbul perdarahan (Yanti, 2010).

Observasi yang harus dilakukan pada Kala IV adalah :

- a. Tingkat kesadaran ibu bersalin
- b. Pemeriksaan TTV : TD, Nadi, Suhu, Respirasi
- c. Kontraksi Uterus
- d. Terjdinya perdarahan

Perdarahan dianggap masih normal jika jumlahnya tidak melebihi 400 sampai 500 cc

- e. Isi kandung kemih (Saifuddin, 2008).

E. Tujuan dan Prinsip Asuhan Persalinan

Tujuan asuhan persalinan normal yaitu mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat optimal. Dengan pendekatan pendekatan seperti ini berarti bahwa setiap intervensi yang akan diaplikasikan dalam asuhan persalinan normal harus mempunyai alasan dan bukti ilmiah yang kuat tentang manfaat intervensi tersebut bagi kemajuan dan keberhasilan proses persalinan.

Praktek-praktek pencegahan yang akan dijelaskan pada asuhan persalinan normal meliputi:

1. Mencegah infeksi secara konsisten dan sistematis
2. Memberikan asuhan rutin dan pemantauan selama persalinan dan setelah bayi lahir, termasuk penggunaan partograf
3. Memberikan asuhan sayang ibu secara rutin selama persalinan, pasca persalinan dan nifas
4. Menyiapkan rujukan ibu bersalin atau bayinya
5. Menghindari tindakan-tindakan berlebihan atau berbahaya
6. Penatalaksanaan aktif kala III secara rutin
7. Mengasuh bayi baru lahir
8. Memberikan asuhan dan pemantauan ibu dan bayinya
9. Mengajarkan ibu dan keluarganya untuk mengenali secara dini bahaya yang mungkin terjadi selama masa nifas pada ibu dan bayinya.
10. Mendokumentasikan semua asuhan yang telah diberikan.

Ada lima aspek dasar atau LIMA BENANG MERAH, yang penting dan saling terkait dalam asuhan persalinan yang bersih dan aman. Berbagai aspek tersebut melekat pada setiap persalinan, baik normal maupun patologis. LIMA BENANG MERAH tersebut adalah:

1. Membuat keputusan klinik

Membuat keputusan klinik adalah proses pemecahan masalah yang akan digunakan untuk merencanakan arahan bagi ibu dan bayi baru lahir. Tujuh langkah dalam membuat keputusan klinik:

- a. Pengumpulan data utama dan relevan untuk membuat keputusan
- b. Menginterpretasikan data dan mengidentifikasi masalah
- c. Membuat diagnosis atau menentukan masalah yang terjadi
- d. Menilai adanya kebutuhan dan kesiapan intervensi untuk mengatasi masalah
- e. Menyusun rencana pemberian asuhan atau intervensi untuk solusi masalah
- f. Memantau dan mengevaluasi efektifitas asuhan atau intervensi

2. Asuhan sayang ibu dan sayang bayi

Asuhan sayang ibu adalah asuhan dengan prinsip saling menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Salah satu prinsip dasarnya adalah mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Perhatian dan dukungan kepada ibu selama proses persalinan akan mendapatkan rasa aman dan keluaran yang lebih baik. Juga

mengurangi jumlah persalinan dengan tindakan (ekstraksi vakum, cunam dan seksio sesar) dan persalinan akan berlangsung lebih cepat Asuhan sayang ibu dalam proses persalinan :

- a. Memanggil ibu sesuai namanya, menghargai dan memperlakukannya sesuai martabatnya
- b. Menjelaskan asuhan dan perawatan yang akan diberikan pada ibu sebelum memulai asuhan tersebut
- c. Menjelaskan proses persalinan kepada ibu dan keluarganya
- d. Mengajarkan ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut atau kuatir
- e. Mendengarkan dan menanggapi pertanyaan dan kekhawatiran ibu
- f. Memberikan dukungan, membesarkan hatinya dan menenteramkan perasaan ibu beserta anggota keluarga yang lain
- g. Menganjurkan ibu untuk ditemani suaminya dan/atau anggota keluarga yang lain selama persalinan dan kelahiran bayinya
- h. Mengajarkan suami dan anggota keluarga mengenai cara memperhatikan dan mendukung ibu selama persalinan dan kelahiran bayinya
- i. Melakukan pencegahan infeksi yang baik secara konsisten
- j. Menghargai privasi ibu
- k. Menganjurkan ibu untuk mencoba berbagai posisi selama persalinan dan kelahiran bayi
- l. Menganjurkan ibu untuk minum cairan dan makan makanan ringan bila ia menginginkannya
- m. Menghargai dan membolehkan praktek-praktek tradisional yang tidak member pengaruh yang merugikan
- n. Menghindari tindakan berlebihan dan mungkin membahayakan (episiotomi, pencukuran, dan klisma)
- o. Menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya sesegera mungkin
- p. Membantu memulai pemberian ASI dalam 1 jam pertama setelah kelahiran bayi
- q. Menyiapkan rencana rujukan (bila perlu)
- r. Mempersiapkan persalinan dan kelahiran bayi dengan baik, bahan-bahan, perlengkapan dan obat-obatan yang diperlukan. Siap melakukan resusitasi bayi baru lahir pada setiap kelahiran bayi

3. Pencegahan infeksi Prinsip –prinsip pencegahan infeksi:
 - a. Setiap orang harus dianggap dapat menularkan penyakit
 - b. Setiap orang harus dianggap beresiko terkena infeksi
 - c. Permukaan benda di sekitar kita, peralatan atau benda-benda lainnya yang akan dan telah bersentuhan dengan permukaan kulit yang tak utuh, lecet selaput mukosa atau darah harus dianggap terkontaminasi , sehingga harus diproses secara benar
 - d. Jika tidak diketahui apakah permukaan, peralatanatau benda lainnya telah diproses maka semua itu harus dianggap masih terkontaminasi
 - e. Resiko infeksi tidak tidak bias dihilangkan secara total, tapi dapat dikurangi hingga sekecil mungkin dengan menerapkan tindakan-tindakan pencegahan infeksi secara benar dan konsisten.
4. Pencatatan (rekam medis) Aspek-aspek penting dalam pencatatan :
 - a. Tanggal dan waktu asuhan tersebut diberikan
 - b. Identifikasi penolong persalinan
 - c. Paraf atau tandatangan (dari penolong persalinan) pada semua catatan
 - d. Mencakup informasi yang berkaitan secara tepat,dicatat dengan jelas dan dapat dibaca
 - e. Ketersediaan sistem penyimpanan catatan atau data pasien
 - f. Kerahasiaan dokumen-dokumen medis
5. Rujukan Meskipun sebagian besar ibu menjalani persalinan normal namun sekitar 10-15 % diantaranya akan mengalami masalah selama proses persalinan dan kelahiran sehingga perlu dirujuk ke fasilitas kesehatan rujukan. Sangatlah sulit menduga kapan penyulit akan terjadi sehingga kesiapan merujuk ibu dan/atau bayinya ke fasilitas kesehatan rujukan secara optimal dan tepat waktu jika penyulit terjadi. Setiap tenaga penolong / fasilitas pelayanan harus mengetahui lokasi fasilitas tujuan terdekat yang mampu melayani kegawatdaruratan obstetri dan bayi baru lahir. Hal-hal yang penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu :
 - a. Bidan
 - b. Alat
 - c. Keluarga
 - d. Surat
 - e. Obat

- f. Kendaraan
- g. Uang
- h. Darah

F. Tanda dan Gejala Persalinan

Ada sejumlah tanda dan gejala peringatan yang akan meningkatkan kesiagaan bahwa seorang wanita sedang mendekati waktu bersalin. Wanita tersebut akan mengalami berbagai kondisi berikut, mungkin semua atau malah tidak sama sekali. Dengan meningat tanda dan gejala tersebut, akan terbantu ketika menangani wanita yang sedang hamil tua sehingga dapat memberikan konseling dan bimbinganantisipasi yang tepat. Tanda dan gejala menjelang persalinan antara lain:

a. Lightening

Lightening, yang dimulai dirasa kira-kira dua minggu sebelum persalinan, adalah penurunan bagian presentasi bayi ke dalam pelvis minor. Pada presentasi sefalik, kepala bayi biasanya menancap (engaged) setelah lightening, yang biasanya oleh wanita awam disebut “kepala bayi sudah turun”. Sesak napas yang dirasakan sebelumnya selama trimester III akan berkurang, penurunan kepala menciptakan ruang yang lebih besar di dalam abdomen atas untuk ekspansi paru.

Lightening menimbulkan perasaan tidak nyaman yang lain akibat tekanan pada bagian presentasi pada struktur di area pelvis minor. Hal-hal spesifik berikut akan dialami ibu:

1. Ibu jadi sering berkemih
2. Perasaan tidak nyaman akibat tekanan panggul yang menyeluruh, yang membuat ibu merasa tidak enak dan timbul sensasi terus menerus bahwa sesuatu perlu dikeluarkan atau perlu defekasi
3. Kram pada tungkai yang disebabkan oleh tekanan bagian presentasi pada saraf yang menjalar melalui foramina iskiadika mayor dan menuju tungkai
4. Peningkatan statis vena yang menghasilkan edema dependen akibat tekanan bagian presentasi pada pelvis minor menghambat aliran balik darah dari ekstremitas bawah. Lightening menyebabkan kan tunggu fundus menurun ke posisi yang sama dengan posisi fundus pada usia kehamilan 8 bulan. Pada kondisi ini Bidan tidak dapat lagi melakukan

pemeriksaan ballotte pada kepala janin yang mengalami yang sebelumnya dapat digerakkan di atas simpisis pada palpasi abdomen. Pada Leopold IV jari jari Bidan yang sebelumnya merapat sekarang akan memisah lebar. Pada primigravida biasanya lightening terjadi sebelum persalian. Hali ini kemungkina disebabkan peningkatan peningkatan intensitas kontraksi Braxton hicks dan tonus otot abdomen yang baik, yang memang lebih sering ditemukan pada primigravida

b. Pollakisuria

Pada aksir bulan ke 9 hasil pemeriksaan didapatkan epigastrium kendor, fundus uteri lebih rendah dari pada kedudukannya dan kepala janin sudah mulai masuk ke dalam pintu atas panggul. Keadaan ini meyebabkan kandung kencing tertekan sehingga merangsang ibu untuk sering kencing

c. False labor

Persalinan palsu Persalinan palsu terdiri dari kontraksi uterus yang sangat nyeri, yang member pengaruh signifikan terhadap serviks. Kontraksi pada persalinan palsu sebenarnya timbul akibat kontraksi braxton hicks yang tidak nyeri , yang telah terjadi sejak sekitar enam minggu kehamilan. Persalinan palsu dapat terjadi selama sehari-hari atau secara inrermiten bahkan tiga atau empat minggu sebelum awitan persalinan sejati. Persalinan palsu sangat nyeri dan wanita dapat mengalami kurang tidur dan kehilangan energy dalam menghadapinya. Bagaimanapun persalian palsu juga mengindikasikan bahwa persalinan sudah dekat

d. Perubahan cervix

Perubahan serviks Mendekati persalinan, serviks semakin “matang”. Kalau tadinya selama hamil, serviks masih lunak, dengan konsistensi seperti pudding dan mengalami sedikit penipisan (effacement) dan kemungkinan sedikit dilatasi. Perubahan serviks diduga terjadi akibat peningkatan intensitas kontraksi Braxton hicks. Serviks menjadi matang selama periode yang berbeda-beda sebelum persalinan. Kematangan serviks mengindikasikan kesiapan untuk persalinan

e. Bloody show

Plak lendir disekresi sebagai hasil proliferasi kelenjar lender serviks pada awal kehamilan. plak ini menjadi sawar pelindung dan menutup jalan lahir selama kehamilan. pengeluaran plak lender inilah yang dimaksud dengan bloody show

f. Energy Spurt

Lonjakan energy Banyak wanita mengalami lonjakan energy kurang lebih 24 jam sampai 48 jam sebelum awitan persalinan. Ummunya para wanita ini merasa enerjik selama beberapa jam sehingga bersemangat melakukan berbagai aktifitas diantaranya pekerjaan rumah tangga dan berbagai tugas lain yang sebelumnya tidak mampu mereka alaksanakan. Akibatnya mereka memasuki persalinan dalam keadaan letih dan sering sekali persalinan menjadi sulit dan lama. Terjadinya lonjakan ebergy ini belum dapat dijelaskan selain bahwa hal tersebut terjadi secara alamiah, yang memungkinkan wanita memperoleh energy yang diperlukan untuk menjalani persalinan. Wanita harus diinformasikan tentang kemungkinan lonjakan energy ini dan diarahkan untuk menahan diri dan menggunakannya untuk persalinan

g. Gangguan saluran cerna

Ketika tidak ada penjelasan yang tepat untuk diare, kesulitan mencerna, mual dan muntah. Diduga hal-hal tersebut merupakan gejala menjelang persalinan walaupun belum ada penjelasan untuk hal ini. Beberapa wanita mengalami satu atau beberapa gejala tersebut.

Daftar Pustaka

1. Varney's Midwifery, 1997
2. Buku Acuan Nasional, Saefudin Abdul Bari, 2001
3. Buku III Askeb pada ibu intrapartum, Pusdiknakes, WHO, JHPIEGO, 2001
4. Panduan Praktis Maternal dan Noenatal, WHO, 2001
5. Betty R Sweet, Mayes Midwifery, 1997

BAB II

FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERSALINAN

A. Deskripsi Singkat

Persalinan merupakan suatu proses pengeluaran seluruh hasil konsepsi dari jalan lahir maupun perabdominal. Pada bab ini dijelaskan bahwa pokok bahasan persalinan salah satunya adalah faktor – faktor yang mempengaruhi persalinan meliputi power, passage dan passager

B. Manfaat

- a. Mahasiswa dapat meningkatkan pengetahuan dan pemahaman tentang faktor – faktor yang mempengaruhi persalinan
- b. Mahasiswa dapat mengaplikasikan asuhan kala 1 sampai kala 4
- c. Mahasiswa dapat melakukan asuhan kebidanan pada ibu bersalin secara komprehensif

C. Tujuan Pembelajaran

- a. Setelah mengikuti perkuliahan menggunakan bahan ajar ini mahasiswa mampu menjelaskan pengertian dengan benar
- b. Setelah mengikuti pembelajaran menggunakan bahan ajar ini mahasiswa mampu menjelaskan faktor yang mempengaruhi persalinan dengan benar
- c. Setelah mengikuti pembelajaran menggunakan bahan ajar ini mahasiswa mampu menjelaskan faktor power dengan benar
- d. Setelah mengikuti pembelajaran menggunakan bahan ajar ini mahasiswa mampu menjelaskan faktor passage dengan benar
- e. Setelah mengikuti pembelajaran menggunakan bahan ajar ini mahasiswa mampu menjelaskan faktor passanger dengan benar

D. Materi

1. Uraian materi

Menurut Manuaba (2007; h. 283-296) proses persalinan normal, ditentukan oleh lima faktor utama, yaitu:

a) Power = Kekuatan his yang adekuat dan tambahan kekuatan mengejan.

Adalah kekuatan yang mendorong janin keluar. Kekuatan yang mendorong janin keluar dalam persalinan ialah: his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma dan aksi dari ligament, dengan kerjasama yang baik dan sempurna.

Inisiasi his dipicu oleh oksitosin yang dikeluarkan semakin lama semakin meningkat jumlahnya sejak usia 20-23 minggu. Keregangan uterus yang bersifat elastis menyebabkan makin meningkatnya jumlah reseptor oksitosin. Peningkatan jumlah reseptor oksitosin yang dipicu oleh estrogen yang semakin meningkat, sedangkan progesteron makin menurun jumlahnya seiring dengan penuaan plasenta, memberikan peluang semakin besar terhadap rangsangan oksitosin yang dikeluarkan secara pulsatif. Dengan demikian kontraksi Braxton Hicks akan semakin meningkat seiring menuanya usia kehamilan. Pada akhirnya, saat janin aterm, pembesaran uterus menjadi maksimal demikian juga pembentukan reseptor oksitosin mencapai maksimal sehingga kontraksi Braxton Hicks menjadi his persalinan. Serviks yang sebagian besar terdiri dari jaringan ikat mengalami perlunakan dan pembukaan secara pasif. Oleh karena itu, janin terdorong menuju serviks dari arah fundus uteri dan dapat melalui jalan lahir dan tanpa timbul hambatan kontraksi otot. Disamping itu sifat kontraksi otot uterus adalah retraksi, artinya otot tidak akan kembali pada panjang semula, tetapi bertambah pendek, sehingga dapat mendorong janin menuju jalan lahir secara pasif, mulai dari isthmus, serviks, dan selanjutnya vagina.

Macam – macam pada faktor power :

1) HIS (kontraksi uterus) Adalah kontraksi uterus karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna dengan sifat-sifat:

- Kontraksi simetris
- Fundus dominant, kemudian diikuti
- Relaksasi

Pada saat kontraksi otot-otot rahim menguncup sehingga menjadi tebal dan lebih pendek. Kavum uteri menjadi lebih kecil mendorong janin dan kantong amnion ke arah bawah rahim dan serviks.

Sifat-sifat lainnya dari his adalah: (A) Involuntir (B) Intermitten (C) Terasa sakit (D) Terkoordinasi dan simetris (E) kadang-kadang dapat dipengaruhi dari luar secara fisis, chemis dan psikis.

Dalam melakukan observasi pada ibu bersalin, hal-hal yang harus diperhatikan dari his adalah:

- Frekuensi his: adalah jumlah his dalam waktu tertentu biasanya permenit atau per 10 menit.
- Intensitas his: adalah kekuatan his (adekuat atau lemah)
- Durasi (lama his): adalah lamanya setiap his berlangsung dan ditentukan dengan detik, misalnya 50 detik.
- Interval his: adalah jarak antara his satu dengan his berikutnya, misalnya his datang tiap 2 – 3 menit.
- Datangnya his: apakah sering, teratur atau tidak.

Pace maker adalah pusat koordinasi his yang berada di sudut tuba dimana gelombang his berasal. Dari sini gelombang his bergerak ke dalam dan ke bawah.

Fundus dominant adalah kekuatan paling tinggi dari his yang sempurna berada di fundus uteri.

Kekuatan his yang paling lemah berada pada segmen bawah rahim (SBR). Perubahan-perubahan akibat his:

- Pada uterus dan serviks: Uterus teraba keras / padat karena kontraksi. Serviks tidak mempunyai otot-otot yang banyak, sehingga setiap muncul his maka terjadi pendataran (effacement) dan pembukaan (dilatasi) dari serviks.
- Pada ibu: Rasa nyeri karena iskemia rahim dan kontraksi rahim, terdapat pula kenaikan nadi dan tekanan darah.
- Pada janin: Pertukaran oksigen pada sirkulasi utero – plasenter kurang sehingga timbul hipoksia janin. Denyut jantung janin melembat dan kurang jelas didengar karena adanya iskemia fisiologis. Kalau betul-betul terjadi hipoksia yang agak lama,

misalnya pada kontraksi tetanik, maka terjadi gawat janin asfiksia dengan denyut jantung janin diatas 160 permenit dan tidak teratur.

Pembagian his dan sifat-sifatnya:

- His pendahuluan: his tidak kuat & tidak teratur namun menyebabkan keluarnya bloody show..
- His pembukaan (Kala I): menyebabkan pembukaan serviks, semakin kuat, teratur dan sakit.
- His pengeluaran (Kala II): Untuk mengeluarkan janin; sangat kuat, teratur, simetris, terkoordinir dan lama ; Koordinasi bersama antara kontraksi otot perut, diafragma dan ligament.
- His pelepasan uri (Kala III): kontraksi sedang untuk melepaskan dan melahirkan plasenta.
- His pengiring (Kala IV): kontraksi lemah, masih sedikit nyeri (merian), terjadi pengecilan rahim dalam beberapa jam atau hari.

2) Tenaga mengejan

- 1) Setelah pembukaan lengkap dan setelah ketuban pecah tenaga yang mendorong anak keluar selain his, terutama disebabkan oleh kontraksi otot-otot dinding perut yang mengakibatkan peninggian tekanan intra abdominal.
- 2) Tenaga ini serupa dengan tenaga mengejan waktu kita buang air besar tapi jauh lebih kuat lagi.
- 3) Saat kepala sampai pada dasar panggul, timbul suatu reflek yang mengakibatkan ibu menutup glottisnya, mengkontraksikan otot-otot perutnya dan menekan diafragmanya kebawah.
- 4) Tenaga mengejan ini hanya dapat berhasil, bila pembukaan sudah lengkap dan paling efektif sewaktu ada his.
- 5) Tanpa tenaga mengejan ini anak tidak dapat lahir, misalnya pada penderita yang lumpuh otot-otot perutnya, persalinan harus dibantu dengan forceps
- 6) Tenaga mengejan ini juga melahirkan placenta setelah placenta lepas dari dinding rahim.

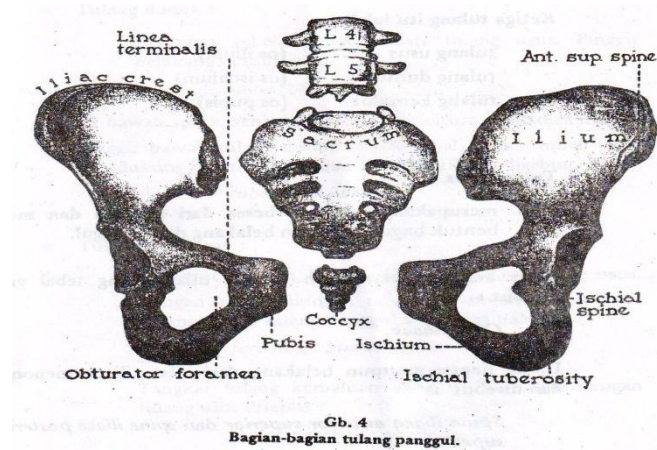
b) Passage = jalan lahir keras, jalan lahir lunak

Passage atau faktor jalan lahir dibagi atas:

1. Bagian keras Tulang-tulang panggul (Rangka panggul).
2. Bagian lunak : Otot-otot, jaringan-jaringan dan ligament-ligamen.

➤ **RANGKA PANGGUL**

- *Tulang panggul*
 - 2 Os. coxae
 - 1 Os. sacrum
 - 1 Os. Coccygis
- *Ruang panggul*
 - Pelvis mayor (False pelvis)
 - Pelvis minor (True pelvis)
- *Panggul kecil*



- Pintu atas panggul (PAP) = bidang yang membatasi bagian atas pelvis minor. Batas-batasnya adalah promontorium, sayap sacrum, linea inominata, ramus posterior ossis pubis, pinggir atas symphysis.
- Bidang luas panggul = bidang dengan ukuran yang terbesar. Bidang ini terbentang antara pertengahan symphysis, pertengahan acetabulum, pertemuan antara ruas sacral II & III.
- Bidang sempit panggul = Bidang dengan ukuran yang terkecil. Bidang ini terdapat setinggi pinggir bawah symphysis, kedua spina ischiadica, dan memotong sacrum ± 1 – 2 cm diatas ujung sacrum.

- Pintu bawah panggul (PBP) = gabungan 2 bidang yang di bentuk oleh garis antara kedua tuberositas ischii dengan ujung os sacrum dan bidang yang dibentuk oleh garis kedua tuberositas ischii dengan tepi bawah simpisis

- *Sumbu panggul*

Adalah garis yang menghubungkan titik-titik tengah ruang panggul yang melengkung ke depan (sumbu carus).

- *Bidang-bidang*

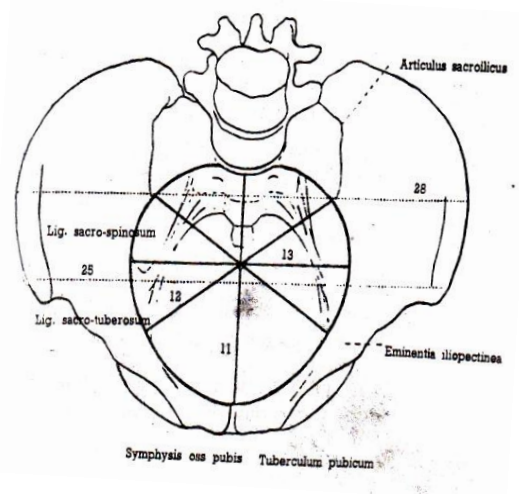
- Bidang Hodge I : jarak antara promontorium dan pinggir atas simfisis, sejajar dengan PAP.
- Bidang Hodge II : sejajar dengan PAP, melewati pinggir bawah simfisis.
- Bidang Hodge III : sejajar dengan PAP, melewati Spina ischiadica
- Bidang Hodge IV : sejajar dengan PAP, melewati ujung coccygeus.

- *Ukuran-ukuran panggul*

- *Alat pengukur ukuran panggul :*

- ✓ Pita meter
- ✓ Jangka panggul : Martin, Oseander, Collin dan Baudeloque
- ✓ Pelvimetri klinis dengan periksa dalam
- ✓ Pelvimetri rontenologis dibuat oleh ahli radiology dan hasilnya diinterpretasikan oleh ahli kebidanan

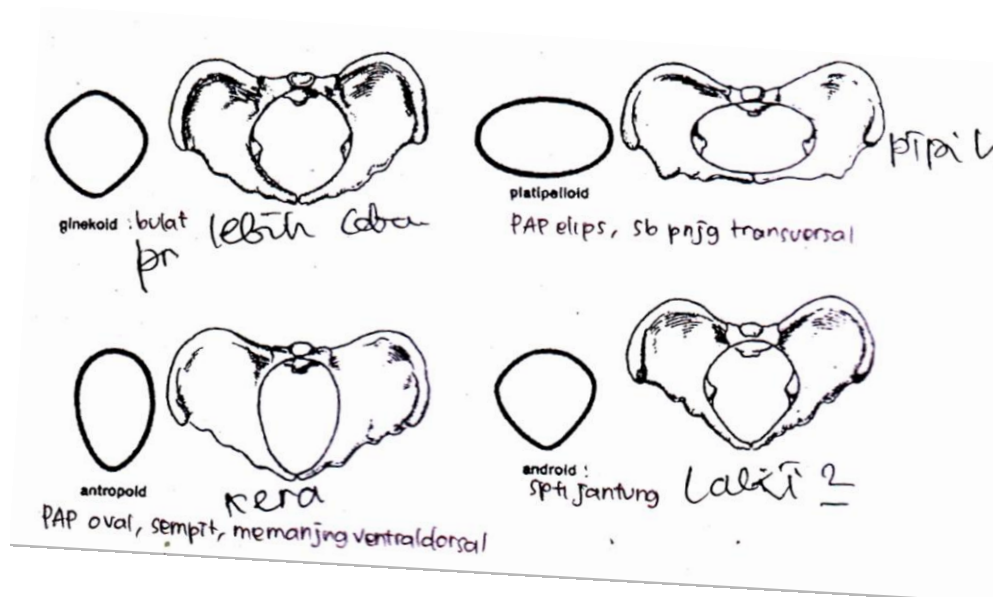
○ *Ukuran-ukuran panggul luar*



- ✓ DS : Distansia Spinarum, yaitu jarak antara kedua spina iliaca anterior superior (24-26 cm)
 - ✓ DC : Distansia Cristarum, yaitu jarak antara kedua crista iliaca kanan dan kiri (28-30 cm)
 - ✓ CE : Conjugata Eksterna (Jarak antara pinggir atas symphysis dan ujung processus spinosus ruas tulang lumbal ke-V) 18-20 cm.
 - ✓ UL : Ukuran lingkar panggul (dari pinggir atas symphysis ke pertengahan antara SIAS dan trochanter mayor dan kembali melalui tempat-tempat yang sama di pihak lain) 80-90 cm.
- *Ukuran-ukuran panggul dalam*
 - ✓ Conjugata Vera adalah jarak antara tepi atas symphysis pubis sampai promontorium. 11 cm
 - ✓ Conjugata Transversa: jarak antara linea terminalis kanan dan kiri. 13 cm
 - ✓ Conjugata oblique adalah jarak antara articulation sacro iliaca sampai eminentio ilio pubica. 12,75 cm
 - ✓ Conjugata obstetrica adalah jarak antara fascies anterior symphysis pubis sampai promontorium. 12,5 cm
 - ✓ Conjugata diagonalis adalah jarak antara tepi bawah symphysis pubis sampai promontorium. 13 cm
 - *Jenis panggul (menurut Caldwell & Moloy, 1933)*

Didasarkan pada ciri-ciri bentuk PAP, ada 4 bentuk dasar panggul:

 - ✓ Ginekoid : paling ideal, bulat
 - ✓ Android : panggul pria, segitiga
 - ✓ Antropoid : agak lonjong seperti telur
 - ✓ Platipeloid : picak, menyempit arah muka belakang



➤ JALAN LAHIR LUNAK

Jalan lahir lunak yang berperan dalam persalinan adalah SBR, serviks uteri dan vagina. Disamping itu otot-otot, jaringan ikat dan ligament yang menyokong alat-alat urogenetal juga sangat berperan dalam persalinan.

Dasar panggul (pelvic floor) terdiri dari:

- Diafragma pelvis : adalah bagian dalam yang terdiri dari m. Levator Ani (ada 3 bagian: m.pubococcygeus, m.puborectalis, m.illiococcygeus), m. coccygeus, fascia diafragma pelvis.
- Diafragma urogenetal terdiri dari perineal fasciae otot-otot superficial.

c) **Passanger = janin, plasenta, dan selaput**

1) Janin

Faktor lain yang berpengaruh terhadap persalinan adalah faktor janin, yang meliputi sikap janin, letak janin, presentasi janin, bagian terbawah, dan posisi janin.

- Sikap (Habitus) :Menunjukkan hubungan bagian-bagian janin dengan sumbu janin, biasanya terhadap tulang punggungnya. Janin umumnya dalam sikap fleksi dimana kepala, tulang punggung, dan kaki dalam keadaan fleksi, lengan bersilang di dada.
- Letak (Situs):Adalah bagaimana sumbu janin berada terhadap sumbu ibu misalnya Letak Lintang dimana sumbu janin tegak lurus pada sumbu ibu. Letak membujur dimana sumbu janin sejajar dengan sumbu ibu, ini bisa letak kepala atau letak sungsang.
- Letak memanjang:

- Letak Kepala: (1) Letak fleksi = LBK, (2) Letak defleksi = Letak puncak kepala, Letak dahi & letak muka.
 - Letak sungsang = letak bokong (L. Bokong sempurna (complete breech), L. Bokong (Frank breech), L. Bokong tidak sempurna (Incomplete breech))
 - Letak lintang (Tarnsverse lie)
 - Letak miring (Oblique lie)
 - ✓ Letak kepala mengolak
 - ✓ Letak bokong mengolak
- Presentasi: Dipakai untuk menentukan bagian janin yang ada di bagian bawah rahim yang dijumpai pada palpasi atau pada pemeriksaan dalam. Misalnya presentasi kepala, presentasi bokong, presentasi bahu dan lain-lain.
- Bagian terbawah janin: Sama dengan presentasi hanya lebih diperjelas istilahnya.
- Posisi janin: Untuk indikator atau menetapkan arah bagian terbawah janin apakah sebelah kanan, kiri, depan atau belakang terhadap sumbu ibu (materal – pelvis). Misalnya pada letak belakang kepala (LBK) ubun-ubun kecil (uuk) kiri depan, uuk kanan belakang.
- Untuk menentukan presentasi dan posisi janin maka harus dapat menjawab pertanyaan-pertanyaan berikut:
- Bagian janin apa yang terbawah?
 - Di mana bagian terbawah tersebut?
 - Apa indikatornya?

Ada beberapa variasi dari penunjuk arah (indikator) dari bagian terbawah janin :

- Letak Belakang Kepala (LBK)

Indikator : ubun-ubun kecil (uuk)

Variasi posisi :

Ubun-ubun kecil kiri depan	:	uuk ki-dep
Ubun-ubun kecil kiri belakang	:	uuk.ki-bel
Ubun-ubun kecil melintang kiri	:	uuk.mel.ki
Ubun-ubun kecil kanan depan	:	uu.ka-dep
Ubun-ubun kecil kanan belakang	:	uuk.ka-bel
Ubun-ubun kecil melintang kanan	:	uuk.mel-ka

- Presentasi dahi

Indikator : teraba dahi dan ubun-ubun besar (uub)

Variasi posisi :

Ubun-ubun besar kiri depan	: uub.ki-dep
Ubun-ubun besar kiri belakang	: uub.ki-be
Ubun-ubun besar melintang kiri	: uub.mel-ki
Ubun-ubun besar kanan depan	: uub.ka-dep
Ubun-ubun besar kanan belakang	: uub.ka-bel
Ubun-ubun besar melintang kanan	: uub.mel-ka

- Presentasi muka

Indikator : dagu (meto)

Variasi posisi :

Dagu kiri depan	: d.ki-dep
Dagu kiri belakang	: d.ki-bel
Dagu melintang kiri	: d.mel-ki
Dagu kanan depan	: d.ka-dep
Dagu kanan belakang	: d.ka-bel
Dagu melintang kanan	: d.mel-ka

- Presentasi bokong

Indikator adalah sacrum

Variasi posisi adalah:

Sakrum kiri depan	: s.ki-dep
Sakrum kanan depan	: s.ka-dep
Sakrum kanan belakang	: s.ka-bel
Sakrum melintang kanan	: s.mel-ka

- Letak lintang

✓ Menurut posisi kepala :

Kepala kiri	: LLiI
Kepala di kanan	: LLiII

✓ Menurut arah punggung :

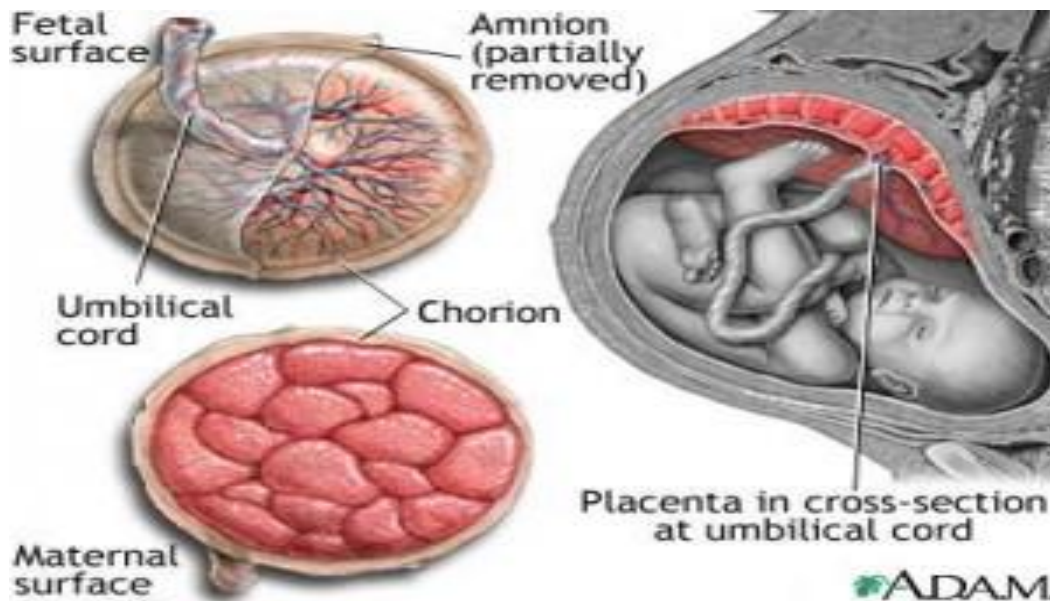
Punggung depan (dorso-anterior)	: PD
Punggung belakang (dorso-posterior)	: PB
✓ Punggung atas (dorso-superior)	: PA
Punggung bawah (dorso-inferior)	: PI
✓ Presentasi bahu (skapula) : Bahu kanan	: Bh.ka.
Bahu kiri	: Bh.ki.

2) Placenta

Plasenta merupakan organ penting bagi janin, karena sebagai alat pertukaran zat antara ibu dan bayi atau sebaliknya. Plasenta berbentuk bundar atau hampir bundar dengan diameter 15-20 cm dan tebal \pm 2,5 cm, berat rata-rata 500 gram. Umumnya plasenta terbentuk lengkap pada kehamilan kurang dari 16 minggu dengan ruang amnion telah mengisi seluruh kavum uteri.

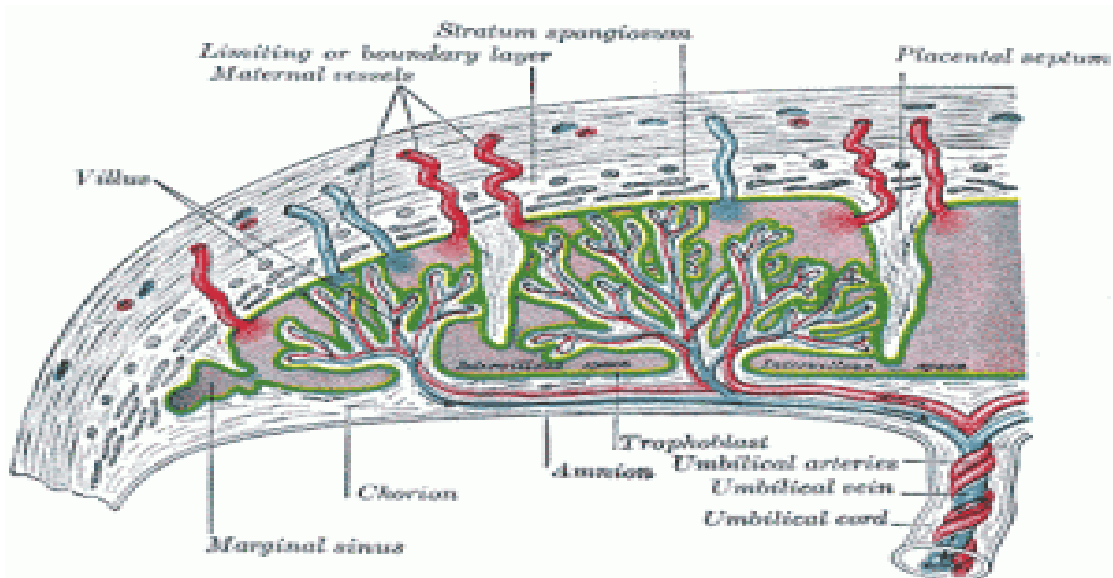
Plasenta terletak di depan atau di belakang dinding uterus, agak ke atas kearah fundus uteri, dikarenakan alasan fisiologis, permukaan bagian atas korpus uteri lebih luas, sehingga lebih banyak tempat untuk berimplentasi. Plasenta berasal dari sebagian besar dari bagian janin, yaitu villi koriales atau jonjot chorion dan sebagian kecil dari bagian ibu yang berasal dari desidua basalis.

Plasenta mempunyai dua permukaan, yaitu permukaan fetal dan maternal. Permukaan fetal adalah permukaan yang menghadap ke janin, warnanya keputih-putihan dan licin. Hal ini disebabkan karena permukaan fetal tertutup oleh amnion, di bawah nampak pembuluh-pembuluh darah. Permukaan maternal adalah permukaan yang menghadap dinding rahim, berwarna merah dan terbagi oleh celah-celah yang berasal dari jaringan ibu. Jumlah celah pada plasenta dibagi menjadi 16-20 kotiledon.



Gambar 1. Permukaan plasenta

Penampang plasenta terbagi menjadi dua bagian yang terbentuk oleh jaringan anak dan jaringan ibu. Bagian yang terdiri dari jaringan anak disebut *membrana chorii*, yang dibentuk oleh amnion, pembuluh darah janin, korion dan villi. Bagian dari jaringan ibu disebut piring desidua atau piring basal yang terdiri dari desidua *compacta* dan desidua *spongiosa*.



Gambar 2. Struktur plasenta

Pembentukan Plasenta : Perkembangan trofoblas berlangsung cepat pada hari ke 8-9, dari selapis sel tumbuh menjadi berlapis-lapis. Terbentuk rongga-rongga vakuola yang banyak pada lapisan *sinsitiotrofoblas* (selanjutnya disebut sinsitium) yang akhirnya saling berhubungan.

Stadium ini disebut stadium berongga (*lacunar stage*).

Pertumbuhan sinsitium ke dalam stroma endometrium makin dalam kemudian terjadi perusakan endotel kapiler di sekitarnya, sehingga rongga-rongga sinsitium (sistem lakuna) tersebut dialiri masuk oleh darah ibu, membentuk sinusoid-sinusoid. Peristiwa ini menjadi awal terbentuknya sistem sirkulasi *uteroplasenta/sistem sirkulasi feto-maternal*. Antara lapisan dalam sitotrofoblas dengan selapis sel selaput *Heuser*, terbentuk sekelompok sel baru yang berasal dari trofoblas dan membentuk jaringan penyambung yang lembut, yang disebut mesoderm ekstraembrional. Bagian yang berbatasan dengan sitotrofoblas disebut *mesoderm ekstraembrional somatopleural*, kemudian akan menjadi selaput korion (*chorionic plate*).

Bagian yang berbatasan dengan selaput Heuser dan menutupi bakal *yolk sac* disebut *mesoderm ekstraembrional splanknopleural*. Menjelang akhir minggu kedua (hari 13-14), seluruh lingkaran blastokista telah terbenam dalam uterus dan diliputi pertumbuhan trofoblas yang telah dialiri darah ibu. Meski demikian, hanya sistem trofoblas di daerah dekat embrioblas saja yang berkembang lebih aktif dibandingkan daerah lainnya.

Di dalam lapisan mesoderm ekstraembrional juga terbentuk celah-celah yang makin lama makin besar dan bersatu, sehingga terjadilah rongga yang memisahkan kandung kuning telur makin jauh dari sitotrofoblas. Rongga ini disebut rongga selom ekstraembrional (*extraembryonal coelomic space*) atau rongga korion (*chorionic space*).

Di sisi embrioblas (kutub embrional), tampak sel-sel kuboid lapisan sitotrofoblas mengadakan invasi ke arah lapisan sinsitium, membentuk sekelompok sel yang dikelilingi sinsitium disebut jonjot-jonjot primer (*primary stem villi*). Jonjot ini memanjang sampai bertemu dengan aliran darah ibu.

Pada awal minggu ketiga, mesoderm ekstraembrional somatopleural yang terdapat di bawah jonjot-jonjot primer (bagian dari selaput korion di daerah kutub embrional), ikut menginvasi ke dalam jonjot sehingga membentuk jonjot sekunder (*secondary stem villi*) yang terdiri dari inti mesoderm dilapisi selapis sel sitotrofoblas dan sinsitiotrofoblas.

Menjelang akhir minggu ketiga, dengan karakteristik angiogenik yang dimilikinya, mesoderm dalam jonjot tersebut berdiferensiasi menjadi sel darah dan pembuluh kapiler, sehingga jonjot yang tadinya hanya selular kemudian menjadi suatu jaringan vaskular (disebut jonjot tersier/*tertiary stem villi*).

Selom ekstraembrional/rongga korion makin lama makin luas, sehingga jaringan embrional makin terpisah dari sitotrofoblas/selaput korion, hanya dihubungkan oleh sedikit jaringan mesoderm yang kemudian menjadi tangkai penghubung (*connecting stalk*). *Mesoderm connecting stalk* yang juga memiliki kemampuan angiogenik, kemudian akan berkembang menjadi pembuluh darah dan *connecting stalk* tersebut akan menjadi tali pusat.

Setelah infiltrasi pembuluh darah trofoblas ke dalam sirkulasi uterus, seiring dengan perkembangan trofoblas menjadi plasenta dewasa, terbentuklah komponen sirkulasi utero-plasenta. Melalui pembuluh darah tali pusat, sirkulasi utero-plasenta dihubungkan dengan sirkulasi janin. Meskipun demikian, darah ibu dan darah janin tetap tidak bercampur menjadi satu (disebut sistem *hemochorial*), tetap terpisah oleh dinding pembuluh darah janin dan lapisan korion.

Dengan demikian, komponen sirkulasi dari ibu (maternal) berhubungan dengan komponen sirkulasi dari janin (fetal) melalui plasenta dan tali pusat. Sistem tersebut dinamakan sirkulasi feto-maternal.

➤ Tingkat pelepasan plasenta

Sebab – sebab terlepasnya plasenta :

- Waktu bayi dilahirkan rahim sangat mengecil dan setelah bayi lahir uterus merupakan alat dengan dinding yang tebal sedangkan rongga rahim hamper tidak ada.

Fundus uteri terdapat sedikit dibawah pusat. Karena pengecilan rahim yang sekonyong-konyong ini tempat perlekatan plasenta juga sangat mengecil.

Plasenta sendiri harus mengikuti pengecilan ini hingga menjadi 2x setebal pada permulaan persalinan dan karena pengecilan tempat melekatnya plasenta, maka plasenta juga berlipat-lipat malah ada gabian-bagian yang terlepas dari dinding rahim karena tak dapat mengikuti pengecilan dari dasarnya.

Pelepasan plasenta ini terjadi dalam stratum spongiosum yang sangat banyak lubang-lubang. Jadi secara singkat faktor yang paling penting dalam pelepasan plasenta ialah retraksi dan kontraksi otot-otot rahim setelah anak lahir.

- Ditempat-tempat yang lepas terjadi perdarahan ialah antara plasenta dan desidua basalis dan karena hematoma ini membesar, maka seolah-olah plasenta terangkat dari dasarnya oleh hematoma tersebut sehingga daerah pelepasan meluas . Plasenta biasanya terlepas dalam 4 – 5 menit setelah anak lahir.

➤ Tanda lepasnya plasenta

Selama proses persalinan terjadi kontraksi disertai retraksi. Setelah istirahat rahim berkontraksi untuk melepaskan plasenta.

- Secara schultze

Pelepasan dimulai pada bagian tengah dari plasenta dan disini terjadi hematoma retro placentair yang selanjutnya mengangkat plasenta dari dasarnya.

Plasenta dengan hematoma di atasnya sekarang jatuh ke bawah dan menarik lepas selaput janin.

Bagian plasenta yang nampak dalam vulva ialah pembukaan foetal, sedangkan hematoma sekarang terdapat dalam kantong yang terputar balik. Maka pada pelepasan plasenta secara schultze tidak ada perdarahan sebelum plasenta lahir. Baru setelah plasenta terlepas seluruhnya, darah sekonyong-konyong mengalir.

- Secara Duncan

Pada pelepasan secara Duncan pelepasan mulai pada pinggir plasenta. Darah mengalir keluar antara selaput janin dan dinding rahim, jadi perdarahan sudah ada sejak sebagian dari plasenta terlepas dan terus berlangsung sampai seluruh plasenta terlepas.

Plasenta lahir dengan pinggirnya terlebih dahulu. Pelepasan secara Duncan terutama terjadi pada plasenta letak rendah.

➤ Fungsi dari plasenta adalah:

- Nutrisi: tempat pertukaran zat dan pengambilan bahan nutrisi untuk tumbuh kembang janin
- Respirasi: memberikan O₂ dan mengeluarkan CO₂ janin
- Ekskresi: mengeluarkan sisa metabolisme janin

- Endokrin: sebagai penghasil hormon-hormon kehamilan seperti HCG, HPL, esterogen, progesteron
- Immunologi: menyalurkan berbagai komponen antibodi ke janin
- Farmakologi: menyalurkan obat-obatan yang diperlukan janin, diberikan melalui ibu
- Proteksi: barrier terhadap infeksi bakteri dan virus, zat toksik

Menurut perlekatan pada dinding rahim, adalah sebagai berikut:

- Plasenta adhesiva adalah implantasi yang kuat dari jonjot korion sehingga menyebabkan kegagalan mekanisme separasi fisiologis.
- Plasenta akreta adalah implantasi jonjot khorion plasenta memasuki sebagian miometrium.
- Plasenta inkreta adalah implantasi jonjot khorion plasenta mencapai miometrium.
- Plasenta perkreta adalah implantasi jonjot khorion plasenta menembus miometrium sehingga mencapai lapisan serosa dinding uterus.
- Plasenta inkarserata adalah tertahannya plasenta di dalam kavum uteri karena penyempitan/ konstruksi osteum uteri.

d) Psikis Ibu

Banyaknya wanita normal bisa merasakan kegairahan dan kegembiraan disaat merasa kesakitan awal menjelang kelahiran bayinya. Perasaan positif ini berupa kelegaan hati, seolah-olah pada saat itulah benar-benar terjadi realitas “kewanitaan sejati” yaitu munculnya rasa bangga bias melahirkan atau memproduksi anaknya. Khususnya rasa lega itu berlangsung bila kehamilannya mengalami perpanjangan waktu. Mereka seolah-olah mendapatkan kepastian bahwa kehamilan yang semula dianggap sebagai suatu “ keadaan yang belum pasti “ sekarang menjadi hal yang nyata. Psikologis meliputi :

- 1) Melibatkan psikologis ibu, emosi dan persiapan intelektual
- 2) Pengalaman bayi sebelumnya
- 3) Kebiasaan adat
- 4) Dukungan dari orang terdekat pada kehidupan ibu

e) Penolong

Peran dari penolong persalinan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin. Dalam hal ini proses tergantung dari kemampuan skill dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan.

Daftar Pustaka

Buku Panduan Praktis maternal dan Neonatal, 2001

Cunningham, Garry.F. 2005. *Obstetri Williams*. Ed.21. Vol.1. Jakarta : EGC.

Mansjoer, 2007. *Kapita Selekta Kedokteran*. Jakarta : Media Aescapulis.

Manuaba, IG, dkk, 2007. *Pengantar Kuliah Obstetri*. Jakarta : EGC.

Mochtar, R, 1998. *Sinopsis Obstetri.*, jilid 1. Jakarta : EGC.

Syaifudin, 2001, *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*, Jakarta, YBPSP

Wiknjosastro, H, 2005. *Ilmu Kebidanan*. Edisi etiga. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Saronwo Prawiroharjo

Wiknjosastro, Hanifa. 2007. *Ilmu Kebidanan*. Edisi etiga. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo

BAB III

PROSES ADAPTASI FISILOGI DAN PSIKOLOGI PERSALINAN

A. Deskripsi Singkat

Persalinan merupakan suatu proses pengeluaran seluruh hasil konsepsi dari jalan lahir maupun perabdominal. Pada bab ini dijelaskan bahwa pokok bahasan persalinan salah satunya adalah faktor – faktor yang mempengaruhi persalinan meliputi power, passage dan passenger

B. Manfaat

- a. Mahasiswa dapat meningkatkan pengetahuan dan pemahaman tentang adaptasi fisiologis dan psikologis selama persalinan
- b. Mahasiswa dapat mengetahui perubahan fisiologi dan psikologi kala 1 sampai dengan kala 4
- c. Mahasiswa dapat memberikan konseling tentang adaptasi fisiologi dan psikologis ibu bersalin

C. Tujuan Pembelajaran

- a. Setelah mengikuti perkuliahan menggunakan bahan ajar ini mahasiswa mampu menjelaskan perubahan fisiologis dan psikologis pada kala I
- b. Setelah mengikuti pembelajaran menggunakan bahan ajar ini mahasiswa mampu menjelaskan perubahan fisiologis dan psikologis pada kala II
- c. Setelah mengikuti pembelajaran menggunakan bahan ajar ini mahasiswa mampu menjelaskan perubahan fisiologis dan psikologis pada kala III
- d. Setelah mengikuti pembelajaran menggunakan bahan ajar ini mahasiswa mampu menjelaskan perubahan fisiologis dan psikologis pada kala IV

E. Materi

1. Perubahan Fisiologis dan Psikologis Pada Kala I

A. Perubahan fisiologis

Beberapa perubahan yang terjadi pada masa persalinan, yaitu:

Tekanan Darah TD

- meningkat, sistolik rata-rata naik 10-20mmHg, diastolik 5-10mmHg, antara kontraksi TD normal. rasa sakit, cemas, dapat meningkatkan TD

Metabolisme Metabolisme

Karbohidrat aerob dan anaerob akan meningkat secara berangsur disebabkan oleh kecemasan dan aktivitas otot skeletal. peningkatan ini ditandai adanya peningkatan suhu tubuh, denyut nadi, kardiak output, pernafasan dan cairan yang hilang.

Suhu tubuh

Suhu tubuh sedikit meningkat (tidak lebih dari 0,5-1C) karena peningkatan metabolisme terutama selama dan segera setelah persalinan. Detak Jantung Detak jantung akan meningkat cepat selama kontraksi berkaitan juga dengan peningkatan metabolisme. sedangkan antara kontraksi detak jantung mengalami peningkatan sedikit dibanding sebelum persalinan.

Pernafasan Terjadi

Peningkatan laju pernafasan berhubungan dengan peningkatan metabolisme. hipeventilasi yang lama dapat menyebabkan alkalosis. Perubahan pada ginjal poliuri (jumlah urin lebih dari normal) sering terjadi selama persalinan, disebabkan oleh peningkatan kardiak output, peningkatan filtrasi glomerulus dan peningkatan aliran plasma ginjal. proteinuria dianggap gejala normal selama persalinan Perubahan Gastro Intestinal (GI) motilitas lambung dan absorpsi makanan padat secara substansial berkurang banyak selama persalian. pengeluaramn getah lambung berkurang, menyebabkan aktivitas

pencernaan hampir berhenti dan pengosongan lambung menjadi lambat. cairan tidak berpengaruh dan meninggalkan perut dalam tempo yang biasa. mual dan muntah sering terjadi sampai akhir kala I Perubahan Hematologi hemoglobin meningkat sampai 1,2 gram/100ml selama persalinaan dan akan kembali pada tingkat seperti sebelum persalinaan sehari setelah pasca persalinaan kecuali pada perdarahan postpartum

B. Perubahan Psikologis

Perubahan psikologis pada kala I dipengaruhi oleh:

- pengalaman sebelumnya
- kesiapan emosi
- persiapan menghadapi persalinaan (fisik, mental, materi dsb)
- support sistem
- lingkungan
- mekanisme koping
- kultur
- sikap terhadap kehamilan

masalah psikologis yang mungkin terjadi

kecemasan menghadapi persalinaan

intervensinya: kaji penyebab kecemasan, orientasikan ibu terhadap lingkungan , pantau tanda vital (tekanan darah dan nadi), ajarkan teknik2 relaksasi, pengaturan nafas untuk memfasilitasi rasa nyeri akibat kontraksi uterus

kurang pengetahuan tentang proses persalinaan

intervensinya: kaji tingkat pengetahuan, beri informasi tentang proses persalinaan dan pertolongan persalinaan yang akan dilakukan, informed consent

kemampuan mengontrol diri menurun (pada kala I fase aktif)

intervensinya: berikan support emosi dan fisik, libatkan keluarga (suami) untuk selalu mendampingi selama proses persalinan berlangsung

C. Pemenuhan kebutuhan fisik dan psikologis ibu dan keluarga

a. Mengatur posisi

Anjurkan ibu untuk mengatur posisi yang nyaman selama persalinan, anjurkan suami atau pendamping untuk membantu ibu mengatur posisi. ibu boleh berjalan, berdiri atau jongkok (membantu proses turunnya bagian terendah janin). berbaring miring (memberi rasa santai, memberi oksigenisasi yang baik ke janin, mencegah laserasi) atau merangkak (mempercepat rotasi kepala janin, peregangan minimal pada perineum, baik pada ibu yang mengeluh sakit punggung). posisi terlentang kurang dianjurkan karena dapat menyebabkan menurunnya sirkulasi darah dari ibu ke plasenta berdampak pada terjadinya hipoksia janin.

b. Pemberian cairan dan nutrisi berikan ibu asupan makanan ringan dan minum aior sesering mungkin agar tidak terjadi dehidrasi. dehidrasi dapat memperlambat kontraksi/ kontraksi menjadi kurang efektif

Eliminasi

Buang Air Kecil (BAK)

Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya secara rutin setiap 2 jam sekali atau lebih sering atau jika kandung kemih penuh. anjurkan ibu untuk berkemih di kamar mandi, jangan dilakukan kateterisasi kecuali ibu tidak dapat berkemih secara normal. tindakan kateterisasi dapat menimbulkan rasa sakit dan menimbulkan resiko infeksi serta perlukaan pada kandung kemih. kandung kemih yang penuh dapat menyebabkan:

- memperlambat turunnya bagian terendah janin
- menimbulkan rasa tidak nyaman
- meningkatkan resiko perdarahan pasca persalinan akibat atonia uteri
- mengganggu penatalaksanaan distosia bahu
- meningkatkan resiko infeksi saluran kemih pascapersalinan

Buang Air Besar (BAB)

Anjurkan ibu untuk BAB jika perlu. jika ibu ingin merasakan BAB saat fase aktif harus dipastikan apakah yang dirasakan ibu bukan disebabkan oleh tekanan pada rektum, jika ibu belum siap melahirkan diperbolehkan BAB di kamar mandi tindakan klisma tidak dianjurkan dilakukan secara rutin karena dapat meningkatkan jumlah feses yang keluar pada kala II dan dapat meningkatkan resiko infeksi.

Mencegah Infeksi

Menjaga lingkungan yang bersih sangat penting untuk mewujudkan kelahiran yang bersih dan aman bagi ibu dan bayi. kepatuhan dalam menjalankan praktek2 pencegahan infeksi yang baik juga akan melindungi penolong dan keluarga dari resiko infeksi anjurkan ibu untuk mandi dan mengenakan pakaian yang bersih sebelum persalinan. anjurkan pada keluarga untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan kontak dengan ibu atau bayi baru lahir (BBL) gunakan alat2 steril atau desinfeksi tingkat tinggi (DTT) dan sarung tangan pada saat diperlukan dalam melakukan pertolongan persalinan.

2. Perubahan Fisiologis dan Psikologis Kala II

A. Perubahan Fisiologis

1. Tekanan darah

Tekanan darah dapat meningkat 15 samapai 25 mmHg selama kontraksi pada kala dua. Upaya mengedan pada ibu juga dapat memengaruhi tekanan darah, menyebabkan tekanan darah meningkat dan kemudian menurun dan pada akhirnya berada sedikit diatas normal. Oleh karena itu, diperlukan evaluasi tekanan darah dengan cermat diantara kontraksi. Rata-rata peningkatan tekanan darah 10 mmHg di antara kontraksi ketika wanita telah mengedan adalah hal yang normal (Varney, 2008).

2. Metabolisme

Peningkatan metabolisme yang terus-menerus berlanjut sampai kala dua disertai upaya mengedan pada ibu yang akan menambah aktivitas otot-otot rangka untuk memperbesar peningkatan metabolisme (Varney, 2008).

3. Denyut nadi

Frekuensi denyut nadi ibu bervariasi pada setiap kali mencedan. Secara keseluruhan, frekuensi nadi meningkat selama kala dua persalinan disertai takikardi yang mencapai puncaknya pada saat persalinan (Varney, 2008).

4. Suhu

Peningkatan suhu tertinggi terjadi pada saat persalinan dan segera setelahnya. Peningkatan normal adalah 0,5 sampai 1oC (Varney, 2008).

5. Perubahan Sistem Pernapasan

Sedikit peningkatan frekuensi pernapasan masih normal selama persalinan dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi (Varney, 2008).

6. Perubahan Ginjal

Poliuria sering terjadi selama persalinan. Kondisi ini dapat diakibatkan peningkatan lebih lanjut curah jantung selama persalinan dan kemungkinan peningkatan laju filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal. Poliuria menjadi kurang jelas pada posisi terlentang karena posisi ini membuat aliran urine berkurang selama kehamilan (Varney, 2008).

7. Perubahan Gastrointestinal

Penurunan motilitas lambung berlanjut sampai kala dua. Muntah normalnya hanya terjadi sesekali. Muntah yang konstan dan menetap merupakan hal yang abnormal dan kemungkinan merupakan indikasi komplikasi obstetrik, seperti ruptur uterus (Varney, 2008).

8. Dorongan mengejan

Perubahan fisiologis terjadi akibat kontinuitas kekuatan serupa yang telah bekerja sejak jam-jam awal persalinan, tetapi aktivitas ini mengalami akselerasi setelah serviks berdilatasi lengkap namun, akselerasi ini tidak terjadi secara tiba-tiba. Beberapa wanita merasakan dorongan mengejan sebelum serviks berdilatasi lengkap dan sebagian lagi tidak merasakan aktivitas ini sebelum sifat ekspulsif penuh (Myles, 2009).

Kontraksi menjadi ekspulsif pada saat janin turun lebih jauh kedalam vagina. Tekanan dan bagian janin yang berpresentasi menstimulasi reseptor saraf di dasar pelvik (hal ini disebut reflek ferguson) dan ibu mengalami dorongan untuk mengejan. Refleksi ini pada awalnya dapat dikendalikan hingga batas tertentu, tetapi menjadi semakin

kompulsif, kuat, dan involunter pada setiap kontraksi. Respon ibu adalah menggunakan kekuatan ekspulsi sekundernya dengan mengontraksikan otot abdomen dan diafragma (Myles, 2009).

9. Pergeseran jaringan lunak.

Saat kepala janin yang keras menurun, jaringan lunak pelvis mengalami pergeseran. Dari anterior, kandung kemih terdorong keatas kedalam abdomen tempat risiko cedera terhadap kandung kemih lebih sedikit selama penurunan janin. Akibatnya, terjadi peregangan dan penipisan uretra sehingga lumen uretra mengecil.

Dari posterior rektum menjadi rata dengan kurva sakrum, dan tekanan kepala menyebabkan keluarnya materi fekal residual. Otot levator anus berdilatasi, menipis, dan bergeser kearah lateral, dan badan perineal menjadi datar, meregang dan tipis. Kepala janin menjadi terlihat pada vulva, maju pada setiap kontraksi, dan mundur diantara kontraksi sampai terjadinya crowning(Myles, 2009).

10. Perubahan Hematologi

Hemoglobin meningkat rata-rata 1.2 gm /100ml selama persalinan dan kembali ke kadar sebelum persalinan pada hari pertama paska partum jika tidak ada kehilangan darah yang abnormal. Waktu koagulasi darah berkurang dan terdapat peningkatan fibrinogen plasma lebih lanjut selama persalinan.

Gula darah menurun selama persalinan, menurun drastis pada persalinan yang lama dan sulit, kemungkinan besar akibat peningkatan aktivitas otot uterus dan rangka (Varney, 2008).

B. Perubahan Psikologis

- 1) Sering timbul rasa jengkel, tidak nyaman, saat bersalin ibu merasakan nyeri akibat kontraksi uterus yang semakin kuat dan semakin sering,berkeringat dan mulas ini juga menyebabkan ketidaknyamanan.
- 2) Badan selalu kegerahan, karena saat ini metabolisme ibu meningkat denyut jantung meningkat, nadi, suhu, pernapasan meningkat ibu berkeringat lebih banyak, akibatnya ibu merasa lelah sekali kehausan ketika bayi sudah di lahirkan karena tenaga habis dipakai untuk meneran.

- 3) Tidak sabaran, sehingga harmoni antara ibu dan janin yang dikandungnya terganggu. Hal ini disebabkan karena kepala janin sudah memasuki panggul dan timbul kontraksi-kontraksi pada uterus. Muncul rasa kesakitan dan ingin segera mengeluarkan janinnya.
- 4) Setiap ibu akan tiba pada tahap persalinan dengan antisipasinya dan tujuannya sendiri serta rasa takut dan kekhawatiran. Para ibu mengeluh bahwa bila mampu mengejan “terasa lega”. Tetapi ibu lain sangat berat karena intensitas sensasi yang dirasakan. Efek yang dapat terjadi pada ibu karena mencedakan, yaitu Exhaustion, ibu merasa lelah karena tekanan untuk mengejan sangat kuat. Dua, Distress ibu merasa dirinya distress dengan ketidaknyamanan panggul ibu karena terdesak oleh kepala janin. Tiga, panik ibu akan panik jika janinnya tidak segera keluar dan takut persalinannya lama.

C. Asuhan Sayang Ibu Kala II

Asuhan sayang ibu adalah asuhan dengan prinsip saling menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Salah satu prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Banyak hasil penelitian menunjukkan bahwa jika para ibu diperhatikan dan diberi dukungan selama persalinan dan kelahiran bayi serta menegtahui dengan baik mengenai proses persalinan dan asuhan yang akan mereka terima, mereka akan mendapatkan rasa aman dan keluaran yang lebih baik. Antara lain, juga disebutkan bahwa asuhan tersebut dapat mengurangi jumlah persalinan dengan tindakan, seperti ekstraksi vakum, forseps, dan seksio sesarea.

ASUHAN SAYANG IBU :

- Anjurkan agar ibu selalu didampingi oleh keluarganya selama proses persalinan dan kelahiran bayinya. Dukungan dari suami, orang tua, dan kerabat yang disukai ibu sangat diperlukan dalam menjalani proses persalinan. Alasan : hasil persalinan yang baik ternyata erat hubungannya dengan dukungan dari keluarga yang mendampingi ibu selama proses persalinan,
- Anjurkan keluarga ikut terlibat dalam asuhan, diantaranya membantu ibu untuk berganti posisi, melakukan rangsangan taktil, memberikan makanan dan minuman, teman bicara, dan memberikan dukungan dan semangat selama persalinan dan melahirkan bayinya.

- Penolong persalinan dapat memberikan dukungan dan semangat kepada dan anggota keluarganya dengan menjelaskan tahapan dan kemajuan proses persalinan atau kelahiran bayi kepada mereka.
- Tentramkan hati ibu dalam menghadapi dan menjalani kala dua persalinan. Lakukan bimbingan dan tawarkan bantuan jika diperlukan.
- Bantu ibu untuk memilih posisi yang nyaman saat meneran.
- Setelah pembukaan lengkap, anjurkan ibu hanya meneran apabila ada dorongan kuat dan spontan untuk meneran. Jangan menganjurkan untuk meneran berkepanjangan dan menahan nafas. Anjurkan ibu beristirahat diantara kontraksi. Alasan : meneran secara berlebihan menyebabkan ibu sulit bernafas sehingga terjadi kelelahan yang tidak perlu dan meningkatkan risiko asfiksia pada bayi sebagai akibat turunnya pasokan oksigen melalui plasenta.
- Anjurkan ibu untuk minum selama persalinan kala dua. Alasan : ibu bersalin mudah sekali mengalami dehidrasi selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Cukupnya asupan cairan dapat mencegah ibu mengalami hal tersebut.
- Adakalanya ibu merasa khawatir dalam menjalani kala dua persalinan. Berikan rasa aman dan semangat serta tentramkan hatinya selama proses persalinan berlangsung. Dukungan dan perhatian akan mengurangi perasaan tegang, membantu kelancaran proses persalinan dan kelahiran bayi. Beri penjelasan tentang cara dan tujuan dari setiap tindakan setiap kali penolong akan melakukannya, jawab setiap pertanyaan yang diajukan ibu, jelaskan apa yang dialami oleh ibu dan bayinya dan hasil pemeriksaan yang dilakukan (misalnya tekanan darah, denyut jantung janin, periksa dalam).
- Membersihkan Perineum Ibu : Praktik terbaik pencegahan infeksi pada persalinan kala dua diantaranya adalah melakukan pembersihan vulva dan perineum menggunakan air matang (DTT). Gunakan gulungan kapas atau kasa yang bersih, bersihkan mulai dari bagian atas ke bawah (dari bagian anterior vulva ke arah rektum) untuk mencegah kontaminasi tinja. Letakkan kain bersih di bawah bokong saat ibu mulai meneran. Sediakan kain bersih cadangan di sekitarnya. Jika keluar tinja saat ibu meneran, jelaskan bahwa hal itu biasa terjadi. Bersihkan tinja tersebut dengan kain alas bokong atau tangan yang sedang menggunakan sarung tangan. Ganti kain alas bokong dan

sarung tangan DTT. Jika tidak ada cukup waktu untuk membersihkan tinja karena bayi akan segera lahir, maka sisihkan dan tutupi tinja tersebut dengan kain bersih.

- Mengosongkan Kandung Kemih : Anjurkan ibu dapat berkemih setiap 2 jam atau lebih sering jika kandung kemih selalu terasa penuh. Jika diperlukan, bantu ibu untuk ke kamar mandi. Jika ibu tidak dapat berjalan ke kamar mandi, bantu ibu agar dapat duduk dan berkemih di wadah penampung urin. Alasan: kandung kemih yang penuh mengganggu penurunan kepala bayi, selain itu juga akan menambah rasa nyeri pada perut bawah, menghambat penatalaksanaan distosia bahu, menghalangi lahirnya plasenta dan perdarahan pasca persalinan.

Jangan melakukan kateterisasi kandung kemih secara rutin sebelum atau setelah kelahiran bayi dan/atau plasenta. Kateterisasi kandung kemih hanya dilakukan bila terjadi retensi urin dan ibu tidak mampu berkemih sendiri. Alasan: selain menyakitkan, kateterisasi akan meningkatkan risiko infeksi dan trauma atau perlukaan pada saluran kemih ibu.

3. Perubahan Fisiologis dan Psikologis Kala III

A. Perubahan Fisiologis

- 1) Perubahan bentuk dan tinggi fundus : Setelah bayi lahir dan sebelum myometrium mulai berkontraksi, uterus berbentuk bulat penuh, dan tinggi fundus biasanya terletak di bawah pusat. Setelah uterus berkontraksi dan plasenta terdorong ke bawah, uterus berbentuk segitiga atau berbentuk menyerupai buah pir atau alpukat, dan fundus berada di atas pusat (seringkali mengarah ke sisi kanan).
- 2) Tali pusat memanjang : Tali pusat terlihat menjulur keluar melalui vulva (tanda Ahfeld).
- 3) Semburan darah mendadak dan singkat : Darah yang terkumpul di belakang plasenta akan membantu mendorong plasenta keluar dan di bantu oleh gaya gravitasi. Apabila kumpulan darah (retroplacental pooling) dalam ruang di antara dinding uterus dan permukaan dalam plasenta melebihi kapasitas tampungnya, maka darah akan tersedot keluar dari tepi placenta yang terlepas.

B. Perubahan Psikologis

- 1) Bahagia : Karena saat-saat yang telah lama di tunggu akhirnya datang juga yaitu kelahiran bayinya dan ia merasa bahagia karena merasa sudah menjadi wanita yang sempurna (bisa melahirkan, memberikan aku untuk suami dan memberikan anggota keluarga yang baru), bahagia karena bisa melihat anaknya.
- 2) Cemas dan Takut : Cemas dan takut kalau terjadi bahaya atas dirinya saat persalinan karena persalinan di anggap sebagai suatu keadaan antara hidup dan mati. Cemas dan takut karena pengalaman yang lalu. Takut tidak dapat memenuhi kebutuhan anaknya.

4. Perubahan Fisiologis dan Psikologis Kala IV

A. Perubahan Fisiologis

- 1) Uterus : Uterus terletak di tengah abdomen kurang lebih $\frac{2}{3}$ sampai $\frac{3}{4}$ antara simfisis pubis sampai umbilicus. Jika uterus di temukan di bagian tengah, di atas umbilicus, maka hal tersebut menandakan adanya darah dan bekuan di dalam uterus yang perlu di tekan dan dikeluarkan. Uterus yang berada di atas umbilicus dan bergeser paling umum ke kanan, cenderung menandakan kandung kemih penuh.
- 2) Serviks vagina dan perineum : Keadaan serviks, vagina dan perineum diinspeksi untuk melihat adanya laserasi, memar, dan pembentukan hematoma awal. Oleh karena inspeksi serviks dapat menyakitkan bagi ibu, maka hanya di lakukan jika ada indikasi. Segera setelah kelahiran, serviks akan berubah menjadi bersifat patulous, terkulai, dan tebal. Tonus vagina dan tampilan jaringan vagina dipengaruhi oleh peregangan yang telah terjadi selama kala II persalinan. Adanya edema atau memar pada introitus atau area perineum sebaiknya dicatat.
- 3) Plasenta, membran, dan tali pusat : Inspeksi unit plasenta membutuhkan kemampuan bidan untuk mengidentifikasi tipe-tipe plasenta dan insersi tali pusat. Bidan harus waspada apakah plasenta dan membrane lengkap, serta apakah terdapat abnormalitas, seperti ada simpul sejati pada tali pusat
- 4) Penjahitan episiotomidan laserasi : Penjahitan episiotomi dan laserasi memerlukan pengetahuan anatomi perineum, tipe jahitan, hemostasis, pembedahan aseptis dan penyembuhan luka. Bidan juga harus mengetahui tipe benang dan jarum, instrument standar, dan peralatan yang tersedia dilingkungan praktik.

B. Perubahan Psikologis

Menurut Chunningham pada tahun 2005, Pada kala IV persalinan, setelah kelahiran bayi dan plasenta dengan segera ibu akan meluapkan perasaan untuk melepaskan tekanan dan ketegangan yang dirasakannya, dimana ibu mendapat tanggung jawab baru untuk mengasuh dan merawat bayi yang telah dilahirkannya.

DAFTAR PUSTAKA

Cunningham, FG., et al, 2013. *Obstetri Williams*. Jakarta: EGC.

Dewi, dkk. 2011. *Asuhan kehamilan untuk kebidanan*. Jakarta: Salemba medika.

Fraser, M.,Cooper, A. 2009. *Buku Ajar Bidan Myles (ed 14)*. (Eko, K.P, dkk). Jakarta. EGC.

Marmi, S.ST. 2012. *Asuhan Kebidanan Pada Persalinan*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar

Sondakh, Jenny J.S. 2013. *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Penerbit Erlangga.

Sumarah. 2009. *Perawatan Ibu Bersalin : Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin*. Yogyakarta : Fitramaya.

Wiknjosastro. 2007. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

_____. 2008. *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta; JNPK-KR.

BAB IV

KEBUTUHAN DASAR IBU BERSALIN

A. Deskripsi Singkat

Bab ini menjelaskan tentang kebutuhan dasar yang terjadi pada ibu hamil, mengingat perubahan dan adaptasi yang terjadi selama kehamilan.

B. Manfaat

Mahasiswa dapat memahami dan mengetahui mengenai kebutuhan dasar pada ibu bersalin

C. Tujuan Pembelajaran

1. Mahasiswa dapat menjelaskan kebutuhan nutrisi pada ibu hamil
2. Mahasiswa dapat menjelaskan kebutuhan imunisasi pada ibu hamil
3. Mahasiswa dapat menjelaskan Personal Hygiene
4. Mahasiswa dapat menjelaskan kebutuhan Eliminasi
5. Mahasiswa dapat menjelaskan body mechanic, mobilisasi, Exercise /senam hamil
6. Mahasiswa dapat menjelaskan Istirahat/Tidur
7. Mahasiswa dapat menjelaskan kebutuhan seksual
8. Mahasiswa dapat menjelaskan pengaruh pekerjaan terhadap kehamilan
9. Mahasiswa dapat menjelaskan kebutuhan psikologis ibu hamil

D. Materi

KEBUTUHAN NUTRISI PADA IBU HAMIL

Karbohidrat merupakan sumber utama dalam makanan sehari-hari. Sebenarnya tidak ada rekomendasi tetap mengenai asupan minimal karbohidrat bagi ibu hamil dan ibu menyusui. Namun bila di US dan Kanada rekomendasi asupan karbohidrat bagi ibu hamil sebesar 175 gram per hari dan bagi ibu menyusui sebesar 210 gram per hari. - Protein Pada trimester awal kehamilan, pada ibu hamil usia 19- 50 tahun kebutuhan asupan protein sebesar 46 gram per hari. Pada trimester II dan III 60 gram per hari. Protein pada kehamilan berguna untuk membantu sintesis jaringan maternal dan pertumbuhan janin. - Lemak Rekomendasi intake lemak dalam masa kehamilan sebesar 20- 35 % dari total energi keseluruhan. Lemak membantu penyerapan vitamin larut lemak yaitu vitamin A, D, E, dan K. Selama kehamilan, janin mengambil asam lemak sebagai sumber makanan dari ibu. Namun pada trimester III janin dapat membuat asam lemak sendiri yang berguna untuk menaikkan berat badan saat lahir nanti.

- a. Kebutuhan imunisasi pada ibu hamil
- b. Kebutuhan Personal Hygiene Cuci tangan
 - Baik mencuci tangan mencegah penyebaran kuman dan virus. Cuci tangan dengan bersih dengan air hangat dan sabun atau anti bakteri mencuci tangan selama 20-30 detik ketika Anda telah ke toilet dan sebelum makan atau menyiapkan makanan.
- c. Mencegah Penyebaran Penyakit
 - Jika anda tidak sehat, hubungi bidan sebelum pergi ke klinik atau operasi. • Jika anda mengaku untuk operasi caesar dan anda atau keluarga dekat anda demam atau memiliki sakit yang tenggorokan, beritahu dokter atau bidan • Tutup mulut saat batuk atau bersin, buang

tisu bekas segera setelah digunakan • Jauhkan peralatan bersama bersih dengan antibakteri
tisu, misalnya keyboard, telepon dan pegangan pintu • Pastikan luka atau lecet ditutupi
dengan perban tahan air.

d. Keseluruhan kebersihan tubuh

- Mandi harian akan mencegah bakteri memasuki vagina • Jika Anda menjalani operasi caesar, jangan mencukur atau menghilangkan rambut kemaluan anda selama seminggu sebelum operasi. Mandi pada hari operasi dan jaga luka tetap bersih dan kering sampai sembuh.

e. Vaginal Hygiene

- Kenakan pakaian longgar kapas yang akan memungkinkan aliran udara yang tepat untuk daerah vagina anda • Jangan gunakan tampon selama kehamilan atau periode postnatal • Jika keputihan putih normal menjadi gatal, berwarna atau memiliki bau yang ofensif, laporkan pada bidan atau dokter.

f. Kebersihan payudara

- Pada awal kehamilan payudara anda mungkin mulai mengeluarkan kolostrum yang dapat membuat payudara Anda lembab dan gatal. Mengganti bra lebih sering akan membantu mengurangi rasa lembab dan gatal. • Basuh payudara anda setiap hari dengan sabun tubuh ringan, basuh puting dan areola dengan air yang jernih untuk mempertahankan minyak alami di puting Anda.

g. Sikat Gigi

- Kebersihan gigi yang buruk dapat menyebabkan penyakit periodontal. Hal ini dapat berbahaya karena bakteri dapat mencapai ke bayi anda yang belum lahir dan diketahui menyebabkan komplikasi seperti infeksi cairan ketuban dan kelahiran prematur • Kunjungi

dokter gigi Anda pada awal kehamilan. Sikat gigi dua kali sehari dan membatasi makanan dan minuman manis.

h. Kebutuhan Eliminasi

Body mechanic, mobilisasi, Exercise /senam hamil

1. Sejalan dengan bertambahnya berat badan selama kehamilan, terjadi perubahan pemusatan gravitasi tubuh yang bergeser kedepan yang menyebabkan ibu hamil menjadi lordosis. Hal ini dapat menyebabkan ketidaknyamanan seperti nyeri pada punggung.

a. Posisi duduk. Ibu hamil harus memilih kursi yang nyaman yang menopang punggung dan pahanya dengan baik. Posisi punggung harus tegak tidak miring ke kanan atau kiri atau ke depan.

b. Berdiri. Postur harus setegak mungkin dengan abdomen dan bokong dikontraksikan. Berat badan harus terbagi rata untuk mencegah tegangan pada ligamen pelvis dan menyebar diantara tumit dan kaki. Hindari pemakaian alas kaki yang memiliki timit tinggi agar tidak mengganggu keseimbangan saat berdiri atau berjalan.

c. Berbaring. Hindari posisi berbaring telentang yang dapat menyebabkan hipotensi karena tertekannya vena cava inferior oleh uterus. Posisi tidur miring seperti tanda koma dengan bantal yang diletakkan dibawah bagian lengan atas dan lutut biasanya merupakan posisi yang nyaman selama kehamilan, tetapi posisi ini tidak dianjurkan jika ibu mengalami rasa tidak nyaman pada pelvis. Sebagai gantinya berbaring miring dengan kedua kaki saling bertindihan tetapi dipisahkan dengan bantal dapat menjadi posisi yang lebih nyaman bagi ibu hamil.

- d. Bangun dari tidur. Pada saat bangun dari posisi berbaring, ibu harus menekuk lutunya, berguling ke satu sisi kemudian menggunakan tangan untuk mendorong badan ke posisi duduk atau berdiri. Hal ini dapat mencegah terkilirnya otot punggung dan abdomen.
- e. Mangangkat benda berat. Sebisa mungkin hal ini harus dihindari selama kehamilan.

Jika tidak dapat dihindari, objek harus diangkat dengan jarak yang dekat dengan tubuh dengan menekuk lutut dan punggung lurus. Dengan demikian tegangan yang terjadi diambil oleh otot paha bukan otot punggung. Senam hamil

- a. Latihan kegel. Kontraksi dan lemaskan otot iskiokavernosa dan perineal transversal, otot levator dan diafragma dan otot sfingter secara terpisah dan serentak. Lakukan 50x. Latihan ini dapat memperkuat dan merilekskan otot dasar pelvis dan jalan lahir.
- b. Latihan transversus. Posisi merangkak dengan punggung lurus. Tarik napas dan keluarkan, perlahan tarik ke dalam bagian bawah abdomen di bawah umbilikus sambil tetap menahan tulang belakang agar tidak bergerak dan bernapas secara normal. Tahan posisi tersebut selama 10 detik. Lakukan 10x. Ini bertujuan untuk mengurangi rasa sakit di punggung dan pelvis.
- c. Menengadahkan atau mengayun pelvis. Lakukan latihan ini pada posisi setengah berbaring, ditopang dengan baik menggunakan bantal, lutut ditekuk dan kaki datar. Tempatkan satu tangan di bawah punggung bagian bawah dan tangan satunya diatas abdomen. Kencangkan abdomen dan bokong dan tekan bagian punggung ke bawah. Bernapas secara normal tahan selama 10 detik, kemudian rileks.
- d. Latihan kaki dan tungkai. Duduk atau setengah berbaring dengan tungkai ditopang. Tekuk dan regangkan pergelangan kaki sedikitnya 12x. Putar kedua pergelangan kaki

sedikitnya 20x pada tiap arah. Konstaksikan kedua lutut tahan sampai hitungan 4, kemudian rileks, ulangi 12x. Hal ini dapat mengurangi kram, varises vena, dan edema.

Kebutuhan Istirahat/Tidur Waktu tidur pada wanita dipengaruhi oleh perubahan psikologi efek dari hormon endokrin, temperatur tubuh, mood dan status emosi selama pubertas, siklus menstruasi, kehamilan, dan menopause. Berdasarkan survey oleh Hedman terhadap 325 wanita hamil didapati frekuensi tidur ibu hamil, sebelum hamil 8,2 jam/ hari, pada trimester I 7,8 jam/ hari, trimester II 8 jam/ hari, trimester III 7,8 jam/ hari.

Kebutuhan seksual Pengaruh pekerjaan terhadap kehamilan Kebutuhan psikologis ibu hamil

DAFTAR PUSTAKA

Essay Exercises

Myles Textbook for Midwives

Midwifery-Community-Based Care During The Childbearing Year

A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth

Varney's, Midwifery. Third Edition, 2010

Valery Edge, Mindi Miller, 1994. Women's Health Care. Mosby USA

Betty R. Sweet, 1997. Mayes a Textbook for Midwives., V. Ruth Bennett, Linda K.

Brown, 1999, Myles Textbook for Midwives.

Midwifery Preparation for Practice, Sally Pairman Sally Tracy, Carol Thorogoop Jan

Pincombe, Second ,Sydney Edinburgh London nnew York 2010 ISBN 078-0-7295-

3928-9 [1 R]

BAB V

ASUHAN KEBIDANAN KALA I

A. Deskripsi Singkat

Fase ini disebut juga kala pembukaan. Pada tahap ini terjadi pematangan dan pembukaan mulut rahim hingga cukup untuk jalan keluar janin. Pada kala 1 terdapat dua fase yaitu : 1. Fase laten: pembukaan sampai mencapai 3 cm, berlangsung sekitar delapan jam. 2. Fase aktif: pembukaan dari 3 cm sampai lengkap (+ 10 cm), berlangsung sekitar enam jam.

B. Manfaat

- a. Mahasiswa dapat meningkatkan pengetahuan dan pemahaman tentang asuhan kebidanan persalinan kala I
- b. Mahasiswa dapat mengetahui persiapan persalinan kala I
- c. Mahasiswa dapat mengetahui pendokumentasian tentang persalinan kala I

C. Tujuan Pembelajaran

- a. Setelah mengikuti perkuliahan menggunakan bahan ajar ini mahasiswa mampu menjelaskan fase – fase di kala I
- b. Setelah mengikuti pembelajaran menggunakan bahan ajar ini mahasiswa mampu menjelaskan persiapan di kala I
- c. Setelah mengikuti pembelajaran menggunakan bahan ajar ini mahasiswa mampu menjelaskan asuhan sayang ibu di kala I
- d. Setelah mengikuti pembelajaran menggunakan bahan ajar ini mahasiswa mampu menjelaskan partograf

D. Materi

Persalinan normal yaitu proses pengeluaran buah kehamilan cukup bulan yang mencakup pengeluaran bayi, plasenta dan selaput ketuban, dengan presentasi kepala (posisi belakang kepala), dari rahim ibu melalui jalan lahir (baik jalan lahir lunak maupun kasar), dengan tenaga ibu sendiri (tidak ada intervensi dari luar). Dalam persalinan terdapat 4 kala persalinan.

1. kala 1 persalinan

Dimulainya proses persalinan yang ditandai dengan adanya kontraksi yang teratur, adekuat dan menyebabkan perubahan pada serviks hingga mencapai pembukaan lengkap.

Fase Kala I Persalinan

1. fase laten

- dimulai dari awal kontraksi hingga pembukaan mendekati 4 cm
- kontraksi mulai teratur tetapi lamanya masih diantara 20-30 detik
- tidak terlalu mules

2. fase aktif

- kontraksi di atas 3 kali dalam 10 menit
- lama kontraksi 40 detik atau lebih dan mules
- pembukaan dari 4 cm sampai lengkap(10cm)
- terdapat penurunan bagian terbawah janin

Persiapan

- ruang bersalin dan asuhan bayi baru lahir
- perlengkapan dan obat esensial

- rujukan (bila diperlukan)
- asuhan sayang ibu dalam kala 1
- upaya pencegahan infeksi yang diperlukan

Asuhan Sayang Ibu

- memberi dukungan emosional kepada ibu bahwa ibu harus bangga dan mensyukuri anugerah yang telah diberikan oleh Allah SWT dan optimis bahwa ibu bisa mendidik anak dengan baik mengatur posisi yang nyaman bagi ibu
- cukup asupan cairan dan nutrisi
- keleluasaan untuk mobilisasi, termasuk ke kamar kecil
- penerapan prinsip pencegahan infeksi yang sesuai

Yang tidak dianjurkan

- kateterisasi rutin
- periksa dalam berulang kali (tanpa indikasi yang jelas)
- mengharuskan ibu pada posisi tertentu dan membatasi mobilisasi (pergerakan)
- memberikan informasi yang tidak akurat atau berlawanan dengan kenyataan

Mengosongkan kandung kemih

- memfasilitasi kemajuan persalinan
- memberi rasa nyaman bagi ibu
- mengurangi gangguan kontraksi
- mengurangi penyulit pada distosia bahu (bahu besar/lebar)

- bila dilakukan sendiri dapat mencegah terjadinya infeksi akibat trauma atau iritasi

Anamnesis/wawancara

- identifikasi klien (biodata)
- gravida (kehamilan), para (persalinan), abortus (keguguran), jumlah anak yang hidup
- HPHT (Hari Pertama Haid yang Terakhir)
- taksiran persalinan
- riwayat penyakit (sebelum dan selama kehamilan) termasuk alergi
- riwayat persalinan

Periksa abdomen

- tinggi fundus uteri (TFU)
- menentukan presentasi dan letak janin
- menentukan penurunan bagian terbawah janin
- memantau denyut jantung janin (DJJ)
- menilai kontraksi uterus

Periksa dalam (PD)

- tentukan konsistensi dan pendataran serviks (termasuk kondisi jalan lahir)
- mengukur besarnya pembukaan
- menilai selaput ketuban
- menentukan presentasi dan seberapa jauh bagian terbawah telah melalui jalan lahir
- menentukan denominator (petunjuk)

Riwayat yang harus diperhatikan

- pernah bedah sesar (sectio cesarea)
- riwayat perdarahan berulang
- prematuritas atau tidak cukup bulan
- ketuban pecah dini (ketuban pecah sebelum waktunya)
- pewarnaan mekonium cairan ketuban
- infeksi ante atau intrapartum
- hipertensi
- tinggi badan dibawah 140 (resiko panggul sempit)
- adanya gawat janin
- primipara dengan bagian terbawah masih tinggi
- malpresentasi atau malposisi
- tali pusat menumbung
- keadaan umum jelek atau syok
- inersia uteri atau fase laten memanjang
- partus lama

Partograf

Instrumen untuk memantau kemajuan persalinan, data untuk membuat keputusan klinik dan dokumentasi asuhan persalinan yang diberikan oleh seorang penolong persalinan.

BAB VI

ASUHAN KEBIDANAN KALA II

A. Deskripsi Singkat

Kala II dalam persalinan adalah janin mulai keluar dari dalam kandungan yang membutuhkan waktu sekitar dua jam. Fase dimulai saat serviks sudah membuka selebar 10cm hingga bayi lahir lengkap. Pada kala 2, ketuban sudah pecah atau baru pecah spontan, dengan kontraksi yang lebih sering terjadi yaitu 3-4 kali tiap 10 menit.

B. Manfaat

Mahasiswa dapat melaksanakan asuhan ibu bersalin pada setiap tahapan persalinan

C. Tujuan Pembelajaran

- a. Setelah mengikuti perkuliahan menggunakan bahan ajar ini mahasiswa mampu menjelaskan asuhan sayang ibu pada kala II persalinan dengan benar
- b. Setelah mengikuti pembelajaran menggunakan bahan ajar ini mahasiswa mampu menjelaskan posisi meneran kala II dengan benar
- c. Setelah mengikuti pembelajaran menggunakan bahan ajar ini mahasiswa mampu menjelaskan asuhan kala II persalinan dengan tepat

D. Materi

1. Asuhan Sayang Ibu kala II

Bentuk-bentuk asuhan sayang ibu pada kala 2 persalinan meliputi :

- a. Pendampingan keluarga : selama proses persalinan berlangsung, ibumembutuhkan pendamping dari keluarga (suami, orang tua, atau kerabatyang disayangi ibu). Bidan

bertugas memfasilitasi pendampingan keluarga, agar dapat mewujudkan persalinan yang lancar.

- b. Melibatkan keluarga : dalam memberikan asuhan kebidanan selama proses persalinan, keterlibatan keluarga dibutuhkan, misalnya dalam hal: berganti posisi, teman bicara, melakukan rangsangan, memberi makan dan minum, membantu mengatasi rasa nyeri (pijat lumbal/pinggang belakang). Bidan bertugas memfasilitasi keterlibatan keluarga dalam setiap asuhan.
- c. KIE proses persalinan : dalam asuhan sayang ibu, bidan berkewajiban memberikan informasi mengenai proses persalinan atau kelahiran janin pada ibu dan keluarga. Hal ini bertujuan agar ibu dan keluarga kooperatif dan dapat mengurangi tingkat kecemasan. Pada setiap tindakan yang akan dilakukan, bidan harus selalu menginformasikan pada ibu dan keluarga, serta memberikan kesempatan bertanya tentang apapun yang dirasa belum jelas, kemudian bidan wajib memberikan penjelasan dengan baik. Setiap hasil tindakan/pemeriksaan, bidan menginformasikan kepada ibu dan keluarga.
- d. Dukungan psikologis : dukungan psikologis dapat diberikan dengan bimbingan persalinan dan menawarkan bantuan/pertolongan pada ibu dan keluarga. Bidan memberikan kenyamanan, dan berusaha menenangkan hati ibu dalam menghadapi dan menjalani proses persalinan. Bidan juga memberikan perhatian agar dapat mengurangi tingkat ketegangan/kecemasan, sehingga dapat membantu kelancaran proses persalinan.
- e. Membantu ibu memilih posisi persalinan : posisi persalinan dibedakan menjadi dua, yaitu posisi persalinan kala 1 dan posisi persalinan kala 2. Posisi persalinan yang tepat (kala 1 dan kala 2), dapat mengurangi tingkat nyeri dan meningkatkan kenyamanan ibu.
- f. Pemberian nutrisi (makan dan minum) : bidan perlu memperhatikan pemenuhan kebutuhan cairan, elektrolit dan nutrisi ibu bersalin. Hal ini dilakukan untuk mencegah terjadinya dehidrasi dan kala 2 memanjang. Dehidrasi pada ibu bersalin dapat berpengaruh terhadap gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit yang penting, yang dapat berpengaruh pada kontraksi uterus dan kemajuan persalinan.

- g. Cara meneran/mengejan : bidan mulai memimpin ibu untuk mengejan saat pembukaan sudah lengkap dan sudah ada dorongan meneran dari ibu. Memimpin meneran dengan benar dan memperhatikan respon ibu, merupakan bentuk asuhan sayang ibu. Bidan tidak diperkenankan meminta ibu untuk secara terus-menerus meneran tanpa mengambil nafas saat meneran (tidak diperkenankan memimpin meneran sambil menyuruh ibu menahan nafas). Bidan sebaiknya menyarankan ibu untuk beristirahat dalam waktu relaksasi kontraksi (diantara dua his). Hal ini bertujuan untuk mengantisipasi agar ibu tidak kelelahan dan menghindari resiko asfiksia karena suply oksigen ke janin melalui placenta berkurang

Posisi Meneran Kala II

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

Bidan harus memahami posisi-posisi melahirkan, bertujuan untuk menjaga agar proses kelahiran bayi dapat berjalan se normal mungkin, menghindari intervensi untuk meningkatkan persalinan normal (semakin normal proses kelahiran, semakin aman kelahiran bayi itu sendiri). Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam menentukan posisi melahirkan :

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

BAB VII

ASUHAN KEBIDANAN KALA III

A. Deskripsi Singkat

Tahap ini disebut juga kala uri, yaitu saat plasenta ikut keluar dari dalam rahim. Fase ini dimulai saat bayi lahir lengkap dan diakhiri keluarnya plasenta. Pada tahap ini biasanya kontraksi bertambah kuat, namun frekuensi dan aktivitas rahim terus menurun. Plasenta bisa lepas spontan atau tetap menempel dan membutuhkan bantuan tambahan.

B. Manfaat

- a. Mahasiswa dapat meningkatkan pengetahuan dan pemahaman tentang asuhan kebidanan persalinan kala 3
- b. Mahasiswa dapat mengetahui persiapan persalinan kala 3
- c. Mahasiswa dapat mengetahui pendokumentasian tentang persalinan kala 3

C. Tujuan Pembelajaran

- a. Setelah mengikuti perkuliahan menggunakan bahan ajar ini mahasiswa mampu menjelaskan fase – fase di kala3
- b. Setelah mengikuti pembelajaran menggunakan bahan ajar ini mahasiswa mampu menjelaskan persiapan di kala 3
- c. Setelah mengikuti pembelajaran menggunakan bahan ajar ini mahasiswa mampu menjelaskan asuhan fisiologis di kala 3

D. Materi

Kala III (Pengeluaran Plasenta)

Partus kala III disebut pula kala uri. Kala III ini, seperti dijelaskan tidak kalah pentingnya dengan kala I dan II. Kelainan dalam memimpin kala III dapat mengakibatkan kematian karena perdarahan. Kala uri dimulai sejak dimulai sejak bayi lahir lengkap sampai plasenta lahir lengkap. Terdapat dua tingkat pada kelahiran plasenta yaitu:

- 1) melepasnya plasenta dari implantasi pada dinding uterus;
- 2) pengeluaran plasenta dari kavum uteri (Wiknjastro, 1999, hlm. 198).

Menurut Sulistyawati dan Nugraheny (2010, hlm. 8) lepasnya plasenta sudah dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda sebagai berikut:

- (a) Uterus mulai membentuk bundar;
- (b) Uterus terdorong ke atas, karena plasenta dilepas ke segmen bawah Rahim;
- (c) Tali pusat bertambah panjang;
- (d) Terjadi perdarahan.

1) Perubahan Fisiologis Kala III

Pada kala III persalinan, otot uterus menyebabkan berkurangnya ukuran rongga uterus secara tiba-tiba setelah lahirnya bayi. Penyusutan ukuran rongga uterus ini menyebabkan implantasi plasenta karena tempat implantasi menjadi semakin kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah. Oleh karena itu plasenta akan menekuk, menebal, kemudian terlepas dari dinding uterus. Setelah lepas, plasenta akan turun ke bagian bawah uterus atau bagian atas vagina (Rohani dkk, 2011, hlm. 8).

2) Penatalaksanaan Fisiologis Kala III

Penatalaksanaan aktif didefinisikan sebagai pemberian oksitosin segera setelah lahir bahu anterior, mengklem tali pusat segera setelah kelahiran bayi, menggunakan traksi tali pusat terkendali untuk kelahiran plasenta (Varney, 207, hlm. 827).

Menurut Wiknjastro (2008) langkah pertama penatalaksanaan kala III

pelepasan plasenta adalah:

- a) Mengevaluasi kemajuan persalinan dan kondisi ibu.
- b) Pindahkan klem pada tali pusat sekitar 5-10 cm dari vulva, satu tangan ditempatkan di abdomen ibu untuk merasakan, tanpa melakukan masase. Bila plasenta belum lepas tunggu hingga uterus berkontraksi.
- c) Apabila uterus berkontraksi maka tegangkan tali pusat ke arah bawah, lakukan tekanan dorso-kranial hingga tali pusat makin menjulur dan korpus uteri bergerak ke atas menandakan plasenta telah lepas dan dapat dilahirkan.
- d) Setelah plasenta lepas anjurkan ibu untuk meneran agar plasenta terdorong keluar melalui introitus vagina.
- e) Lahirkan plasenta dengan mengangkat tali pusat ke atas dan menopang plasenta dengan tangan lainnya untuk meletakkan dalam wadah penampung.
- f) Karena selaput ketuban mudah sobek, pegang plasenta dengan keua tangan dan secara lembut putar plasenta hingga selaput ketuban terilinmenjadi satu. Lakukan penarikan dengan lembut dan perlahan-lahan untuk melahirkan selaput ketuban.

3) Asuhan Persalinan Kala III

Menurut Sulistyawati dan Nugraheny asuhan kala III persalinan adalah sebagai berikut: (a) memberikan pujian kepada pasien atas keberhasilannya; (b) lakukan manajemen aktif kala III; (c) pantau kontraksi uterus; (d) berikan dukungan mental pada pasien; (e) berikan informasi mengenai apa yang harus dilakukan oleh pasien dan pendamping agar proses kelahiran plasenta lancar; (f) jaga kenyamanan pasien dengan menjaga kebersihan tubuh bagian bawah (perineum)

BAB VIII

ASUHAN KEBIDANAN KALA IV

A. Deskripsi Singkat

Tahap ini merupakan masa satu jam usai persalinan yang bertujuan untuk mengobservasi persalinan. Pada tahap ini plasenta telah berhasil dikeluarkan dan tidak boleh ada pendarahan dari vagina atau organ. Luka-luka pada tubuh ibu harus dirawat dengan baik dan tidak boleh ada gumpalan darah.

B. Manfaat

- a. Mahasiswa dapat meningkatkan pengetahuan dan pemahaman tentang asuhan kebidanan persalinan kala 4
- b. Mahasiswa dapat mengetahui persiapan persalinan kala 4
- c. Mahasiswa dapat mengetahui pendokumentasian tentang persalinan kala 3

C. Tujuan Pembelajaran

1. Setelah mengikuti perkuliahan menggunakan bahan ajar ini mahasiswa mampu menjelaskan asuhan kebidanan di kala 4
2. Setelah mengikuti pembelajaran menggunakan bahan ajar ini mahasiswa mampu menjelaskan persiapan di kala 4

D. Materi

Kala IV (Observasi)

Setelah plasenta lahir lakukan ransangan taktil (masase uterus) yang bertujuan untuk merangsang uterus berkontraksi baik dan kuat. Lakukan evaluasi tinggi fundus dengan meletakkan jari tangan secara melintang dengan pusat sebagai patokan. Umumnya, fundus uteri setinggi atau beberapa jari di bawah pusat. Kemudian perkirakan kehilangan darah secara keseluruhan periksa kemungkinan perdarahan dari robekan perineum. Lakukan evaluasi keadaan umum ibu dan dokumentasikan semua asuhan dan temuan selama persalinan kala IV (Wiknjosastro, 2008, hlm. 110).

Menurut Sulisetyawati dan Nugraheny (2010) kala IV mulai dari lahirnya plasenta selama 1-2 jam. Kala IV dilakukan observasi terhadap perdarahan pascapersalinan, paling sering terjadi 2 jam pertama. Observasi yang dilakukan adalah sebagai berikut:

- a) Tingkat kesadaran pasien
- b) Pemeriksaan tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi, suhu, dan pernafasan.
- c) Kontraksi uterus
- d) Terjadinya perdarahan. Perdarahan dianggap masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc.

1) Asuhan Kala IV Persalinan

Menurut Rohani dkk (2011, hlm. 234) secara umum asuhan kala IV persalinan adalah:

- (a) Pemeriksaan fundus setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit jam ke 2. Jika kontraksi uterus tidak kuat, masase uterus sampai menjadi keras.
- (b) Periksa tekanan darah, nadi, kandung kemih, dan perdarahan tiap 15 menit pada jam pertama dan 30 menit pada jam ke 2.
- (c) Anjurkan ibu untuk minum untuk mencegah dehidrasi.
- (d) Bersihkan perineum dan kenakan pakaian yang bersih dan kering.
- (e) Biarkan ibu beristirahat karena telah bekerja keras melahirkan bayinya, bantu ibu posisi yang nyaman.

- (f) Biarkan bayi didekat ibu untuk meningkatkan hubungan ibu dan bayi.
- (g) Bayi sangat bersiap segera setelah melahirkan. Hal ini sangat tepat untuk memberikan ASI
- (h) Pastikan ibu sudah buang air kecil tiga jam pascapersalinan.
- (i) Anjurkan ibu dan keluarga mengenal bagaimana memeriksa fundus dan menimbulkan kontraksi serta tanda-tanda bahaya ibu dan bayi.

BAB IX

DETEKSI DINI KOMPLIKASI PERSALINAN DAN CARA PENANGANANNYA

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 : terlepasnyasebagian/ seluruh permukaan maternal plasenta dr 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: deformitas panggul dan kegagalan bahu untuk melompat 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. Perluasan jalan lahir Perdarahan dlm keadaan dimana plasenta telah lahir lengkap dan kontraksi rahim baik. terdiri dari : robekan perineum, hematoma vulva, robekan dinding vagina, robekan serviks, ruptura uteri 5.
- e. Retensio Plasenta Plasenta yang belum lahir dalam setengah jam setelah janin lahir. Penyebab: plasenta adhesiva, akreta, inkarserata.

3) Kegawatdaruratan pada masa nifas

- a) Infeksi Nifas Infeksi pada dan melalui fraktur genitalis 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, korioamnionitis, persalinan traumatik, pemeriksaan 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

- a. Untuk mengetahui kegawatdaruratan pada neonatus
- b. Untuk mengetahui kondisi-kondisi yang menyebabkan kegawatdaruratan pada neonatus.
- c. 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 fungsi neurologi 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. Pemberikan 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
 - d) 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 genitalia 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
 - i. Tindakan umum Pantau tanda-tanda vital
 - ii. 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
 - iii. Pemberian cairan intravena Banyaknya cairan yang diberikan harus diperhitungkan secara hati-hati, tidak sebebaskan seperti syok pada perdarahan, oleh karena tidak terdapat kehilangan jumlah cairan yang banyak.

- iv. Pemberian antibiotic Diberikan apabila terdapat infeksi, pada kasus sepsis, syok septik.
- v. Pemeriksaan darah Bila tampak anemic diperiksa hemoglobin dan hematokrit sekaligus golongan darah dan cross match
- vi. 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 alatalat.

- 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 sertai 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

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

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.

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.

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).

c. 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
- Periksa plasenta dan ketuban apakah lengkap atau tidak
- Lakukan eksplorasi kavum 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

d. Penanganan khusus atonia uteri

- a) Resusitasi Apabila terjadi perdarahan pospartum 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 muntah, 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 mual dan muntah. Obat ini tidak boleh diberikan pada pasien dengan hipertensi. Uterotonika prostaglandin merupakan sintetik analog 15 metil prostaglandin F₂alpha. 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 pospartum (5 tablet 200 µg = 1 g).

Prostaglandin ini merupakan uterotonika yang efektif tetapi dapat menimbulkan efek samping prostaglandin seperti: mual, muntah, 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 postpartum masif yang membutuhkan tindakan operatif. Insidensi mencapai 7-13 per 10.000 kelahiran, dan lebih banyak terjadi pada persalinan abdominal dibandingkan vaginal.

- e. Komplikasi Di samping menyebabkan kematian, syok, HPP memperbesar kemungkinan terjadinya infeksi peripartum 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 atrifi alat-alat genital, kehilangan rambut pubis dan ketiak, penurunan metabolisme dan hipotensi, amenorea dan kehilangan fungsi laktasi.

- f. Pencegahan Antenatal care yang baik dan mencegah terjadinya anemia dalam kehamilan merupakan hal yang paling penting. Karena pada persalihan 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. Menejemen 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

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.

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).

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

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

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 kooperatif 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
4. Basuh uterus dengan larutan antiseptik dan tutup dengan kain basah (dengan NaCl hangat) menjelang operasi.

Pencegahan inversi sebelum tindakan koreksi manual

- a. Pasang sarung tangan DTT

- b. 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
- c. 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
- d. Pasang ujung selang douche pada forniks posterior sampai menutup labla sekitar ujung selang dengan tangan
- e. 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

- a. Kaji ulang indikasi
- b. Kaji ulang prinsip dasar perawatan operatif
- c. Lakukan insisi dinding abdomen sampai poritenum dan singkirkan usus dengan kasa. Tampak uterus berupa lekukan.
- d. Dengan jari tangan lakukan delatasi cincin konstiksi serviks
- e. Pasang tenakulum melalui cincin serviks pada fundus.
- f. Lakukan tarikan/traksi ringan pada fundus sementara asisten melakukan koreksi manual melalui vagina
- g. Jika tindakan traksi gagal, lakukan insisi cincin konstiksi serviks dibelakang untuk menghindari resiko cedera kandung kemih. Ulang tindakan dilatasi, pemasangan tenakulum dan traksi fundus.
- h. Jika koreksi berhasil, tutup dinding abdomen setelah melakukan
- i. 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 profilaksis 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

5. 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 Chirstmas 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 hemofila 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 eklampsia 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 proteinuri. 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 tekenen sistolik meningkat > 30 mmHg atau tekanan diastolik > 15 mmHg yang di ukur setelah pasien beristirahat selama 30 menit. Tekanan diastolik pada trimester kedua yang lebih dari 85 mmHg patut dicurigai sebagai bakat 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) Pre eklamsia 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) Pre eklamsia 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 mningkat, 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 mecegah kejang : a larutan sulfas magnesikus 50% sebanyak 10 ml disuntikkan IM, dapat diulang 2 ml tiap 4 jam. b lytic cocktai, 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 1014 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.
 - b) Prasyarat
 1. Kebijakan dan protocol setempat yang mendukung bidan memberikan pengobatan awal untuk penatalaksanaan kegawat daruratan preeklampsia berat/eklampsia.
 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 preeklampsia termasuk pengukuran tekanan darah. Hasil
 - Penurunan kejadian eklamsia
 - Ibu hamil yang mengalami preeklamsia berat dan eklamsia mendapatkan penanganan yang cepat dan tepat
 - Ibu dengan tanda-tanda preeklamsia ringan mendapatkan perawatan yang tepat dan memadai serta pemantauan
 - Penurunan kesakitan dan kematian akibat eklamsia
 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, Calcium 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 eklamsi ringan (tekanan darah dengan tekanan diastolik 90-110 mmHg dalam dua pengukuran berjarak 1 jam). Pantau tekanan darah ibu hamil pada setiap pemeriksaana 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 diastolik >110 mmHg) yaitu : protein dalam air seni, nyeri kepala hebat, gangguan penglihatan, mengantuk, tidak enak, nyeri epigastrik.
3. Catat tekanan darah ibu, segeera 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.
 - Beringkan ibu dengan posisi miring ke kiri, berikan oksigen (4 sampai 6liter 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 MgSO4 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 MgSO4 sebaga berikut:
 - Frekuensi pernafasan kurang dari 16 kali permenit
 - Pengeluaran air seni kurang dari 30cc perjam selam 4 jam terkhir
 - 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. Damping ibu dalam perjalanan dan berrikan 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 MgSO4.

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 1g/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 510mg IV atau amobarbital 250mg IV.
4. Penggunaan MgSO₄, biasanya sampai 24 jam setelah bayi lahir, atau setelah produksi urin normal kembali.

Catatan

1. Kejang hamper selalu dapat diatasi bila kadar MgSO₄.
2. Plasma 8-10 mEq/L
3. Henti nafas akan terjadi pada kadar 12 mEq/L atau lebih. 4. Lethal dose adalah kadar MgSO₄ \geq 20 mEq/L

Bila terjadi henti (depresi nafas)

1. Berikan anti dotum yakni glukonas calcicus 1gm IVpelan – pelan disertai O₂ 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 harganya pun 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 (≥ 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 manuever 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 maneuver :

 - 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 Tehnik 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 1800 secara “crock 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 menggunting klavikula.

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

1. Minta bantuan – asisten , ahli anaestesi dan ahli anaestesi.
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

BAB X

PENDOKUMENTASIAN

TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM

Mengenalkan kepada para peserta untuk memahami mengenai pentingnya dokumentasi kebidanan dalam penyediaan pelayanan bidan. Penulisan dokumentasi mendukung dan melaporkan bahwa pelaksanaan tugas bidan telah dilaksanakan dan mengindikasikan hasil kondisi para pasien.

TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS

1. Untuk mengetahui apa itu dokumentasi
2. Untuk memahami tujuan dokumentasi
3. Untuk mengetahui prinsip-prinsip dokumentasi
4. Untuk mengetahui teknik pendokumentasian
5. Untuk mengetahui bagaimana menerapkan pelayanan keperawatan/kebidanan melalui pendokumentasian

MATERI

1. Definisi dari dokumentasi
2. Tujuan pendokumentasian dalam keperawatan/kebidanan
3. Prinsip-prinsip pendokumentasian
4. Teknik dokumentasi dalam pelayanan keperawatan/kebidanan
5. Berbagai macam metode pendokumentasian

DOKUMENTASI DALAM ASUHAN KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN

PENDAHULUAN

Pelayanan kebidanan merupakan pelayanan profesional dari pelayanan kesehatan yang tersedia selama 24 jam secara berkelanjutan selama masa perawatan pasien. Dengan demikian, pelayanan kebidanan memegang peranan penting dalam upaya menjaga dan meningkatkan kualitas pelayanan di rumah sakit dan puskesmas.

Dokumentasi kebidanan tidak hanya merupakan dokumen sah tapi juga instrumen untuk melindungi para pasien, perawat dan bidan secara sah; oleh karena itu, perawat/bidan diharapkan dapat bekerja sesuai dengan standar profesional.

PENGERTIAN

Tungpalan (1983) mengatakan bahwa “Dokumen adalah suatu catatan yang dapat dibuktikan atau dijadikan bukti dalam persoalan hukum“. Sedangkan pendokumentasian adalah pekerjaan mencatat atau merekam peristiwa dan objek maupun aktifitas pemberian jasa (pelayanan) yang dianggap berharga dan penting .

Dokumentasi asuhan dalam pelayanan kebidanan adalah bagian dari kegiatan yang harus dikerjakan oleh perawat dan bidan setelah memberi asuhan kepada pasien. Dokumentasi merupakan suatu informasi lengkap meliputi status kesehatan pasien, kebutuhan pasien, kegiatan asuhan keperawatan/kebidanan serta respons pasien terhadap asuhan yang diterimanya. Dengan demikian dokumentasi keperawatan/ kebidanan mempunyai porsi yang besar dari catatan klinis pasien yang menginformasikan faktor tertentu atau situasi yang terjadi selama asuhan dilaksanakan. Disamping itu catatan juga dapat sebagai wahana komunikasi dan koordinasi antar profesi (Interdisipliner) yang dapat dipergunakan untuk mengungkap suatu fakta aktual untuk dipertanggungjawabkan.

Dokumentasi asuhan kebidanan merupakan bagian integral dari asuhankebidanan yang dilaksanakan sesuai standar. Dengan demikian pemahaman dan ketrampilan dalam menerapkan standar dengan baik merupakan suatu hal yang mutlak bagi setiap tenaga kebidanan agar mampu membuat dokumentasi keperawatan/kebidanan secara baik dan benar

PENDOKUMENTASIAN

Catatan pasien merupakan suatu dokumen yang legal, dari status sehat sakit pasien pada saat lampau, sekarang, dalam bentuk tulisan, yang menggambarkan asuhan kebidanan yang diberikan. Umumnya catatan pasien berisi informasi yang mengidentifikasi masalah, diagnosa kebidanan dan medik, respons pasien terhadap asuhan kebidanan yang diberikan dan respons terhadap pengobatan serta berisi beberapa rencana untuk intervensi lebih lanjutan. Keberadaan dokumentasi baik berbentuk catatan maupun laporan akan sangat membantu komunikasi antara sesama bidan maupun disiplin ilmu lain dalam rencana pengobatan.

Katagori informasi yang biasanya masuk dalam status (*chart*) pasien adalah :

- Data demografik
- Riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik
- Formulir persetujuan
- Diagnosa
- Pengobatan
- Catatan perkembangan /kemajuan
- Catatan secara berkesinambungan (*flow sheet*)
- Catatan perawat
- Keberadaan dokumentasi baik berbentuk catatan maupun laporan akan sangat membantu dalam berkomunikasi baik antara sesama perawat/bidan maupun lembaran tindakan (*treatment*)
- Catatan laboratorium
- Laporan rontgen (X – ray)
- Ringkasan pasien pulang

TUJUAN DOKUMENTASI

1. Sebagai Sarana Komunikasi

Dokumentasi yang dikomunikasikan secara akurat dan lengkap dapat berguna untuk:

- a. Membantu koordinasi asuhan kebidanan yang diberikan oleh tim kesehatan.
- b. Mencegah informasi yang berulang terhadap pasien atau anggota tim kesehatan atau mencegah tumpang tindih, bahkan sama sekali tidak dilakukan untuk mengurangi kesalahan dan meningkatkan ketelitian dalam memberikan asuhan kebidanan pada pasien.
- c. Membantu tim bidan dalam menggunakan waktu sebaik-baiknya.

2. Sebagai Tanggung Jawab dan Tanggung Gugat

Sebagai upaya untuk melindungi pasien terhadap kualitas pelayanan kebidanan yang diterima dan perlindungan terhadap keamanan bidan dalam melaksanakan tugasnya, maka bidan diharuskan mencatat segala tindakan yang dilakukan terhadap pasien. Hal ini penting berkaitan dengan langkah antisipasi terhadap ketidakpuasan pasien terhadap pelayanan yang diberikan dan kaitannya dengan aspek hukum yang dapat dijadikan settle concern, artinya dokumentasi dapat digunakan untuk menjawab ketidakpuasan terhadap pelayanan yang diterima secara hukum.

3. Sebagai Informasi statistik

Data statistik dari dokumentasi kebidanan dapat membantu merencanakan kebutuhan di masa mendatang, baik SDM, sarana, prasarana dan teknis.

4. Sebagai Sarana Pendidikan

Dokumentasi asuhan keperawatan/kebidanan yang dilaksanakan secara baik dan benar akan membantu para siswa keperawatan/kebidanan maupun siswa kesehatan lainnya dalam proses belajar mengajar untuk mendapatkan pengetahuan dan membandingkannya, baik teori maupun praktek lapangan.

5. Sebagai Sumber Data Penelitian

Informasi yang ditulis dalam dokumentasi dapat digunakan sebagai sumber data penelitian. Hal ini erat kaitannya dengan yang dilakukan terhadap asuhan kebidanan yang diberikan, sehingga melalui penelitian dapat diciptakan satu bentuk pelayanan kebidanan yang aman, efektif dan etis.

6. Sebagai Jaminan Kualitas Pelayanan Kesehatan

Melalui dokumentasi yang dilakukan dengan baik dan benar, diharapkan asuhan /kebidanan yang berkualitas dapat dicapai, karena jaminan kualitas merupakan bagian dari program pengembangan pelayanan kesehatan. Suatu perbaikan tidak dapat diwujudkan tanpa dokumentasi yang kontinu, akurat dan rutin baik yang dilakukan oleh bidan maupun tenaga kesehatan lainnya. Audit jaminan kualitas membantu untuk menetapkan suatu akreditasi pelayanan keperawatan/kebidanan dalam mencapai standar yang telah ditetapkan.

7. Sebagai Sumber Data Perencanaan Asuhan kebidanan Berkelanjutan

Dengan dokumentasi akan didapatkan data yang aktual dan konsisten mencakup seluruh kegiatan kebidanan yang dilakukan melalui tahapan kegiatan proses keperawatan.

PRINSIP-PRINSIP PENCATATAN / DOKUMENTASI

Prinsip pencatatan ditinjau dari dua segi, yaitu dari segi isi maupun teknik pencatatan.

A. ISI PENCATATAN

1. Mengandung Nilai Administratif

Misalnya rangkaian pendokumentasian kegiatan pelayanan keperawatan merupakan alat pembelaan yang sah manakala terjadi gugatan.

2. Mengandung Nilai Hukum

Misalnya catatan medis kesehatan keperawatan/kebidanan dapat dijadikan sebagai pegangan hukum bagi rumah sakit, petugas kesehatan, maupun pasien.

3. Mengandung Nilai Keuangan

Kegiatan pelayanan medis keperawatan/kebidanan akan menggambarkan tinggi rendahnya biaya perawatan yang merupakan sumber perencanaan keuangan rumah sakit.

4. Mengandung Nilai Riset

Pencatatan mengandung data, atau informasi, atau bahan yang dapat digunakan sebagai objek penelitian, karena dokumentasi merupakan informasi yang terjadi di masa lalu.

5. Mengandung Nilai Edukasi

Pencatatan medis keperawatan/kebidanan dapat digunakan sebagai referensi atau bahan pengajaran di bidang profesi si pemakai.

B. TEKNIK PENCATATAN

1. Menulis nama pasien pada setiap halaman catatan bidan

2. Mudah dibaca, sebaiknya menggunakan tinta warna biru atau hitam

3. Akurat, menulis catatan selalu dimulai dengan menulis tanggal, waktu dan dapat dipercaya secara faktual

4. Ringkas, singkatan yang biasa digunakan dan dapat diterima, dapat dipakai.

Contoh : Kg untuk Kilogram

5. Pencatatan mencakup keadaan sekarang dan waktu lampau

6. Jika terjadi kesalahan pada saat pencatatan, coret satu kali kemudian tulis kata “salah” di atasnya serta paraf dengan jelas. Dilanjutkan dengan informasi yang benar “jangan dihapus”. Validitas pencatatan akan rusak jika ada penghapusan.
7. Tulis nama jelas pada setiap hal yang telah dilakukan dan bubuhi tanda tangan
8. Jika pencatatan bersambung pada halaman baru, tandatangani dan tulis kembali waktu dan tanggal pada bagian halaman tersebut.

C. JENIS-JENIS PENCATATAN

Ada dua jenis pencatatan :

1. Catatan Pasen secara Tradisional

Catatan pasien secara tradisional merupakan catatan yang berorientasi pada sumber dimana setiap sumber mempunyai catatan sendiri. Sumber bisa didapat dari perawat, dokter, atau tim kesehatan lainnya. Catatan perawat terpisah dari catatan dokter dan catatan perkembangan. Biasanya catatan ditulis dalam bentuk naratif. Sistem dokumentasi yang berorientasi pada sumber yang ditulis secara terpisah-pisah sulit menghubungkan keadaan yang benar sesuai perkembangan pasien. Catatan tradisional umumnya mempunyai enam bagian, yaitu : catatan khusus, lembar catatan dokter, lembar riwayat medik, lembar identitas, catatan keperawatan, dan laporan khusus lainnya.

2. Catatan Berorientasi pada Masalah

Pencatatan yang berorientasi pada masalah berfokus pada masalah yang sedang dialami pasien. Sistem ini pertama kali diperkenalkan oleh dr. Lawrence Weed dari USA, dimana dikembangkan satu sistem pencatatan dan pelaporan dengan penekanan pada pasien tentang segala permasalahannya. Secara menyeluruh sistem ini dikenal dengan nama “*Problem Oriented Method*”.

Problem Oriented Method (POR) merupakan suatu alat yang efektif untuk membantu tim kesehatan mengidentifikasi masalah-masalah pasien, merencanakan terapi, diagnosa, penyuluhan, serta mengevaluasi dan mengkaji perkembangan pasien. POR adalah suatu konsep, maka disarankan untuk membuat suatu format yang baku. Tiap pelayanan dapat menerapkan konsep ini dan menyesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi setempat.

Komponen dasar POR terdiri dari empat bagian, yaitu :

- a. **Data Dasar**; identitas, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang dan sebelumnya. Riwayat kesehatan keluarga, pemeriksaan fisik, laboratorium, dan lain-lain, data dasar diperlukan tergantung dari unit atau jenis asuhan yang akan diberikan, misalnya: data dasar unit kebidanan akan berbeda dengan unit bedah.
 - b. **Daftar Masalah**; masalah pasien didapat dari hasil kajian. Pencatatan dasar masalah dapat berupa gejala-gejala, kumpulan gejala, atau hasil laboratorium yang abnormal, masalah psikologis, atau masalah sosial. Masalah yang ada mungkin banyak sehingga perlu diatur menurut prioritas masalah dengan memberi nomor, tanggal pencatatan, serta menyebutkan masalahnya. Daftar memberikan keuntungan bagi perawat sebagai perencana keperawatan.
 - c. **Rencana**. Rencana disesuaikan dengan tiap masalah yang ada. Dengan demikian perawat dapat merencanakan sesuai kebutuhan pasien.
 - d. **Catatan Perkembangan Pasien**. Adalah semua catatan yang berhubungan dengan keadaan pasien selama dalam perawatan. Pada umumnya catatan ini terdiri dari beberapa macam bentuk, antara lain :
 - Catatan Berkesinambungan (*Flow Sheet*) Digunakan untuk mencatat hasil observasi perawatan secara umum, khususnya pada keadaan pasien yang sering berubah-ubah dengan cepat.
 - Catatan secara Naratif (*Notes*)
 - Catatan akan Pulang/Sembuh (*Discharge Notes*)
Dokter maupun perawat membuat kesimpulan tentang keadaan pasien selama dirawat, baik mengenai permasalahan dan tindak lanjut yang dibutuhkan
-

CATATAN PERKEMBANGAN PASEN (SUSUNAN PENCATATAN)

Ada beberapa bentuk format dokumentasi yang dapat digunakan perawat untuk mengidentifikasi dan mengatasi masalah pasien antara lain, :

1. SOAP

Format SOAP umumnya digunakan untuk pengkajian awal pasien.

S : Subjective → Pernyataan atau keluhan dari pasien

O : Objective → Data yang diobservasi oleh perawat atau keluarga.

A : Analisis → Kesimpulan dari objektif dan subjektif

P : Planning → Rencana tindakan yang akan dilakukan berdasarkan analisis

Contoh SOAP :

TGL.	WAKTU	MASALAH	S . O . A . P
30/6/01	Jam 14.00	Integritas kulit	<i>S</i> : pasien mengeluh rasa nyeri sekitar luka ketika dipalpasi
			<i>O</i> : pada balutan luka terlihat warna jambu dan tidak berbau
			<i>A</i> : luka memperlihatkan tanda awal dari penyembuhan

			P : teruskan perawatan luka.
--	--	--	------------------------------

Tanda tangan : Bd. Aminah

2. S O A P I E R

Format SOAPIER lebih tepat digunakan apabila rencana pasien ada yang akan dirubah dan proses evaluasi mulai dilakukan.

- S : *Subjective* → Pernyataan atau keluhan pasien
- O : *Objective* → Data yang diobservasi
- A : *Analisis* → Kesimpulan berdasarkan data objektif dan subjektif
- P : *Planning* → Apa yang dilakukan terhadap masalah
- I : *Implementation* → Bagaimana dilakukan
- E : *Evaluation* → Respons pasien terhadap tindakan keperawatan
- R : *Revised* → Apakah rencana keperawatan akan dirubah

CONTOH SOAP IER

TGL.	WAKTU	MASALAH	S . O . A . P . I . E . R
30/6/01	17.00	Luka Infeksi	S : Pasien mengeluh nyeri sekitar luka ketika dipalpasi
			O : Pada balutan luka terlihat ada nanah dan berbau
			A : Terjadi infeksi pada luka
			P : Teruskan perawatan luka
			I : Basahi luka dengan NaCl 0,9% sesuai instruksi
			E : Luka masih bernanah
			R : Ganti balutan menjadi 2 kali/hari

KESIMPULAN

Profesi Kebidanan di Indonesia sebagai suatu profesi yang sedang dalam proses memperjuangkan penerimaan profesi yang mandiri oleh masyarakat membutuhkan upaya aktualisasi diri dalam memberikan pelayanan profesional. Semua ini dapat dicapai apabila perawat/bidan mampu menunjukkan kemampuannya baik dalam bidang pengetahuan, sikap, dan ketrampilan yang didasari oleh ilmu yang jelas, serta mendokumentasikan semua hasil kerja yang telah dilaksanakan secara baik dan benar. Akhirnya dokumentasi dapat meningkatkan kesinambungan perawatan pasien, dan menguatkan akuntabilitas, dan tanggungjawab bidan dalam mengimpelemen-tasikan, dan mengevaluasi pelayanan yang diberikan serta membantu institusi untuk memenuhi syarat akreditasi dan hukum.

EVALUASI

1. Sebutkan pengertian “dokumentasi”
2. Sebutkan tujuan dokumentasi.
3. Sebutkan prinsip-prinsip dalam pencatatan/dokumentasi
4. Sebutkan satu atau dua pencatatan yang dilakukan di tempat tugas anda masing-masing.
5. Sebutkan manfaat dari sistem pencatatan dengan menggunakan metode SOAP dan SOAPIE

DAFTAR PUSTAKA

Doenges, E & Burley. T.J. (1995) *Aplication of Nursing Process and Nrusing Diagnosis.*
Pennsylvania USA.

Eggland, E., Th, (1994) *Nursing Documentation; Charting, Recording, Reporting.*

J.B. Lippincot Company.

CATATAN KEBIDANAN :

Nama :

Usia :

Alamat :

Job :

No. Telephone :

Suami :

Pekerjaan :

No.Telephone :

Dokter :

No.Telephone :

CATATAN ANTENATAL :

Gravida

Paritas

HPHT

Siklus Haid

Lama Haid

Jumlah Darah

Pernah Pendarahan ?

Taksiran Partus

Blood class

Rh

Rubella

Berat Badan

Berat Badan Sewaktu Dating

Berat Badan Sebelum Hamil

Perawatan Gigi

Merokok/Tidak

Berapa banyak

Alkohol

Diet

Exercise

RIWAYAT KEHAMILAN YANG LALU

Tempat Lahir	Umur Kehamilan	Kelahiran	Jenis Kelamin	Berat Badan	Keterangan

HASIL PEMERIKSAAN DARAH

Hb Antibodi AFP TPHA Lain-lain

RIWAYAT PENYAKIT

Patient

Pasangan

Hypertensi :

Thromboembolism :

Jantung :

Ginjal :

Cystitis :
 Herpes genital :
 Thrush :
 PMS :
 Diabetes :
 Gangguan Pernafasan :
 TBC :
 Epilepsi :
 Migraine :
 Kelainan Jiwa :
 Hepatitis :
 Rubella :
 Thypoid :
 Allergi :

Ya/Tidak

Tanggal

Tempat

Operasi :
 Transfusi Darah :
 Masalah Medis Lain :
 Masalah Kehamilan saat ini :
 Breastfeeding :
 Pemeriksaan Nipples :

Kehamilan Sekarang :

Tanggal Kehamilan, Fundus pre/pos, Bjj, Tekanan darah, Taksiran Partus Urine

Komentar:

LAPORAN PERSALINAN

Tanggal/Waktu dipanggil _____ Waktu Datang _____

Riwayat _____

Suhu _____ Pols/Nadi _____ Tekanan Darah _____

Pemeriksaan Awal _____

Perut _____

Vagina _____

Rencana Kegiatan _____

Kemajuan Persalinan _____

RINGKASAN LAPORAN KEHAMILAN

Type Persalinan :

Presentasi pada waktu persalinan :

Selaput ketuban pecah spontan/dipecahkan :

	Awal	Akhir	Jumlah
Kala I :			
Kala II :			
Kala III :			
Kala IV :			
Jumlah :			
Tanggal/Waktu :			
Obat yang diberikan :			

Plasenta dan Selaput :

Lengkap / Tidak Lengkap/ ragu-ragu :

Jumlah pembuluh darah pada tali pusat :

Pengambilan darah dari tali pusat :

Jumlah total perdarahan :

Perineum :

Utuh/robek / episiotomi :

Jahitan /tidak :

Observasi sesudah persalinan :

Suhu :

Nadi :

Tekanan darah :

Fundus uteri :

Lochia :

Pengeluaran urine :

Bayi :

Tanggal dan waktu lahir :

Jenis kelamin :
Berat badan :
Lingkaran kepala :
Resusitasi :
Apgar :

Aspek yang dinilai	0	1	2	1 min	5 min
Detik jantung	Tidak ada	< 100	<100		
Pernapasan	Tidak ada	Pelan/lemah	menangis		
Kekuatan otot	Lemah	sedang	kuat		
Reflek	Tidak ada	sedang	kuat		
Warna kulit	Pucat	Biru/pink	Pink		
Total					

Catatan Abnormalitas :

Observasi setelah lahir

Suhu warna kulit
BAB Bak
ASI Formula

Asuhan Pada Ibu Bersalin

Buku Ajar Asuhan Pada Ibu Bersalin, ditulis untuk memberikan Kemampuan Kepada Mahasiswa agar dapat memberikan Asuhan Persalinan Pada ibu yang bersalin sehingga mahasiswa dapat memberikan asuhan Sacara Komperensif. Buku ini berisikan tentang Konsep dasar Asuhan Persalinan, Faktor-Faktor dalam Persalinan, perubahan pada ibu bersalin, Kebutuhan dasar pada Ibu bersalin, Asuhan Kebidanan pada Persalinan, Serta Deteksi Dini Komplikasi Persalinan dan Pencegahan, dan Pendokumentasian dalam Asuhan Persalinan. Dengan Memahami isi buku ini diharapkan mahasiswa mampu menjelaskan menerapkan asuhan dalam praktik kebidanan.



AKBID WIJAYA HUSADA