

PERSALINAN

*Dari Detik Pertama His
hingga Tangis Pertama Bayi*



Sitti Sarifah Kotarumalos, SST., M.Keb | Amelia Donsu SST, M.Kes | Dina Indarsita, SST., M.Kes | Nani Zulfikar, S.Kep., Ns., M.Kes
Novianti Rizki Amalia, SST., M.Keb | Dr. Bdn. Elli Hidayati, SST;MKM | Siti Mahmudah, S.SiT., M.Kes | Eva Nur Octavia, S.Keb.Bd., M.K.M
Irmawati, S.ST., M.Kes | Revinel, M.Keb | Bdn Anita Lontaan, S.Pd, S.Tr. Keb, M.Kes | Ismi Nur Khasanah, S.ST., M.Keb
Nurlama Siregar S.Kep,Ns,M.Kes | Yuniarti Ekasaputri Burhanuddin, S.SiT., M.Keb | Bdn.Fausiyah Annisa, S.ST., M.Kes
Yufdel, S.Kep,Ns,M.Kes | Sesca Diana Solang, S.SiT,M.Kes



PROMISE

Progres Ilmiah Kesehatan

PERSALINAN : Dari Detik Pertama His hingga Tangis Pertama Bayi

Sitti Sarifah Kotarumalos, SST., M.Keb
Amelia Donsu SST, M.Kes
Dina Indarsita, SST., M.Kes
Nani Zulfikar, S.Kep., Ns., M.Kes
Novianti Rizki Amalia, SST., M.Keb
Dr. Bdn. Elli Hidayati, SST;MKM
Siti Mahmudah, S.Si.T., M.Kes
Eva Nur Octavia, S.Keb.Bd., M.K.M
Irmawati, S.ST.,M.Kes
Revinel,M.Keb
Bdn Anita Lontaan, S.Pd, S.Tr. Keb, M.Kes
Ismi Nur Khasanah, S.ST., M.Keb
Nurlama Siregar S.Kep,Ns,M.Kes
Yuniarti Ekasaputri Burhanuddin, S.S.T., M.Keb
Bdn.Fausiyah Annisa, S.ST., M.Kes
Yufdel, S.Kep,Ns,M.Kes
Sesca Diana Solang,S.SiT,M.Kes

Editor:
La Ode Alifariki, S.Kep., Ns., M.Kes



PROMISE
PROGRES ILMIAH KESEHATAN

PERSALINAN : Dari Detik Pertama His hingga Tangis Pertama Bayi

Penulis:

Sitti Sarifah Kotarumalos, SST., M.Keb
Amelia Donsu SST, M.Kes
Dina Indarsita, SST., M.Kes
Nani Zulfikar, S.Kep., Ns., M.Kes
Novianti Rizki Amalia, SST., M.Keb
Dr. Bdn. Elli Hidayati, SST;MKM
Siti Mahmudah, S.Si.T., M.Kes
Eva Nur Octavia, S.Keb.Bd., M.K.M
Irmawati, S.ST.,M.Kes
Revinel,M.Keb
Bdn Anita Lontaan, S.Pd, S.Tr. Keb, M.Kes
Ismi Nur Khasanah, S.ST., M.Keb
Nurlama Siregar S.Kep,Ns,M.Kes
Yuniarti Ekasaputri Burhanuddin, S.S.T., M.Keb
Bdn.Fausiyah Annisa, S.ST., M.Kes
Yufdel, S.Kep,Ns,M.Kes
Sesca Diana Solang,S.SiT,M.Kes

ISBN : 978-634-96714-2-2

Editor Buku:

La Ode Alifariki, S.Kep., Ns., M.Kes

Cetakan Pertama : 2026

Diterbitkan Oleh :

Perkumpulan Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Kesehatan
Progres Ilmiah Kesehatan
Jl. Kancil, Pelangi Residance, Poasia, Kota Kendari
+62 85145272116
Website: <https://promise.nchat.id>
E-mail: progresilmiahkesehatan@gmail.com
Anggota IKAPI: 011/SULTRA/2025

Hak Cipta dilindungi oleh undang-undang. Dilarang memperbanyak sebagian karya tulis ini dalam bentuk apapun, baik secara elektronik maupun mekanik, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan menggunakan sistem penyimpanan lainnya, tanpa izin tertulis dari Penulis

KATA PENGANTAR

Persalinan merupakan peristiwa fisiologis yang sarat makna, tidak hanya sebagai proses biologis kelahiran, tetapi juga sebagai pengalaman emosional, psikologis, dan sosial bagi seorang perempuan dan keluarganya. Asuhan persalinan yang aman, bermutu, dan berpusat pada perempuan menjadi fondasi utama dalam menjaga keselamatan ibu dan bayi sekaligus menciptakan pengalaman melahirkan yang positif.

Buku *Persalinan: Dari Detik Pertama Hingga Tangis Pertama Bayi* disusun sebagai bahan ajar dan referensi ilmiah yang komprehensif bagi mahasiswa kebidanan, bidan praktik, serta tenaga kesehatan lainnya. Buku ini membahas konsep, perubahan fisiologis persalinan, anatomi dan fisiologi yang terkait, penilaian awal ibu dan janin, serta peran dan tanggung jawab bidan dalam memberikan asuhan persalinan berbasis bukti dan berlandaskan nilai kemanusiaan.

Melalui pendekatan ilmiah yang sistematis dan bahasa yang mudah dipahami, buku ini diharapkan dapat meningkatkan pemahaman, keterampilan klinis, serta sikap profesional dalam praktik kebidanan, khususnya pada asuhan persalinan. Besar harapan kami, buku ini dapat memberikan kontribusi nyata dalam pengembangan ilmu kebidanan dan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan bayi.

Akhir kata, semoga buku ini bermanfaat dan menjadi rujukan yang aplikatif dalam pendidikan maupun praktik kebidanan. Kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan demi penyempurnaan buku ini di masa mendatang.

Kendari, Februari 2026

Penulis

DAFTAR ISI

01

Konsep dan Ruang Lingkup Asuhan Persalinan

Sitti Sarifah Kotarumalos, SST., M.Keb

Pendahuluan 1
Konsep Persalinan 2
Ruang Lingkup Asuhan Persalinan 6

02

Anatomi Reproduksi dan Panggul Dalam Persalinan

Amelia Donsu SST, M.Kes

Pendahuluan 13
Anatomi Reproduksi Wanita 13
Anatomi dan Fisiologi Panggul 19
Jenis-Jenis Panggul 22
Bidang Hodge 23
Perlindungan 23
Station 24

03

Perubahan Fisiologi Pada Persalinan

Dina Indarsita, SST., M.Kes

Pendahuluan 27
Perubahan Fisiologis pada Persalinan 27

04

Penilaian Awal Ibu dan Janin

Nani Zulfikar, S.Kep., Ns., M.Kes

Pendahuluan 41
Penilaian Awal Ibu dan Janin 42

05

Kala I : Pembukaan Serviks

Novianti Rizki Amalia, SST., M.Keb

Pendahuluan 53
Kala I 53

06

Kala II : Pengeluaran Bayi

Dr. Bdn. Elli Hidayati, SST;MKM

Pendahuluan 62
Kala II Persalinan (Pengeluaran Bayi) 63

07

Kala IV : Pemantauan 2 Jam Pasca Persalinan

Siti Mahmudah, S.Si.T., M.Kes

Pendahuluan 1
Konsep Persalinan 2
Ruang Lingkup Asuhan Persalinan 6

08

Nyeri Persalinan dan Teknik Manajemen Nyeri

Eva Nur Octavia, S.Keb.Bd., M.K.M

Pendahuluan 13
Anatomi Reproduksi Wanita 13
Anatomi dan Fisiologi Panggul 19
Jenis-Jenis Panggul 22
Bidang Hodge 23
Perlimaan 23
Station 24

09

Komunikasi, Psikologi, dan Dukungan Emosional

Irmawati, S.ST., M.Kes

Pendahuluan 98
Komunikasi, Psikologi, dan Dukungan Emosional dalam Persalinan 99

10

Komplikasi Maternal Selama Persalinan

Revinel, M.Keb

Pendahuluan 109
Komplikasi Maternal Selama Persalinan 110

11

Komplikasi Janin dalam Persalinan

Bdn Anita Lontaan, S.Pd, S.Tr. Keb, M.Kes

Pendahuluan 126
Komplikasi Janin dalam Persalinan 127

12

Persalinan dengan Intervensi Medis

Ismi Nur Khasanah, S.ST., M.Keb

Pendahuluan 139
Persalinan dengan Intervensi Medis 139
Peran Bidan dalam Penangan Persalinan dengan Intervensi Medis 143

13

Persalinan Normal Fisiologis

Nurlama Siregar S.Kep,Ns,M.Kes

Pendahuluan 150

Konsep persalinan normal fisiologis 151

14

Persalinan pada Kondisi Khusus

Yuniarti Ekasaputri Burhanuddin, S.S.T., M.Keb

Pendahuluan 160

Persalinan pada Kondisi Khusus 161

Prinsip Asuhan kebidanan pada persalinan kondisi khusus 164

Pencegahan dan deteksi dini Komplikasi 166

15

Teknologi Modern dalam Persalinan

Bdn.Fausiyah Annisa, S.ST., M.Kes

PPendahuluan 170

konsep dan landasan teori teknologi modern dalam persalinan 171

Teknologi monitoring ibu dan janin 171

Teknologi penilaian kemajuan persalinan 173

Teknologi manajemen nyeri persalinan 175

Teknologi Pendukung Keselamatan dan Mutu Persalinan 179

Tantangan, Etika, dan Arah Masa Depan teknologi Persalinan 180

16

Asuhan Bayi Baru Lahir Segera

Yufdel, S.Kep,Ns,M.Kes

Pendahuluan 183

Konsep Bayi Baru Lahir 184

17

Tantangan dan Masa Depan Kebidanan dalam Persalinan

Sesca Diana Solang,S.SiT,M.Kes

Pendahuluan 193

Tantangan Dan Masa Depan Kebidanan Dalam Persalinan 195

BAB 1

Konsep dan Ruang Lingkup Asuhan Persalinan

Sitti Sarifah Kotarumalos, SST., M.Keb

A. Pendahuluan

Persalinan merupakan proses fisiologis yang kompleks yang menandai puncak perjalanan kehamilan serta menjadi peristiwa penting dalam kehidupan seorang perempuan. Secara biologis, persalinan melibatkan kontraksi rahim, pembukaan serviks, dan pengeluaran janin. Proses ini tidak hanya terbatas pada aspek fisik, melainkan juga mencakup dimensi emosional, psikologis, dan sosial yang saling berkaitan. Pengalaman melahirkan terbukti dipengaruhi oleh keseimbangan neurohormonal, terutama pelepasan oksitosin yang berkaitan erat dengan rasa aman, dukungan sosial, dan kenyamanan emosional ibu (Olza et al., 2020). Kenyamanan ibu selama persalinan memiliki dampak besar terhadap kelancaran proses melahirkan. Dukungan fisik, emosional, dan spiritual dari tenaga kesehatan, terutama bidan, mampu menciptakan lingkungan yang positif dan menurunkan tingkat stres serta rasa sakit. Asuhan yang penuh empati dan komunikasi yang baik berkontribusi terhadap pengalaman melahirkan yang lebih positif dan bermakna (Okuyan, Bolsoy, & Çetinkaya, 2024).

Pandangan sosial dan budaya berperan penting dalam membentuk persepsi dan pengalaman perempuan terhadap persalinan. Nilai, tradisi, dan kepercayaan lokal yang diwariskan dalam masyarakat sering kali memengaruhi cara perempuan menghadapi proses kelahiran. Selama tidak membahayakan keselamatan ibu dan bayi, praktik budaya tersebut sebaiknya dihormati sebagai bagian dari identitas dan makna spiritual dalam melahirkan (Ameri, 2020).

Aspek psikologis, rasa takut atau cemas menjelang persalinan dapat memengaruhi kesiapan mental ibu dan berdampak pada proses kelahiran. Perempuan yang memperoleh dukungan emosional dan edukasi selama kehamilan terbukti memiliki tingkat kecemasan lebih rendah serta pengalaman melahirkan yang lebih baik (Kanellopoulos & Gourounti, 2025).

Bidan memegang peran sentral dalam mendampingi ibu selama persalinan. Tugas bidan bukan hanya memantau kondisi fisik dan mencegah komplikasi, tetapi juga memberikan dukungan emosional, menjaga martabat ibu, serta memastikan bahwa proses kelahiran berjalan sesuai dengan prinsip keselamatan dan penghormatan terhadap perempuan. Pendekatan asuhan yang berpusat pada ibu menjadi wujud nyata pelayanan yang humanis dan berbasis kemanusiaan (Curtin et al., 2021)

B. Konsep Persalinan

1. Pengertian

Persalinan merupakan proses biologis, psikologis, dan sosial yang menandai berakhirnya masa kehamilan dan dimulainya kehidupan bayi di luar rahim. Definisi persalinan terus berkembang seiring dengan pendekatan yang lebih berpusat pada Perempuan. Beberapa pandangan ilmiah mengenai persalinan antara lain:

- a. Persalinan normal adalah proses kelahiran yang terjadi secara fisiologis tanpa komplikasi, di mana persalinan dimulai secara spontan, berlangsung dengan risiko rendah, dan berakhir dengan kelahiran bayi dalam kondisi baik pada usia kehamilan 37–42 minggu. Proses ini tidak memerlukan intervensi medis, dan ibu serta bayi berada dalam keadaan sehat setelah persalinan (White, 2022).
- b. Persalinan fisiologis adalah proses alami yang melibatkan keyakinan ibu terhadap kemampuan tubuhnya untuk melahirkan secara normal, yang diperkuat oleh dukungan sosial, pengetahuan, serta

hubungan saling percaya dengan tenaga kesehatan dalam lingkungan yang aman (Neerland, 2018)

- c. Pengalaman persalinan yang positif adalah interaksi dan peristiwa selama proses kelahiran yang membuat perempuan merasa didukung, aman, dihormati, dan memiliki kendali. Persalinan bukan sekadar proses fisiologis, tetapi juga pengalaman emosional dan sosial yang dapat memengaruhi kesejahteraan ibu dalam jangka Panjang (Leinweber et al., 2022)

2. Tujuan Asuhan persalinan

a. Tujuan Umum

Tujuan umum dari pelaksanaan asuhan persalinan adalah menjamin proses persalinan berlangsung aman dan fisiologis sehingga kedua pihak ibu dan bayimemperoleh hasil yang optimal baik secara klinis maupun psikososial. Menurut Karlsdottir & Leap (2025) pengalaman persalinan yang positif berkontribusi terhadap kesejahteraan psikologis ibu pascapersalinan serta ikatan ibu-anak yang lebih

b. Tujuan Khusus

- 1) Melindungi keselamatan ibu melalui pemantauan ketat terhadap kondisi maternal, deteksi dini risiko, serta pencegahan dan penanganan komplikasi seperti perdarahan, hipertensi, atau gawat janin akut. Studi di praktik mandiri bidan menunjukkan bahwa pemberdayaan bidan dengan pedoman intrapartum WHO meningkatkan kompetensi dan kemampuan bidan dalam meminimalkan risiko maternal selama persalinan (Sulistianingsih & Hasyim, 2024).
- 2) Menjamin keselamatan bayi baru lahir melalui pemantauan kesejahteraan janin selama persalinan dan penatalaksanaan awal neonatus, termasuk pertolongan yang aman dan intervensi tepat waktu bila dibutuhkan. Penelitian menunjukkan bahwa asuhan kebidanan yang berfokus pada

keberlangsungan pelayanan (continuity of care) dari kehamilan hingga bayi baru lahir dapat menurunkan risiko neonatal dan meningkatkan outcome kesehatan bayi baru lahir (Lestari & Hanum, 2025).

- 3) Pencegahan komplikasi maternal dan neonatal melalui penerapan asuhan berbasis bukti, pemantauan kemajuan persalinan, serta pengambilan keputusan klinis dan rujukan yang tepat waktu. Penerapan asuhan kebidanan berkelanjutan telah dibuktikan dalam studi kasus bahwa pendekatan yang komprehensif sejak masa kehamilan sampai masa nifas membantu menurunkan komplikasi yang dapat muncul saat persalinan (Asmarani et al., 2025).
- 4) Memberikan pengalaman persalinan yang positif dengan menciptakan lingkungan yang aman, nyaman, dihargai, serta memberikan dukungan emosional dan komunikasi yang efektif sepanjang persalinan. Pengalaman melahirkan yang positif adalah aspek penting dalam *intrapartum care* dan berkaitan erat dengan pengakuan terhadap kebutuhan emosional ibu, dukungan praktis dari tenaga kesehatan, serta perawatan yang menghormati preferensi ibu (Guterres et al., 2025). Menurut Zulala & Herfanda (2025). asuhan bidan berpengaruh signifikan terhadap pengalaman persalinan, dukungan yang responsif dari bidan meningkatkan peluang terciptanya pengalaman yang positif

3. Peran dan Tanggung Jawab Bidan dalam Asuhan Persalinan

- a. Peran Bidan sebagai Pendamping, Penolong, dan Pengambil Keputusan Klinis.

Bidan memiliki peran sentral dalam asuhan persalinan sebagai pendamping perempuan, penolong

persalinan normal, serta pengambil keputusan klinis dalam lingkup kewenangannya. Peran pendamping diwujudkan melalui kehadiran berkelanjutan, pemberian dukungan emosional, komunikasi terapeutik, serta penghormatan terhadap pilihan dan kebutuhan ibu selama persalinan. Peran ini terbukti berkontribusi terhadap pengalaman persalinan yang lebih positif dan aman (Karlsdottir & Leap, 2023).

Bidan sebagai penolong persalinan, bertanggung jawab melakukan pertolongan persalinan normal secara aman, efektif, dan sesuai standar praktik kebidanan. Dalam situasi tertentu, bidan juga berperan sebagai pengambil keputusan klinis awal melalui penilaian kondisi ibu dan janin, identifikasi risiko, serta penentuan kebutuhan kolaborasi atau rujukan (Varney et al., 2022).

b. Tanggung Jawab Profesional dan Etika Kebidanan.

Tanggung jawab bidan dalam asuhan persalinan tidak hanya bersifat teknis, tetapi juga profesional dan etis. Bidan wajib memberikan asuhan berdasarkan standar profesi, kode etik kebidanan, serta prinsip keselamatan pasien. Prinsip-prinsip etika kebidanan meliputi penghormatan terhadap otonomi ibu, keadilan, non maleficence (tidak merugikan), dan beneficence (memberikan manfaat) (ICM, 2021).

Tanggung jawab profesional juga mencakup pengembangan kompetensi berkelanjutan, praktik berbasis bukti, serta kemampuan refleksi klinis dalam setiap pengambilan keputusan selama asuhan persalinan (Renfrew et al., 2021).

c. Batas Kewenangan Bidan dalam Praktik Persalinan.

Bidan memiliki batas kewenangan yang jelas dalam praktik persalinan. Kewenangan bidan meliputi pemberian asuhan pada persalinan normal, deteksi dini komplikasi, serta pelaksanaan tindakan kegawatdaruratan dasar sebelum dilakukan rujukan.

Apabila ditemukan kondisi patologis atau komplikasi yang berada di luar kewenangan, bidan wajib melakukan kolaborasi atau rujukan sesuai prosedur (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

Pemahaman terhadap batas kewenangan ini penting untuk menjamin keselamatan ibu dan bayi serta melindungi bidan dari risiko hukum dalam praktik kebidanan (Hidayat & Uliyah, 2021).

d. Dokumentasi Asuhan Persalinan (SOAP dan Partograf).

Dokumentasi asuhan persalinan merupakan bagian integral dari praktik kebidanan profesional. Pendokumentasian dilakukan secara sistematis melalui format SOAP (Subjective, Objective, Assessment, Plan) serta penggunaan partograf untuk memantau kemajuan persalinan. Dokumentasi yang lengkap dan akurat berfungsi sebagai alat komunikasi antar tenaga kesehatan, dasar pengambilan keputusan klinis, serta bukti pertanggungjawaban profesional dan hukum (Varney et al., 2022).

Penelitian Bernitz et al., (2020).menunjukkan bahwa penggunaan partograf secara konsisten dapat membantu deteksi dini penyimpangan persalinan dan mendukung pengambilan keputusan rujukan yang tepat waktu

B. Ruang Lingkup Asuhan Persalinan

1. Asuhan pada Ibu Selama Proses Persalinan

Asuhan persalinan pada ibu merupakan rangkaian pelayanan kebidanan yang bertujuan memantau kemajuan persalinan, menjaga stabilitas kondisi fisik dan psikologis ibu, mengelola nyeri persalinan, serta memberikan dukungan emosional yang berkesinambungan. Asuhan ini menempatkan ibu sebagai subjek utama pelayanan dan menekankan pentingnya hubungan terapeutik antara bidan dan ibu bersalin (Varney et al., 2022).

Penelitian Karlsdottir & Leap (2023) menunjukkan bahwa asuhan persalinan yang berfokus pada kebutuhan fisik dan emosional ibu, termasuk komunikasi empatik dan pendampingan berkelanjutan, berhubungan dengan penurunan kecemasan, peningkatan rasa percaya diri ibu, serta pengalaman persalinan yang lebih positif. dalam penelitiannya menunjukkan persalinan dengan kondisi risiko seperti ketuban pecah dini, pemantauan ketat kondisi ibu dan pengambilan keputusan klinis yang tepat merupakan bagian penting dari ruang lingkup asuhan persalinan untuk mencegah komplikasi maternal

2. Asuhan pada Janin dan Pemantauan Kesejahteraan Janin

Pemantauan kesejahteraan janin selama persalinan melalui penilaian denyut jantung janin, respon janin terhadap kontraksi uterus, serta identifikasi dini tanda-tanda distress janin. Pemantauan ini menjadi dasar pengambilan keputusan klinis selama proses persalinan (Cunningham et al., 2022). Hasil penelitian menunjukkan bahwa pemantauan janin yang adekuat selama persalinan berperan dalam menurunkan risiko asfiksia neonatorum dan komplikasi perinatal (Hofmeyr et al., 2022). Pada kasus persalinan dengan ketuban pecah dini, pemantauan kesejahteraan janin menjadi prioritas utama karena meningkatnya risiko infeksi dan gangguan oksigenasi janin (Suharni et al., 2025)

3. Asuhan pada Bayi Baru Lahir Segera Setelah Lahir

Pemberian asuhan segera kepada bayi baru lahir yang meliputi penilaian kondisi awal bayi, stabilisasi pernapasan dan suhu tubuh, serta dukungan awal untuk adaptasi fisiologis neonatus. Asuhan ini merupakan bagian integral dari keberhasilan asuhan persalinan secara keseluruhan (Lowdermilk et al., 2023).

Menurut Lawn et al (2020) asuhan neonatus segera setelah lahir berperan penting dalam meningkatkan adaptasi bayi dan menurunkan risiko morbiditas neonatal, terutama pada persalinan dengan faktor risiko

4. Dukungan pada Keluarga dan Pendamping

Pemberian dukungan dan edukasi kepada keluarga serta pendamping persalinan yang dipilih ibu terbukti memberikan rasa aman, menurunkan kecemasan, dan memperkuat pengalaman persalinan (Bohren et al., 2019). Pendekatan ini sejalan dengan konsep *woman centered midwifery care* yang menekankan pentingnya keterlibatan keluarga sebagai bagian dari sistem pendukung ibu selama persalinan (Renfrew et al., 2021). Hal ini sesuai dengan Penelitian (Hermanses et al., 2025). menunjukkan bahwa edukasi kepada keluarga pada persalinan dengan kondisi risiko meningkatkan pemahaman dan penerimaan terhadap tindakan kolaboratif yang diperlukan.

5. Kolaborasi dan Rujukan Bila Diperlukan.

Ruang lingkup asuhan persalinan meliputi kemampuan bidan dalam melakukan kolaborasi interprofesional dan rujukan tepat waktu apabila ditemukan tanda bahaya atau komplikasi. Kolaborasi antara bidan dan tenaga kesehatan lain merupakan bagian dari praktik kebidanan profesional. Menurut Tunçalp et al., (2021) sistem kolaborasi dan rujukan yang efektif berkontribusi terhadap penurunan angka kesakitan dan kematian ibu dan bayi, terutama pada situasi kegawatdaruratan obstetric. Dalam penelitian berbasis kasus persalinan dengan ketuban pecah dini, keputusan kolaboratif dan rujukan tepat waktu terbukti menjadi faktor penting dalam menjaga keselamatan ibu dan bayi (Hermanses et al., 2025).

DAFTAR PUSTAKA

- Ameri, M. (2020). Criticism of the Sociocultural Theory. *BIRCI Journal*, 3(3), 1530–1540. Link
- Asmarani, D., Fitriani, R., & Lestari, N. (2025). Continuity of midwifery care dalam pencegahan komplikasi persalinan dan nifas: Studi kasus berbasis praktik kebidanan. *Jurnal Kebidanan Indonesia*, 16(1), 45–54.
- Asmarani, D., Wulandari, P., & Pratiwi, N. (2025). *Comprehensive midwifery care to prevent maternal and neonatal complications: A case study*. *Journal of Maternal Health*, 13(2), 112–121.
- Bernitz, S., Dalbye, R., Zhang, J., Eggebø, T. M., Frøslie, K. F., Olsen, I. C., & Blix, E. (2020). The use of the partograph in modern obstetrics: A systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 127(7), 863–871. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16140>
- Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K., & Cuthbert, A. (2019). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(7), CD003766. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>
- Curtin, M., Savage, E., Murphy, M., & Leahy-Warren, P. (2021). A meta-synthesis of the perspectives and experiences of healthcare professionals on the humanisation of childbirth. *Women and Birth Journal*.
- Guterres, L., da Silva, R. M., Pereira, A. M., & Costa, M. A. (2025). Women's perceptions of positive childbirth experiences: A qualitative study. *Midwifery*, 132, 104063. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.104063>
- Hermanses, S. S., & Kotarumalos, S. S. (2025). Penerapan evidence based practice pada persalinan dengan ketuban pecah dini: Studi kasus. *Jurnal Kebidanan (JBd)*, 5(2), 85–93.
- Hidayat, A. A., & Uliyah, M. (2021). *Etika dan Hukum Kesehatan dalam Praktik Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hidayat, A. A., & Uliyah, M. (2021). Pengantar etika dan hukum kesehatan. Salemba Medika.
- Hofmeyr, G. J., Bernitz, S., Bonet, M., et al. (2022). Evidence-based intrapartum fetal monitoring. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 129(6), 1026–1034. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.17040>

- Kanellopoulos, D., & Gourounti, K. (2025). Psychological perspectives on fear of childbirth. *Bulletin of the Transilvania University of Braşov*.
- Karlsdottir, S. I., & Leap, N. (2023). Promoting positive childbirth experiences through midwifery care. *Midwifery*, 118, 103570. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103570>
- Karlsdottir, S. I., & Leap, N. (2025). Positive birth experience and maternal psychological wellbeing: A midwifery perspective. *Women and Birth*, 38(1), 12–18. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2024.09.003>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2020 tentang Izin dan Praktik Bidan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/139532/permenkes-no-28-tahun-2020>
- Lawn, J. E., Blencowe, H., Oza, S., et al. (2020). Progress, priorities, and potential beyond survival for newborns. *The Lancet*, 395(10237), 189–205. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32577-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32577-4)
- Leinweber, J., Creedy, D. K., Rowe, H. J., Gamble, J., & Fenwick, J. (2022). *A positive birth experience: Women's perspectives and the importance of respectful care*. *Midwifery*, 109, 103333.
- Lestari, D., & Hanum, S. (2025). Continuity of care kebidanan dan luaran kesehatan bayi baru lahir. *Jurnal Kesehatan Ibu dan Anak*, 14(1), 1–9.
- Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., Cashion, M. C., & Alden, K. R. (2023). *Maternity & women's health care* (13th ed.). Elsevier.
- Neerland, C. E. (2018). *Women's trust in their bodies: A foundation for physiological birth*. *Journal of Perinatal Education*, 27(4), 215–225.
- Okuyan, Y. C., Bolsoy, N., & Çetinkaya, A. (2024). Exploring birth experience of mothers, based on comfort theory. *JPMA*, 74(9), 1623–1629.
- Olza, I., Uvnäs-Moberg, K., Ekström-Bergström, A., et al. (2020). Birth as a neuro-psycho-social event: An integrative model of maternal experiences and their relation to neurohormonal events during childbirth. *PLoS ONE*.
- Renfrew, M. J., McFadden, A., Bastos, M. H., et al. (2021). Midwifery and quality care: Findings from a new evidence-informed framework. *The Lancet*, 398(10299), 122–135. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00789-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00789-3)

- Sulistianingsih, A., & Hasyim, D. I. (2024). Pemberdayaan praktik mandiri bidan dalam penerapan pedoman intrapartum. *Bagimu Negeri: Jurnal Pengabdian kepada Masyarakat*, 8(2), 77–84.
- Tunçalp, Ö., Were, W., MacLennan, C., et al. (2021). Quality of care for maternal and newborn health. *The Lancet Global Health*, 9(5), e605–e607. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00057-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00057-6)
- Varney, H., Kriebs, J. M., & Geger, C. L. (2022). *Varney's Midwifery* (6th ed.). Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- White, S. W. (2022). *What is normal birth, and why does it matter?* *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 62(3), 376–383.
- Zulala, R., & Herfanda, A. (2025). Hubungan asuhan bidan dengan pengalaman persalinan ibu. *Jurnal Kebidanan Nusantara*, 11(1), 33–41.

BIODATA PENULIS



Sitti Sarifah Kotarumalos, SST., M.Keb lahir di Ambon, 12 Januari 1990. Menyelesaikan pendidikan D-III Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Maluku, DIV Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Yogyakarta dan S2 Kebidanan di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Ambon

BAB 2

Anatomi Reproduksi dan Panggul Dalam Persalinan

Amelia Donsu SST, M.Kes

A. Pendahuluan

Kata “Anatomi” berasal dari bahasa latin, yakni *ana* yang memiliki arti: bagian, adapun *tomi* dapat diartikan dengan potong ataupun iris. Sehingga anatomi dapat diartikan sebagai ilmu yang mempelajari tentang struktur tubuh makhluk hidup baik secara utuh maupun per bagian-bagian organnya. Anatomi juga diketahui sebagai salah satu cabang dari ilmu biologi yang memiliki peran dasar dalam bidang kesehatan.

Adapun fisiologi juga merupakan cabang ilmu biologi yang lebih fokus dalam mempelajari fungsi-fungsi normal dari makhluk hidup, mulai dari tingkat yang lebih kompleks yakni organisme secara utuh.

Sistem reproduksi merupakan kumpulan dari organ-organ reproduksi dan jaringan tubuh yang memiliki fungsi dan tanggung jawab untuk melanjutkan keturunan. Guna mempertahankan dan melestarikan spesies, mewariskan sifat genetiknya serta menjaga keseimbangan ekosistem alam (Abdullah, 2023). Sistem reproduksi wanita adalah jaringan organ yang kompleks yang dapat dibagi menjadi alat kelamin internal dan eksternal, terletak di dalam rongga panggul. Organ reproduksi wanita disebut genitalia. (Ernawati dkk., 2023).

B. Anatomi Reproduksi Wanita

1. Pengertian

Organ reproduksi wanita terbagi atas organ reproduksi luar (genitalia eksterna) serta organ reproduksi dalam (genitalia interna). Adapun organ genitalia eksterna merupakan alat reproduksi ada dibagian luar yang secara

keseluruhan disebut vulva dan perineum. Vulva terdiri atas bagian-bagian yaitu vulva, mons veneris, labia mayora, labia minora, klitoris, vestibulum, kelenjar bartholin, kelenjar skene, hymen, uretra, perineum. Sedangkan organ genitalia eksterna adalah organ reproduksi ada di bagian dalam terdiri atas vagina serta alat reproduksi yang ada di dalam rongga panggul (pelvis), yaitu: rahim (uterus), tuba fallopi dan indung telur (ovarium).

2. Organ Genitalia Eksterna

a. Vulva

Vulva menggambarkan alat genitalia luar wanita yang dimulai dari simphisis pubis sampai perineum: mons veneris, labia mayora, labia minora, klitoris, meatus uretra, lubang vagina.

b. Mons Pubis

Mons pubis (*mons veneris*), adalah gundukan jaringan lemak yang terletak pada bagian depan tulang kemaluan yang menjadi tempat pertemuan antara kedua bibir vagina. Mons pubis ini terlihat seperti gundukan jaringan menonjol pada wanita yang menutupi tulang kemaluan, biasanya ditutupi rambut kemaluan terdiri dari jaringan lemak. Mons pubis memiliki fungsi sebagai sumber bantalan saat melakukan hubungan seksual.

c. Labia Mayora

Labia mayora adalah sepasang lipatan kulit bagian luar yang menonjol berisi jaringan lemak yang akan membentuk batas memanjang lateral celah vulva. Permukaan bagian luar labia mayora memiliki banyak kelenjar minyak serta ditumbuhi rambut. Labia mayora adalah organ membentuk lipatan yang menutupi labia minora, klitoris, vestibulum, kelenjar bartholin, kelenjar skene, uretra, dan lubang vagina.

d. Labia Minora

Labia Minora didefinisikan sebagai bibir yang lebih kecil yaitu sepasang lipatan kulit halus serta tipis

yang dimulai dari klitoris dan meluas ke bawah. Labia minora akan mengelilingi ruang depan vulva dan berakhir di antara labia mayora dan ruang depan vulva.

e. Klitoris

Klitoris (yang homolog dengan glans penis pada pria). Klitoris merupakan bagian sangat erektile dengan tonjolan berukuran kecil berbentuk seperti kacang hijau ataupun kacang polong. Klitoris memiliki banyak syaraf sensoris sehingga menjadi sangat peka terhadap rangsangan seksual pada saat melakukan hubungan seksual.

f. Vestibulum

Vestibulum adalah bulbus vestibular (homolog dengan bulbus penis pada pria) merupakan struktur yang terbentuk dari jaringan corpus spongiosum. Ini adalah jenis jaringan ereksi yang berhubungan erat dengan klitoris. Pada bagian vestibulum terdapat introitus vagina, meatus uretra, kelenjar Bartholin dan kelenjar Skene (kelenjar-kelenjar ini akan mengeluarkan cairan apabila ada rangsangan seksual, sehingga mempermudah saat penis melakukan penetrasi ke dalam vagina).

g. Selaput Dara (Hymen)

Merupakan selaput tipis epitel skuamosa berlapis yang membatasi sebagian besar introitus vagina. Anatomi selaput dara memiliki beragam bentuk dan tampilan.

Selaput dara/Hymen imperforata adalah anomali kongenital yang jarang terjadi pada saluran genital wanita, dimana selaput dara tertutup atau tidak berlubang benar-benar menutupi seluruh introitus vagina sehingga menghalangi sekresi uterus dan vagina baik berupa sekret atau darah menstruasi, dengan kejadian 0.05-0,1%.

h. Kelenjar Bartholin

Kelenjar Bartholin juga dikenal sebagai kelenjar vestibular mayor (homolog dengan kelenjar bulbourethral pada pria) adalah dua kelenjar seukuran kacang polong yang terletak agak lateral dan posterior dari lubang vagina. Kedua kelenjar ini berfungsi mengeluarkan zat mirip lendir ke dalam vagina dan di dalam batas labia minora. Lendir ini berfungsi sebagai pelumas saat berhubungan intim

i. Kelenjar Skene

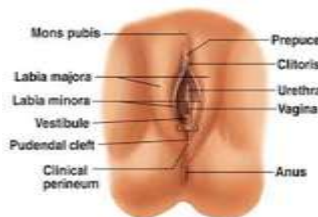
Kelenjar Skene juga dikenal sebagai kelenjar vestibular kecil (homolog dengan kelenjar prostat pada pria). Kelenjar skene adalah dua kelenjar yang terletak di kedua sisi uretra. Kelenjar ini diyakini mengeluarkan zat untuk melumasi lubang uretra. Zat ini juga dipercaya berperan sebagai antimikroba.

j. Uretra

Uretra merupakan perpanjangan saluran kandung kemih ke luar tubuh. Fungsi uretra adalah untuk mengeluarkan urine.

k. Perineum

Perineum adalah otot, jaringan dan kulit yang terletak diantara komisura posterior dan anus atau berada antara introitus vagina dengan anus. Perineum memiliki panjang 4 cm. Perineum tersusun atas otot-otot sfingter ani internal dan eksternal dan pada organ perineum terdapat saraf pudendus. Perineum beresiko untuk mengalami rupture saat proses persalinan.



Gambar 1. Genitalia Eksterna

3. Organ Genitalia Interna

a. Vagina

Vagina adalah saluran fibromuscular yang fleksibel dan memanjang dari ruang depan vulva hingga leher rahim. Panjangnya berkisar 6-8 cm. Secara anatomi vagina terletak di anterior rectum dan di posterior dinding kandung kemih dan uretra. Pembukaan distal vagina umumnya sebagian ditutupi oleh selaput yang disebut hymen. Lubang vagina terletak di posterior lubang uretra. Fungsi vagina adalah tempat senggama, saluran keluarnya darah haid, dan lahirnya bayi pada saat proses melahirkan.

b. Uterus

Uterus adalah organ reproduksi yang sangat berotot pada wanita, berukuran sekitar 3 x 2 x 1 inci pada nulipara. Pada dasarnya uterus adalah organ yang berada di dalam panggul, namun ditahap akhir kehamilan akibat hipertrofi dan hiperplasia miometrium, uterus dapat mencapai daerah epigastrium. Posisi anatomi uterus yang paling umum adalah anteflexi. Bentuk uterus digambarkan seperti bentuk buah pir.

Dinding rahim memiliki tiga lapisan berbeda yakni endometrium, miometrium, serosa. Seluruh rongga rahim mempunyai selaput lapisan yang sangat khusus yang disebut endometrium.

Rahim/uterus terbagi atas 3 bagian yaitu:

- 1) Fundus adalah bagian rahim yang terletak di atas pembukaan saluran tuba ke dalam rongga rahim.
- 2) Korpus Uteri merupakan badan uterus yang menjadi bagian terbesar dari uterus.
- 3) Serviks adalah bagian inferior berbatasan dengan rongga rahim dan vagina, yang berfungsi sebagai penghubung antara keduanya.

c. Tuba Fallopi

Tuba Fallopi (Tuba Uterina) adalah saluran tuba atau disebut juga saluran telur, merupakan bagian berada di kanan dan kiri uteri yang meluas lateral di dalam tepi superior mesosalping ligamentum latum dan berakhir didekat ovarium, memiliki panjang 8-14 cm dengan diameter lumen kira-kira 0,6 cm. Bagian-bagian dari tuba fallopi yaitu:

- 1) Pars interstitialis (Intra Muralis), bagian ini merupakan daerah yang paling dekat dengan uterus.
- 2) Pars Isthmica, bagian ini adalah segmen pendek yang dekat dengan uterus, bagian ini lurus serta sempit.
- 3) Pars Ampularis, merupakan bagian tuba yang paling lebar serta memiliki bentuk S. Bagian ini adalah tempat terjadinya pembuahan.
- 4) Infundibulum, bagian ini paling distal dari rahim, pada bagian ujung memiliki fimbriae/umbai-umbai seperti jari. Fimbriae menjadi bengkak dan hampir erektile saat ovulasi. Fimbriae menampung oosit yang telah dilepaskan dari ovarium.

d. Ovarium (Indung Telur)

Ovarium adalah organ utama sistem reproduksi wanita. Strukturnya berbentuk lonjong, kira-kira sebesar ibu jari tangan, berukuran kira-kira 3 x 1.5 x 1cm. Ovarium homolog dengan testis pada laki-laki.

Saat lahir diperkirakan pada ovarium wanita terdapat kurang lebih 100.000 folikel primer. Sepasang ovarium wanita tiap bulan akan bergantian melepaskan sel telur dari folikel de graaf (folikel yang paling besar serta sudah matang berada di permukaan ovarium, berisi ovum). Proses pengeluaran ovum dari ovarium disebut dengan ovulasi. (Dewi dkk., 2024).



Gambar 2. Genitalia Interna

C. Anatomi dan Fisiologi Panggul

1. Pengertian

Panggul adalah bagian tubuh yang terletak antara jalan lahir dibagi menjadi dua bagian yaitu bagian tulang dan bagian lunak. Bagian tulang terdiri dari tulang-tulang panggul dengan persendiannya (artikulasio). Bagian lunak terdiri dari otot-otot, jaringan-jaringan dan ligamentum-ligamentum.

Beberapa fungsi bagian keras panggul wanita adalah sebagai berikut:

- Panggul besar untuk menyangga isi abdomen
- Panggul kecil untuk membentuk jalan lahir dan tempat alat genitalia

Sedangkan fungsi bagian lunak panggul wanita adalah sebagai berikut:

- Membentuk lapisan dalam jalan lahir
- Menyangga alat genitalia agar tetap dalam posisi normal saat hamil maupun nifas
- Saat persalinan, berperan dalam proses kelahirannya dari kala uri

Ruang panggul terbagi menjadi dua, yaitu:

- Panggul besar (pelvis mayor)
- Panggul kecil (pelvis minor) (Seri, 2022).

2. Anatomi dan Fisiologi Bagian Keras Panggul

a. Bagian Tulang

Tulang panggul terdiri dari tiga buah tulang yaitu tulang coxae, sacrum dan coccygis. Ketiga tulang tersebut tersambung dalam suatu persendian panggul. Pada bagian depan terdapat hubungan antara tulang pubis kanan dan kiri yang disebut dengan simfisis.

1) Tulang koksa/coxae (tulang innominata)

Tulang koksa merupakan gabungan dari tulang ilium, tulang ischium dan tulang pubis.

2) Tulang sacrum

Tulang sakrum atau coxiks membentuk bagian terbawah columna spinalis. Sacrum merupakan tulang berbentuk baji segitiga yang terdiri dari lima tulang vertebra yang menyatu. Sacrum merupakan bagian belakang tulang panggul.

3) Tulang coccygis

Tulang coccygis berbentuk segitiga beruas. Pada proses persalinan tulang coccygis dapat bergeser kurang lebih 2,5 cm ke belakang. Pergeseran ini dapat memperluas jalan lahir.

b. Anatomi dan Fisiologi Bagian Lunak Panggul

Bagian lunak panggul/pelvis dibentuk oleh:

1) Pars muskularis levator ani

Pada muskularis levator ani terdiri dari musculus pubococcygis, musculus iliococcygeus dan ischiococcygeus. Otot pubococcygis berperan mengontrol relaksasi perineum selama persalinan.

2) Pars membranosa

Berfungsi menopang vagina selama proses persalinan.

3) Regio perineum

Otot-otot dan fascia perineum memperkuat diafragma pelvis dan membantu muara kandung kemih, vagina dan anus untuk berkontraksi.

c. Pembagian Panggul Dilihat dari Fungsi pada Persalinan

Dilihat dari fungsinya, panggul dibagi menjadi dua bagian yaitu pelvis mayor (false pelvis) dan pelvis minor (true pelvis).

1) Pelvis mayor

Pelvis mayor terletak dibagian atas linea terminalis fungsinya untuk menyangga isi abdomen. Pada proses persalinan, pelvis mayor tidak menjadi perhitungan penting.

2) Pelvis minor

Bagian pelvis minor sangat penting dinilai selama ibu hamil. Bentuk pelvis minor seperti saluran yang sumbunya melengkung ke depan. Pada saat menilai penurunan presentasi janin dalam rongga panggul melalui pemeriksaan dalam, bidang ini sangat penting diketahui.

Pelvis kecil/pelvis minor sebagai jalan lahir dapat dibagi menjadi pintu atas panggul (pelvic inlet), sedangkan bagian bawahnya disebut pintu bawah panggul (pelvic outlet). Diantara pintu atas panggul dan pintu bawah panggul terdapat rongga panggul.

a) Pintu atas panggul (pelvic inlet)

Pintu Atas Panggul (PAP) merupakan suatu bidang yang dibentuk oleh promontorium, linea innominata (terminalis) dan pinggir atas simfisis. Ukuran penting yang perlu dinilai adalah diameter anteroposterior, diameter transverse, dan dua diameter oblik.

b) Rongga panggul (pelvic cavity)

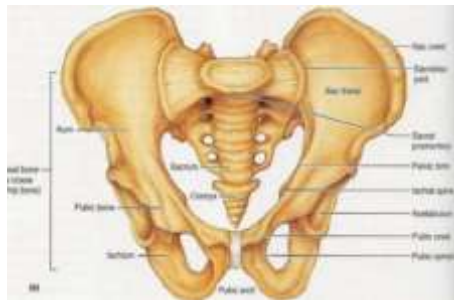
Rongga panggul adalah bidang yang di atas dibatasi oleh pintu atas panggul dan di bawah dibatasi oleh pintu bawah panggul. Rongga panggul sangat penting pada proses engagement.

c) Pintu bawah panggul (pelvic outlet)

Pintu bawah panggul adalah suatu bidang yang tersusun atas dua bidang datar segitiga.

Ukuran pintu bawah panggul terdiri dari:

- (1) Ukuran muka belakang atau diameter antero posterior.
- (2) Ukuran ini adalah jarak antara tepi bawah simfisis menuju ujung tulang sacrum. Jaraknya adalah 11,5 cm.
- (3) Ukuran melintang atau diameter transversal. Ukuran ini adalah jarak antara kedua tuber ossis ishiadika kanan dan kiri. Ukuran normalnya adalah 10,5 cm.
- (4) Diameter Sagitalis Posterior. Diameter Sagitalis Posterior adalah ukuran dari ujung tulang sakrum ke pertengahan ukuran melintang. Jarak normalnya adalah 7,5 cm (Isyti'aroh dkk., 2024).



Gambar 3. Panggul Wanita

D. Jenis-Jenis Panggul

1. Ginekoid

Bentuk ini adalah yang khas bagi wanita. Jenis ini ditemukan pada 45% perempuan.

2. Android

Bentuknya bentuknya seperti hati mirip panggul pria. Jenis ini ditemukan pada 15% perempuan.

3. Anthropoid

Berbentuk oval dan lebih sempit dari Ginekoid

Jenis ini ditemukan pada 35% perempuan.

4. **Platipeloid**

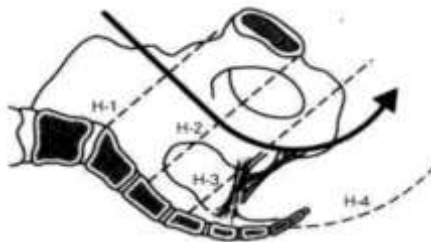
Bentuk ini sebenarnya panggul ginekoid yang menyempit pada arah muka belakang.

Jenis ini ditemukan pada lebih dari 5% perempuan (Aprilita dkk., 2024).

E. Bidang Hodge

Penurunan bagian bawah janin yaitu untuk menentukan sampai dimana bagian terendah janin turun ke dalam panggul pada persalinan maka dapat digunakan bidang Hodge yang terdiri atas empat bidang:

1. Bidang Hodge I: bidang yang dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas simfisis dan promontorium
2. Bidang Hodge II: bidang ini sejajar dengan bidang Hodge I terletak setinggi bagian bawah simfisis
3. Bidang Hodge III: bidang ini sejajar dengan bidang Hodge I dan II, terletak setinggi spina iskiadika kanan dan kiri
4. Bidang Hodge IV: bidang ini sejajar dengan bidang Hodge I, II, dan III, terletak setinggi os koksigeus (Nur dkk., 2025).



Gambar 4. Bidang Hodge

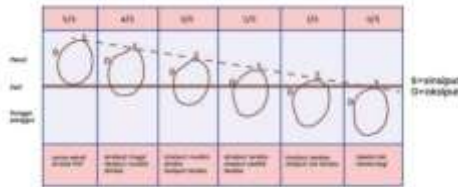
F. Perlimaan

1. **Pengertian**

Untuk menentukan seberapa jauh penurunan bagian terbawah janin masuk ke dalam rongga panggul dilakukan melalui metode lima jari (perlimaan) agar ibu lebih nyaman dibandingkan dengan melakukan pemeriksaan dalam

2. Menilai penurunan kepala janin dengan perlimaan yaitu:
 - a. 5/5: Kepala janin diatas Pintu Atas Panggul (PAP) mudah digerakkan

- b. 4/5: Sulit digerakkan, bagian terbesar kepala janin belum masuk panggul
- c. 3/5: Bagian terbesar kepala janin belum masuk panggul
- d. 2/5: Bagian terbesar kepala janin sudah masuk panggul
- e. 1/5: Kepala di dasar panggul
- f. 0/5: Kepala di Perineum (Ayudita dkk., 2023).



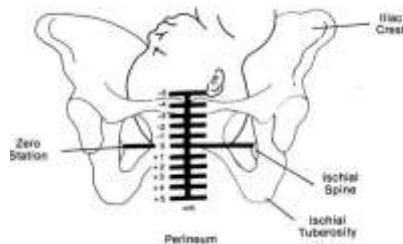
Gambar 5. Perlimaan

G. Station

1. Pengertian

Station adalah hubungan antara bagian terendah dari bagian bawah janin dengan garis bayangan yang ditarik antara dua spina ischiadika pada panggul perempuan. Bagian terendah dari janin yang setinggi spina ischiadika disebut station 0. Station diukur dengan cara ke atas atau ke bawah dari spina ischiadika dan bagian atasnya adalah -1, -2, -3, -4, -5 dan bagian bawah adalah +1, +2, +3, +4, +5. Station +5 berarti kepala tampak di pintu vagina.

Derajat penurunan kepala janin ini disebut *engagement*. *Engagement* dapat diketahui melalui pemeriksaan abdomen ketika pemeriksa melihat bahwa kepala janin telah masuk ke dalam pelvis dan tidak lagi bergerak, tetapi ini hanya dapat dipastikan dengan pemeriksaan vagina. (Yuanita & Lilis, 2020).



Gambar 6. Station

DAFTAR PUSTAKA

- Abdullah, V. I. et all. (2023). Manajemen Kebidanan. In *Get Press Indonesia* (Vol. 11, Nomor 1).
- Aprilita, S., Indra, Y., Dian, F., Yanti, Hutari, A., Mira, A., Umu, Q., Iceu, M., Rini, F., & Yuliana. (2024). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan Dan Bayi Baru Lahir*. Nuansa Fajar Cemerlang.
- Ayudita, Novria, H., Zulfita, Dyah, R., & Siti, P. (2023). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Manajemen Nyeri Dan Persalinan Kala I-IV S1 Kebidanan*. Mahakarya Citra Utama.
- Dewi, M., Ade, G., Dhiah, K., Lilik, H., Fanni, H., Eka, K., Oktaviance, Nina, H., & Erni, E. (2024). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan*. PT Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta.
- Ernawati, Tetty, A., Elok, M., Setiawandari, & Siti, S. (2023). *Organ Reproduksi Wanita*. Rena Cipta Mandiri.
- Isyti'aroh, Siti, R., Windha, W., & Nurul, A. (2024). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. PT Nasya Expanding Management.
- Novi, J., Rizzatul, K., Rahmadona, Endras, H., Ni, N. M., Meta, R., Siti, K., Tonasih, Aida, W., Ni, W. R., Rusiana, H., & Akma, L. (2025). *Buku Ajar Fisiologi Kehamilan, Persalinan, Nifas Dan BBL*. PT Optimal Untuk Negeri.
- Nur, I., Kiki, M., Rina, Y., & Ika, D. (2025). *Buku Ajar Pemeriksaan Fisik pada Ibu dan Bayi untuk Mahasiswa S1 Kebidanan*. PT Nasya Expanding Management.
- Seri, W. (2022). *Obstetri Fisiologi*. Wineka Media.
- Yesi, P., Syami, Y., Yatri, H., Desi, U., Taufianie, R., Mepi, S., Lezi, S., Ronalen, S., Nimas, N., & Jumita. (2022). *Buku Ajar Fisiologi Kehamilan, Persalinan, Nifas, dan Bayi Baru Lahir*. PT Nasya Expanding Management.
- Yuanita, S., & Lilis, F. (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Ibu Bersalin*. CV Jakad Media Publishing.

BIODATA PENULIS



Amelia Donsu, SST, M.Kes lahir di Manado, pada 9 April 1975. Menyelesaikan pendidikan D IV Bidan Pendidik di Program Bidan Pendidik Fakultas Kedokteran Universitas Padjajaran Bandung dan S2 di Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat (MIKM/MKIA) Universitas Diponegoro Semarang. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Manado

BAB 3

Perubahan Fisiologi Pada Persalinan

Dina Indarsita, SST., M.Kes

A. Pendahuluan

Fenomena perubahan fisiologis persalinan meliputi perubahan lokal pada organ reproduksi (kontraksi uterus, penipisan dan pembukaan serviks, perubahan vagina dan dasar panggul) serta perubahan sistemik tubuh ibu (penurunan progesteron, peningkatan oksitosin, perubahan hormon, gangguan pencernaan, hingga energi *sporadis*), semuanya memicu proses kelahiran janin melalui mekanisme kontraksi, penipisan, dan pelebaran jalan lahir.

Proses melahirkan merupakan sebuah proses yang sangat besar dan harus dilalui oleh ibu hamil untuk melahirkan seorang bayi. Sebelum proses persalinan terlebih dahulu mengalami beberapa proses perubahan fisiologis persalinan yang melibatkan perubahan lokal pada organ reproduksi (uterus, serviks, vagina) dan perubahan sistemik pada tubuh ibu, ditandai dengan **kontraksi uterus yang kuat dan teratur** (his) untuk **membuka dan menipiskan serviks**, pembentukan segmen atas dan bawah rahim, serta **tekanan pada dasar panggul** yang memicu dorongan untuk mengejan.

B. Perubahan Fisiologis pada Persalinan

1. Pengertian

Perubahan Fisiologis pada Persalinan adalah Perubahan fisiologis adalah perubahan yang terjadi saat kehamilan untuk memelihara janin yang sedang berkembang dan mempersiapkan ibu untuk persalinan dan melahirkan. Penting bagi ibu hamil untuk membedakan perubahan

fisiologis yang bersifat normal, dan mana yang menjadi gejala penyakit tertentu (Yulizwati.Fitria, 2021)

2. Perubahan Fisiologis Persalinan Berdasarkan Kalanya

a. Kala I (Pembukaan Serviks)

1) Uterus

Jaringan myometrium berkontraksi dan berelaksasi seperti otot pada umumnya saat persalinan mulai. Otot retraksi tidak akan kembali ke ukuran awalnya, tetapi berubah ke ukuran yang lebih pendek secara bertahap. Dengan waktu, cavum uteri akan semakin mengecil karena bentuk otot uterus berubah selama proses kontraksi, relaksasi, dan retraksi. Salah satu alasan janin turun ke rahim adalah proses ini. Kontraksi uterus dimulai di fundus dan terus melebar sampai ke bawah abdomen, dengan dominasi tarikan ke arah fundus (fundal dominan).

2) Serviks

Serviks berubah menjadi lembut sebelum persalinan dan mulai membuka saat persalinan dekat.

a) Penipisan Serviks (*effacement*)

berhubungan dengan kemajuan dalam pemendekan serviks dan penipisan. Ketika kontraksi uterus menjadi lebih efektif, serviks menjadi lebih tipis. Ini terjadi karena kontraksi uterus yang bersifat fundal dominan, yang membuat serviks tertarik ke atas. Bagian antara segmen atas dan bawah rahim, yang dikenal sebagai ring retractional, mengikuti arah tarikan ke atas, sehingga tampak seperti batas ini bergeser ke atas. Pada akhir kehamilan, serviks biasanya panjangnya berubah-ubah dari beberapa milimeter hingga tiga sentimeter. Namun, seiring perkembangan persalinan, panjang serviks secara bertahap berkurang sampai hanya beberapa milimeter. Serviks tipis ini disebut "menipis penuh".

b) Dilatasi

Proses ini melanjutkan effacement dengan pembukaan setelah serviks menipis sempurna. Serviks terbuka akibat kontraksi otot uterus yang menariknya ke atas, dan dilatasi serta diameter serviks dapat diperiksa secara intravaginal.

Berdasarkan diameter pembukaan serviks, proses ini terbagi menjadi 2 fase, yaitu:

a. Fase laten

Berlangsung selama kurang lebih 8 jam. Pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai diameter 3 cm.

b. Fase aktif

Dibagi menjadi 3 fase :

- Fase akselerasi: dalam 2 jam pembukaan dari 3 cm menjadi 4 cm.
- Fase dilatasi maksimal: dalam 2 jam pembukaan cepat dari 4 cm menjadi 9 cm.
- Fase deselerasi. Pembukaan melambat, dari 9 cm menjadi lengkap (10 cm) dalam 2 jam.

Pembukaan lengkap berarti bibir serviks tak teraba dan diameter lubang serviks 10 cm. Fase ini ditemukan pada primigravida; pada multigravida, tahapannya sama tetapi lebih cepat. Kala I selesai saat pembukaan serviks lengkap; berlangsung sekitar 13 jam pada primigravida dan 7 jam pada multigravida.

Mekanisme pembukaan serviks berbeda antara primigravida dan multigravida. Pada primigravida, ostium uteri internum terbuka terlebih dahulu, menyebabkan serviks mendatar dan menipis, sebelum ostium uteri eksternum terbuka. Pada multigravida, ostium uteri internum dan eksternum serta penipisan dan pendataran serviks terjadi bersamaan.

Proses ini melonggarkan membran di ostium uteri interna, dengan sedikit perdarahan, sehingga lendir bebas dari sumbatan. Pengeluaran lendir dan darah disebut "bloody show" yang menandakan dimulainya persalinan.

c) Ketuban

Ketuban biasanya pecah secara alami saat pembukaan hampir atau sudah lengkap, tetapi kadang-kadang perlu dipecahkan secara medis saat pembukaan sudah lengkap. Ketuban Pecah Dini (KPD) terjadi jika ketuban pecah sebelum pembukaan 5 cm.

d) Tekanan Darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi, dengan sistol rata-rata naik 15-20 mmHg dan diastole 5-10 mmHg. Tekanan darah kembali ke tingkat sebelum persalinan di antara kontraksi. Cek tekanan darah saat kontraksi untuk memastikan hasil yang akurat. Mengubah posisi pasien dari telentang ke miring dapat mencegah perubahan tekanan darah selama persalinan. Nyeri, ketakutan, dan kekhawatiran dapat meningkatkan tekanan darah. Jika pasien merasa sangat takut, pertimbangkan bahwa ketakutannya dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah, bukan pre-eklampsia. Periksa parameter lain untuk menyingkirkan pre-eklamsi. Berikan perawatan dan obat penunjang untuk merelaksasikan pasien sebelum diagnosis akhir jika pre-eklampsia tidak terbukti.

e) Metabolisme

Selama persalinan, metabolisme karbohidrat meningkat akibat kecemasan dan aktivitas otot rangka. Peningkatan aktivitas metabolik disebabkan oleh suhu tubuh,

denyut nadi, pernapasan, curah jantung, dan kehilangan cairan.

f) **Suhu Tubuh**

Suhu tubuh meningkat selama persalinan, terutama saat dan setelah melahirkan. Kenaikan suhu hingga $0,5-1^{\circ}\text{C}$ dianggap normal, mencerminkan peningkatan metabolisme. Peningkatan suhu tubuh sedikit saat persalinan adalah normal, tetapi jika persalinan berlangsung lama, itu bisa tanda dehidrasi. Pada ketuban pecah dini, peningkatan suhu bisa mengindikasikan infeksi dan tidak normal.

g) **Detak Jantung**

Perubahan signifikan selama kontraksi meliputi peningkatan saat fase peningkatan, penurunan saat puncak, dan peningkatan lagi hingga frekuensi normal di antara kontraksi. Penurunan puncak kontraksi uterus tidak terjadi jika wanita dalam posisi miring. Frekuensi denyut nadi sedikit lebih tinggi antara kontraksi dibandingkan sebelum persalinan, mencerminkan peningkatan metabolisme selama proses tersebut. Peningkatan denyut jantung sedikit dianggap normal, tetapi perlu pemeriksaan parameter lain untuk menyingkirkan infeksi.

h) **Pernapasan**

Peningkatan frekuensi pernapasan selama persalinan dianggap normal dan mencerminkan peningkatan metabolisme. Namun, sulit untuk mendapatkan data akurat karena dipengaruhi oleh faktor emosional dan teknik pernapasan. Hiperventilasi berkepanjangan merupakan temuan abnormal yang dapat menyebabkan alkalosis. Amati pernapasan pasien dan bantu ia mengendalikannya untuk mencegah

hiperventilasi berkelanjutan, yang ditandai dengan kesemutan dan pusing.

i) **Perubahan Renal (berkaitan dengan ginjal)**

Kondisi ini dapat diakibatkan karena peningkatan lebih lanjut curah jantung selama persalinan dan kemungkinan peningkatan laju filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal. Poliuri menjadi kurang jelas pada kondisi telentang karena posisi ini membuat aliran urin berkurang selama kehamilan. Yang akan mencegah penurunan bagian presentasi janin, dan trauma pada kandung kemih akibat penekanan yang lama, yang akan menyebabkan hipotonia kandung kemih dan retensi urin selama periode pascapersalinan. Lebih sering terjadi pada primipara, pasien yang mengalami anemia, atau yang persalinannya lama.

j) **Gastrointestinal**

Apabila kondisi ini diperburuk oleh penurunan lebih lanjut sekresi asam lambung selama persalinan, maka saluran cerna bekerja dengan lambat sehingga waktu pengosongan lambung menjadi lebih lama. Cairan tidak dipengaruhi dan waktu yang dibutuhkan untuk pencernaan di lambung tetap seperti biasa. Makanan yang dimakan selama periode menjelang persalinan atau fase *prodromal* atau fase *laten* persalinan cenderung akan tetap berada di dalam lambung selama persalinan. Mual dan muntah umum terjadi selama fase transisi yang menandai akhir fase pertama persalinan.

k) **Hematologi**

Haemoglobin meningkat rata-rata 1,2 mg% selama persalinan dan kembali ke kadar sebelum persalinan pada hari pertama pascapersalinan jika tidak ada kehilangan darah yang abnormal. Tes darah yang

menunjukkan kadar darah berada dalam batas normal membuat kita terkecoh sehingga mengabaikan peningkatan resiko pada pasien anemia selama masa persalinan. Perubahan ini menurunkan resiko perdarahan pascapersalinan pada pasien normal. Hitung sel darah putih secara progresif meningkat selama kala I sebesar kurang lebih 5 ribu/ul hingga jumlah rata-rata 15ribu/ul pada saat pembukaan lengkap, tidak ada peningkatan lebih lanjut setelah ini. Peningkatan hitung sel darah putih tidak selalu mengindikasikan proses infeksi ketika jumlah ini dicapai. Penggunaan uji laboratorium untuk menapis seorang pasien terhadap kemungkinan diabetes selama masa persalinan akan menghasilkan data yang tidak akurat dan tidak dapat dipercaya

b. Kala II (Pengeluaran Janin)

Menurut (Rukiah.A.Y, 2019), kala dua persalinan adalah kala pengeluaran dimulai saat serviks telah membuka lengkap dan berlanjut hingga bayi lahir. Pasien merasakan adanya tekanan pada rectum dan merasa seperti ingin BAB (Sulistyawati.A, 2010)

Perubahan fisiologis pada kala II Menurut (Damayanti.P, 2014) adalah sebagai berikut:

1) Serviks

Serviks akan mengalami pembukaan yang biasanya didahului oleh pendataran serviks yaitu pemendekan dari kanalis servikalis, yang semula berupa sebuah saluran yang panjangnya 1-2 cm, menjadi suatu lubang saja dengan pinggir yang tipis.

2) Uterus

Saat ada his, uterus teraba sangat keras karena seluruh ototnya berkontraksi. Proses ini akan efektif hanya jika his bersifat fundal dominan, yaitu kontraksi didominasi oleh otot fundus yang menarik otot bawah rahim keatas sehingga akan

menyebabkan pembukaan serviks dan dorongan janin ke bawah secara alami.

3) **Vagina**

Sejak kehamilan vagina mengalami perubahan-perubahan sedemikian rupa, sehingga dapat dilalui bayi. Setelah ketuban pecah, segala perubahan, terutama pada dasar panggul diregang menjadi saluran dengan dinding-dinding yang tipis oleh bagian depan anak. Waktu kepala sampai di vulva, lubang vulva menghadap ke depan atas.

4) **Pergeseran Organ Dasar Panggul**

Tekanan pada otot dasar panggul oleh kepala janin akan menyebabkan pasien ingin meneran, serta diikuti dengan perenium yang menonjol dan menjadi lebar dengan anus membuka. Labia mulai membuka dan tak lama kemudian kepala janin tampak pada vulva saat ada his.

5) **Ekspulsi Janin**

Dengan his serta kekuatan meneran maksimal, kepala janin dilahirkan dengan suboksiput di bawah simfisis, kemudian dahi, muka, dan dagu melewati perenium. Setelah istirahat sebentar, his mulai lagi untuk mengeluarkan badan dan anggota tubuh bayi. Pada primigravida, kala II berlangsung kira-kira satu setengah jam sedangkan pada multigravida setengah jam.

6) **Sistem Kardiovaskuler**

Kontraksi menurunkan aliran darah menuju uterus sehingga jumlah darah dalam sirkulasi ibu meningkat. Tekanan darah sistolik meningkat rata-rata 15mmHg saat kontraksi. Upaya mengejan juga akan memengaruhi tekanan darah, dapat meningkatkan dan kemudian menurun kemudian akhirnya kembali lagi sedikit di atas normal. Rata-rata normal peningkatan tekanan darah selama kala II adalah 10 mmHg.

7) Respirasi

- a) Respon terhadap perubahan sistem kardiovaskuler: konsumsi oksigen meningkat.
- b) Percepatan pematangan surfaktan (fetus labor speed maturation of surfactant): penekanan pada dada selama proses persalinan membersihkan paru-paru janin dari cairan yang berlebihan.

8) Pengaturan Suhu

Keseimbangan cairan : kehilangan cairan meningkat oleh karena meningkatnya kecepatan dan kedalaman respirasi yang menyebabkan restriksi cairan.

9) Urinaria

Penekanan kepala janin menyebabkan tonus *vesical* kandung kencing menurun.

10) Sistem Syaraf

Kontraksi menyebabkan penekanan pada kepala janin, sehingga denyut jantung janin menurun

11) Denyut Nadi

Frekuensi denyut nadi bervariasi tiap kali pasien meneran. Secara keseluruhan frekuensi nadi meningkat selama kala II disertai takikardi yang nyata ketika mencapai puncak menjelang kelahiran bayi.

c. **Kala III (Pelepasan Plasenta)**

Kala III dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Setelah bayi lahir uterus teraba keras dengan fundus uteri agak diatas pusat beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya. Biasanya plasenta lepas dalam 6 menit-15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri. Otot uterus (myometrium) berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus setelah lahirnya bayi.

Menurut (Sondakh.Jenny.J.S., 2013) menjelaskan bahwa ada tiga perubahan utama yang terjadi pada saat proses persalinan kala III, yaitu :

1) Perubahan bentuk dan tinggi fundus uteri Setelah bayi lahir dan sebelum miometrium mulai berkontraksi, uterus berbentuk bulat penuh, dan tinggi fundus biasanya terletak dibawah pusat. Setelah uterus berkontraksi dan plasenta terdorong ke bawah, uterus berbentuk segitiga atau berbentuk menyerupai buah pir atau alpukat, dan fundus berada diatas pusat (sering kali 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 dibantu oleh gaya gravitasi. Apabila kumpulan darah (retroplacental pooling) dalam ruang di antara dinding uterus dan permukaan dalam plasenta melebihi kapasitasampungnya, maka darah akan tersembur keluar dari tepi plasenta yang terlepas.

d. **Kala IV (Observasi Postpartum)**

Dua jam pertama setelah persalinan sangat kritis bagi ibu dan bayi. Ibu beradaptasi untuk menstabilkan kondisi tubuh, sementara bayi menyesuaikan diri dengan lingkungan baru di luar uterus. Kematian ibu sering terjadi saat ini, sehingga bidan tidak boleh meninggalkan pasien dan bayi sendirian.

1) **Tanda Vital**

Dalam dua jam pertama setelah persalinan, tekanan darah, nadi, dan pernapasan akan kembali normal. Suhu pasien sedikit meningkat, tetapi tetap di bawah 38°C karena kurangnya cairan dan kelelahan. Jika intake cairan baik, suhu akan kembali normal dalam dua jam.

2) Gemetar

Kadang dijumpai pasien pasca persalinan mengalami gemetar, hal ini normal sepanjang suhu kurang dari 38°C dan tidak dijumpai tanda-tanda infeksi lain. Gemetar terjadi karena hilangnya ketegangan dan sejumlah energi selama melahirkan dan merupakan respon fisiologis terhadap penurunan volume intrabdominal serta pergeseran hematologi.

3) Sistem *gastrointestinal*

Setelah dua jam pascapersalinan, pasien kadang mengalami mual dan muntah. Untuk mencegah aspirasi, posisikan pasien setengah duduk atau duduk. Hidrasi juga penting untuk mencegah dehidrasi.

4) Sistem Renal

Selama 2 - 4 jam pasca persalinan kandung kemih masih dalam keadaan hipotonik akibat adanya alostaksis, sehingga sering dijumpai kandung kemih dalam keadaan penuh dan mengalami pembesaran. Hal ini disebabkan oleh tekanan pada kandung kemih dan uretra selama persalinan. Uterus yang berkontraksi dengan buruk meningkatkan perdarahan dan nyeri.

5) Sistem Kardiovaskular

Selama kehamilan, volume darah normal digunakan untuk menampung aliran darah yang meningkat yang diperlukan oleh plasenta dan pembuluh darah uterus. Penarikan kembali estrogen menyebabkan *diuresis* yang terjadi secara cepat sehingga mengurangi volume plasma kembali pada proporsi normal. Volume darah pasien relative akan bertambah. Keadaan ini akan menyebabkan beban pada jantung dan akan menimbulkan *dekompensasio kordis* pada pasien dengan *vitum kardio*.

6) Serviks

Setelah bayi lahir, serviks berubah bentuk menjadi agak menganga seperti corong akibat

kontraksi korpus uterus, sementara serviks tidak berkontraksi, sehingga tampak seperti ada cincin di perbatasannya. Serviks berwarna merah kehitaman, lunak, dan terkadang mengalami laserasi kecil. Robekan kecil saat dilatasi menyebabkan serviks tidak kembali ke kondisi sebelum hamil. Muara serviks yang membuka hingga 10 cm saat persalinan akan menutup secara perlahan. Setelah bayi lahir, tangan dapat masuk ke rongga rahim selama dua jam, tetapi setelah itu hanya bisa dimasuki dua atau tiga jari.

7) Perenium

Segera setelah melahirkan, perenium menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan bayi yang bergerak maju.

8) Vulva dan Vagina

Selama melahirkan, vulva dan vagina mengalami penekanan dan peregangan yang signifikan. Beberapa hari setelahnya, kedua organ ini tetap kendur, tetapi setelah 3 minggu, vulva dan vagina kembali ke keadaan tidak hamil, dan rugae mulai muncul kembali, sementara labia menjadi lebih menonjol.

9) Pengeluaran ASI

Setelah lahirnya plasenta dan penurunan hormon estrogen, progesteron, dan Human Placenta Lactogen, prolaktin berfungsi membentuk dan mengeluarkan ASI. Isapan pada puting susu memicu refleks pengeluaran oksitosin dari hipofisis, yang membuat mioepitel di sekitar alveoli dan ductus kelenjar ASI berkontraksi, mengeluarkan ASI ke dalam sinus, yang dikenal sebagai "let down reflex."

DAFTAR PUSTAKA

- Damayanti.P, A. P. (2014). *Panduan Lengkap Ketrampilan Dasar Kebidanan I*. Yogyakarta: Deepublish.
- Rukiah.A.Y, Y. (2019). *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru lahir*. Jakarta Timur: Trans Info Media.
- Sondakh.Jenny.J.S. (2013). *Asuhan Kebidanan Persalinan & Bayi Baru Lahir*. Jakarta Timur: Erlangga.
- Sulistyawati.A, N. (2010). *Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin*. Jagakarsa Jakarta: Salemba Medika.
- Yulizwati.Fitria, H. (2021). *Buku Continuity of Care (Tinjauan Asuhan pada Kehamilan, Bersalin, Nifas, Bayi baru Lahir dan Keluarga Berencana)*. Sidoarjo: Indomedika Pustaka.

BIODATA PENULIS



Dina Indarsita SST, M.Kes lahir di Palembang, pada 03 Januari 1965. Menyelesaikan pendidikan D-IV di FK Universitas Sumatera Utara Medan 1999, S2 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia Jakarta 2002. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Medan.

BAB 4

Penilaian Awal Ibu dan Janin

Nani Zulfikar, S.Kep., Ns., M.Kes

A. Pendahuluan

Persalinan adalah proses fisiologis di mana janin dikeluarkan dari rahim ke dunia luar. Diagnosis persalinan ditandai dengan terjadinya (1) Kontraksi teratur dan nyeri yang menyebabkan penipisan dan pelebaran serviks atau (2) Nyeri persalinan teratur dengan pecahnya selaput ketuban. Persalinan normal terjadi pada kehamilan cukup bulan (didefinisikan sebagai usia kehamilan 37-0/7 hingga 42-0/7 minggu). Ibu hamil umumnya mengalami beberapa tanda-tanda awal persalinan meliputi kontraksi yang menyakitkan, perdarahan vagina atau keluarnya cairan dari vagina. (World Health Organization, 2017)

Petugas medis berperan dalam menentukan apakah ibu sudah mengarah ke persalinan sesungguhnya (*true labor*) yang didefinisikan sebagai kontraksi teratur dan signifikan secara klinis yang disertai dengan perubahan objektif pada dilatasi atau penipisan serviks. Penilaian awal persalinan merupakan evaluasi komprehensif terhadap ibu dan janin yang perlu dilakukan oleh petugas medis sehingga petugas medis dapat memutuskan perawatan yang dibutuhkan ibu dan janin dan apakah keadaan ibu dan janin memerlukan rujukan segera atau tindakan darurat. Selain itu, penilaian awal pada ibu dan janin dilakukan agar petugas dapat mengetahui dan mengidentifikasi tahap persalinan yang telah dicapai serta menemukan informasi ataupun riwayat yang dapat memengaruhi kemajuan atau hasil persalinan. (Leifer, 2014)

B. Penilaian Awal Ibu dan Janin

Pada umumnya ibu hamil datang ke ruang persalinan dengan keluhan nyeri persalinan. Beberapa ibu mungkin melaporkan keputihan bercampur darah atau keluarnya cairan dari vagina. Tujuan dari penilaian awal adalah sebagai berikut: 1) Untuk memastikan dimulainya persalinan, 2) Untuk membedakan antara *true labor* dan *false labor* 3) Untuk memperoleh informasi dasar tentang kondisi ibu dan janin serta kemajuan persalinan. 4) Untuk menilai kesiapan persalinan dan mengidentifikasi kebutuhan perawatan. (Raddi & Viswanath, 2023)

Ketika seorang ibu melaporkan satu atau lebih tanda persalinan, penilaian segera harus difokuskan pada konfirmasi dimulainya persalinan. Penilaian untuk mengkonfirmasi dimulainya persalinan yang sebenarnya meliputi pengumpulan informasi tentang riwayat keluhan yang ada dan melalui pemeriksaan fisik termasuk pemeriksaan tanda vital, pemeriksaan abdomen, pemeriksaan pervaginam, dan pemeriksaan laboratorium. Selain itu dilakukan penilaian awal pada janin yaitu pemeriksaan denyut jantung janin (DJJ). (Raddi & Viswanath, 2023)

1. Penilaian Kondisi Ibu

Ketika ibu hamil telah mengalami satu atau lebih tanda-tanda persalinan, penilaian berfokus pada konfirmasi awal persalinan. Penilaian dilakukan untuk mengkonfirmasi telah dimulainya persalinan yang sebenarnya/ *true labor* meliputi pengumpulan informasi tentang riwayat keluhan yang disampaikan dan pemeriksaan fisik termasuk pemeriksaan perut dan pervaginam. Penilaian tanda dan gejala membantu bidan ataupun perawat untuk menyingkirkan kemungkinan persalinan palsu/ *false labor*. Semua temuan penilaian harus didokumentasikan untuk memberikan informasi dasar dan untuk menghindari penilaian berulang. (Raddi & Viswanath, 2023)

Selama dilakukan penilaian awal, upayakan agar ibu serta keluarganya mendapatkan perawatan persalinan yang

profesional. Segala upaya harus dilakukan untuk menghasilkan pengalaman persalinan yang positif. Hindari berteriak atau melakukan kekerasan fisik. Lakukan perkenalan diri kepada ibu hamil yang akan dilakukan penilaian serta diskusikan dengannya apa yang akan anda lakukan. Penilaian awal yang dilakukan pada ibu diantaranya pemeriksaan riwayat pasien, tanda vital, pemeriksaan abdomen, pemeriksaan pervaginam, dan laboratorium. (World Health Organization, 2017)

a. Riwayat Pasien

1) Identifikasi diri dan informasi prenatal

Riwayat mencakup identifikasi data diri serta informasi pre-natal. Pastikan data diri pasien seperti nama dan informasi lainnya untuk menghindari kesalahan identifikasi. Informasi pre-natal dapat dikumpulkan melalui laporan pre-natal dan dikonfirmasi dengan ibu ataupun pendampingnya. Informasi tentang paritas, usia kehamilan, dan riwayat antenatal yang signifikan juga harus diperoleh sebagai bagian dari penilaian awal. Riwayat terperinci dapat dikumpulkan selama proses persalinan dikarenakan proses persalinan dapat menimbulkan rasa takut dan tidak nyaman pada ibu sehingga tidak memungkinkan untuk mengumpulkan informasi riwayat secara detail. (Raddi & Viswanath, 2023)

2) Penilaian nyeri kontraksi dan tanda persalinan

Pada tahapan ini juga dilakukan pengumpulan informasi mengenai nyeri kontraksi dan tanda persalinan yang telah ibu rasakan. Petugas dapat menanyakan beberapa pertanyaan kepada ibu untuk mengumpulkan informasi mengenai waktu dan karakteristik nyeri yang dirasakan. (Raddi & Viswanath, 2023). Informasi harus mencakup detail tentang awal mula, frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan kontraksi, serta kebocoran cairan atau perdarahan. Pada persalinan aktif, kontraksi teratur,

biasanya terjadi setiap 2 hingga 5 menit, dan membutuhkan perhatian penuh dari ibu yang melahirkan. Jika selaput ketuban pecah, waktu dugaan pecah, jumlah cairan yang hilang, dan warna cairan harus didokumentasikan. Persepsi ibu tentang gerakan janin juga harus dicatat. Selain itu, waktu dan isi asupan oral terakhir, bersama dengan alergi dan obat-obatan yang sedang dikonsumsi, harus dicatat. Informasi dalam rekam medis harus dikonfirmasi, jika memungkinkan. Jika rekam medis tidak tersedia, riwayat medis yang lengkap harus diperoleh, jika memungkinkan. Hasil informasi yang telah dikumpulkan harus divalidasi dengan pemeriksaan abdomen dan pervaginam (Leifer, 2014)

b. Pemeriksaan Tanda-Tanda Vital

Suhu, denyut nadi, pernapasan, tekanan darah, dan status hidrasi harus dinilai dan didokumentasikan untuk memberikan informasi dasar bagi penilaian berkelanjutan. Suhu tubuh dicek secara berkala setiap 4 jam atau setiap 2 jam jika terjadi peningkatan atau jika membran telah ruptur. Temperatur $\geq 38^{\circ}\text{C}$ harus dilaporkan. Jika terjadi peningkatan suhu tubuh, pemeriksaan cairan ketuban harus dilakukan untuk memeriksa apakah terdapat tanda-tanda infeksi. Tekanan darah, denyut nadi, dan pernapasan diperiksa setiap jamnya. (Leifer, 2014)

c. Pemeriksaan Abdomen

1) Pemeriksaan kontraksi uterus

Pemeriksaan kontraksi uterus dapat dilakukan dengan palpasi atau dengan menggunakan *Electronic Fetal Monitoring* (EFM). Pemeriksaan kontraksi uterus dapat membantu petugas untuk menentukan apakah ibu sudah masuk proses awal persalinan (*true labor*) atau belum (*false labor*).

Tabel 1. Perbedaan *False Labor* dan *True Labor*(Leifer, 2014)

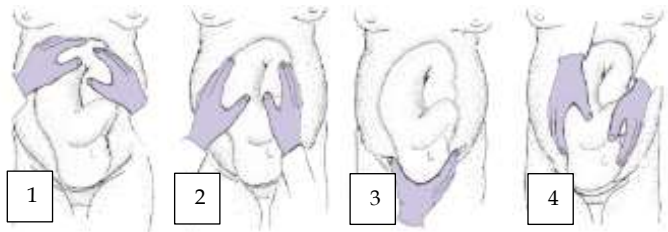
<i>False Labor</i>	<i>True Labor</i>
Kontraksi bersifat tidak teratur atau tidak meningkat dari frekuensi, durasi dan intensitas	Kontraksi secara perlahan meningkat dan terjadi peningkatan frekuensi, waktu dan semakin intens
Gerakan fisik seperti berjalan dapat mengurangi rasa nyeri kontraksi	Gerakan fisik seperti berjalan meningkatkan rasa nyeri kontraksi
Rasa tidak nyaman di daerah perut dan pangkal paha	Rasa tidak nyaman di daerah pinggang bawah dan perut bawah: awalnya sering terasa seperti nyeri menstruasi
Umumnya tidak terjadi perdarahan	Perdarahan sering terjadi terutama pada ibu yang melahirkan anak pertama.
Tidak terjadi perubahan dan dilatasi serviks	Terjadi perubahan dan dilatasi serviksi

Pemeriksaan kontraksi dengan palpasi dilakukan dengan cara tangan pemeriksa diletakkan seluruhnya di daerah fundus uteri ibu. Jari petugas tidak bergerak ketika melakukan palpasi kontraksi karena pergerakan jari dapat menstimulasi kontraksi sehingga memberikan hasil pemeriksaan yang tidak akurat. (Leifer, 2014). Ketika pemeriksaan kontraksi dilakukan, intensitas, durasi dan frekuensi kontraksi diamati. Intensitas kontraksi dikategorikan menjadi ringan, sedang dan kuat dinilai berdasarkan perasaan lunak, kencang, atau keras, selama kontraksi. Durasi kontraksi yaitu berapa detik kontraksi terjadi dari awal kontraksi sampai kontraksi menghilang. Frekuensi kontraksi yaitu estimasi seberapa sering kontraksi terjadi atau dapat dicatat dalam waktu interval munculnya kontraksi, contoh: Kontraksi muncul setiap

5-6 menit sekali atau 2 kontraksi terjadi setiap 10 menit.
(Raddi & Viswanath, 2023)

2) Pemeriksaan posisi janin di rahim

Pemeriksaan posisi janin bertujuan untuk mengidentifikasi letak, posisi, sikap, dan keadaan janin berdasarkan gerakan janin dan detak jantung janin. Palpasi pada daerah abdomen secara sistematis atau Manuver Leopold harus dilakukan saat awal masuk ke tempat persalinan. Hasil pemeriksaan harus didokumentasikan dengan cermat untuk memberikan informasi dasar tentang janin.



Gambar 1. Manuver Leopold (Leifer, 2014)

Manuver Leopold dilakukan dengan cara sebagai berikut: 1) Presentasi Janin. Tangan diletakkan di kedua sisi perut ibu untuk meraba fundus uterus guna menentukan apakah terasa benda bulat dan keras di fundus (kepala janin, menunjukkan presentasi sungsang) atau kontur lunak dan tidak beraturan (bokong janin, menunjukkan presentasi kepala).

2) Posisi Janin. Tangan diletakkan di kedua sisi perut ibu. Dukung satu sisi perut sambil meraba sisi lainnya. Meraba kontur yang keras dan halus menunjukkan lokasi punggung janin, sedangkan merasakan benda lunak dan tidak beraturan menunjukkan bagian-bagian kecil atau ekstremitas.

3) Konfirmasi presentasi. Area suprapubik diraba untuk menentukan apakah kepala janin sudah keluar.

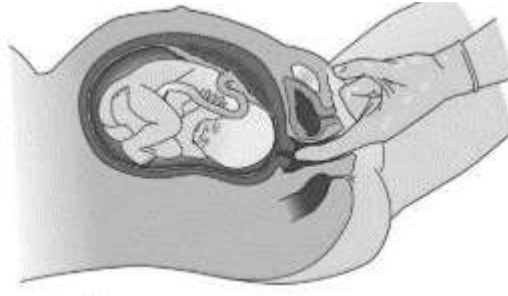
Merasakan area bulat dan keras yang tidak bergerak dapat menunjukkan bahwa kepala janin sudah masuk ke panggul. 4) Sikap. Sikap kepala janin ditentukan dengan meraba perut ibu dengan jari-jari mengarah ke kaki ibu. Tangan digerakkan ke bawah menuju simfisis pubis. Merasakan benda bulat dan keras di sisi yang sama dengan punggung janin menunjukkan janin dalam posisi ekstensi. Meraba benda keras dan bulat di seberang punggung janin menunjukkan bahwa kepala janin berada dalam posisi fleksi.

d. Pemeriksaan Pervaginam

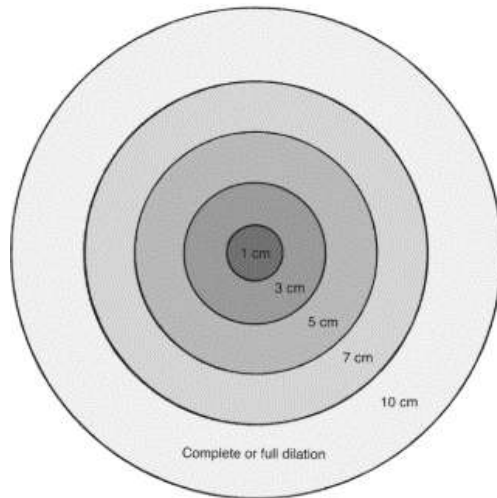
Kemajuan persalinan ditentukan berdasarkan hasil evaluasi berkala melalui pemeriksaan pervaginam. Tujuan pemeriksaan pervaginam adalah untuk memastikan persalinan. Selama pemeriksaan pervaginam, pemeriksa menilai penipisan dan pelebaran serviks, status selaput ketuban, dan posisi kepala janin. WHO merekomendasikan agar pemeriksaan pervaginam dilakukan setiap 4 jam pada tahap pertama persalinan. WHO merekomendasikan agar jumlah pemeriksaan pervaginam dibatasi hanya pada pemeriksaan yang benar-benar diperlukan dan idealnya hanya dilakukan pada pemeriksaan pertama yang menandai fase aktif persalinan. (World Health Organization, 2018)

1) Penilaian dilatasi dan penipisan serviks

Pemeriksa memasukkan jari tengah dan jari telunjuk ke dalam vagina untuk meraba serviks. Interpretasi dilatasi serviks dalam sentimeter dilakukan secara perkiraan berdasarkan jumlah jari yang masuk ke dalam serviks. Pemeriksa meraba panjang saluran serviks untuk memperkirakan penipisan. Penipisan didokumentasikan dalam persen. (Raddi & Viswanath, 2023)



Gambar 2. Penilaian dilatasi serviks melalui pemeriksaan pervaginam (Raddi & Viswanath, 2023)



Gambar 3. Ilustrasi dilatasi serviks dalam satuan sentimeter (Leifer, 2014)

2) Penilaian status selaput ketuban

Memeriksa status selaput ketuban, apakah utuh atau pecah, juga merupakan bagian dari pemeriksaan pervaginam. Jika selaput ketuban utuh, pemeriksa dapat merasakan tonjolan kantung ketuban berisi cairan ketuban. Bagian kantung di bawah kepala janin yang telah masuk ke dalam panggul dikenal sebagai *forewaters* dan bagian cairan di belakang kepala janin

dikenal sebagai *hindwaters*. Jika selaput ketuban pecah, warna cairan ketuban juga harus dinilai dan didokumentasikan. (Raddi & Viswanath, 2023)

3) Posisi kepala janin

Posisi kepala janin diperkirakan dengan menghubungkan tingkat kepala janin dengan tulang belakang iskial. Tingkat kepala janin mudah diraba selama pemeriksaan per vaginam setelah pecahnya selaput ketuban (Raddi & Viswanath, 2023)

e. Pemeriksaan Laboratorium

Pengambilan sampel darah untuk pengukuran hematokrit dan spesimen urin untuk penentuan kadar glukosa dan protein adalah tes umum yang dilakukan. Tes hematokrit seringkali diabaikan jika ibu telah menjalani perawatan prenatal rutin dan evaluasi terkini. Ibu hamil yang tidak menjalani perawatan prenatal akan menjalani tes tambahan seperti hitung darah lengkap, urinalisis, skrining obat, tes untuk infeksi menular seksual, dan lainnya sesuai indikasi. (Leifer, 2014)

2. Penilaian Kondisi Janin

Tujuan penilaian kondisi janin adalah untuk memungkinkan deteksi dini hipoksia janin, mencegah asidosis metabolik janin, dan memungkinkan intervensi cepat yang akan menghindari cedera pada janin. Kondisi janin ditentukan dengan menilai detak jantung janin. Detak jantung janin dapat dinilai dengan fetoskop, stetoskop, Doppler, atau pemeriksaan *Cardiotocography* (CTG) berdasarkan fasilitas yang tersedia. (Raddi & Viswanath, 2023). Hasil penilaian harus didokumentasikan dalam rekam medis ibu. Pemeriksaan detak jantung janin sebaiknya dilakukan sebelum dan di akhir kontraksi. (World Health Organization, 2017)

Pemeriksaan detak jantung janin diawali dengan menentukan lokasi terbaik untuk menilai detak jantung janin. Lokasi detak jantung janin yang paling jelas kemungkinan besar akan ditemukan di atas punggung janin dan biasanya

di perut bagian bawah ibu. Detak jantung janin normal pada kehamilan cukup bulan umumnya berada di rentang 110 hingga 160 denyut per menit (bpm). Berikut cara pemeriksaan detak jantung janin menggunakan beberapa alat pemeriksaan yang umum digunakan (Leifer, 2014):

a. Fetoskop

- 1) Pasang *earpiece* di telinga Anda.
- 2) Letakkan bel di area sekitar punggung janin dan tekan dengan kuat sambil mendengarkan detak jantung janin yang teredam. Setelah terdengar, hitung laju detak jantung dalam interval 6 detik selama minimal 1 menit.
- 3) Kalikan angka terendah dan tertinggi dengan 10 untuk menghitung rentang rata-rata denyut jantung (misalnya, 130 hingga 140 denyut/menit).
- 4) Ukur denyut sebelum dan setelah setidaknya dalam satu siklus kontraksi penuh.

b. Doppler

- 1) Letakkan USG gel di bagian kepala transduser genggam.
- 2) Posisikan *earpiece* di telinga Anda, atau hubungkan transduser ke speaker.
- 3) Hidupkan sakelar dan letakkan kepala transduser di atas area perkiraan punggung janin.
- 4) Hitung denyut jantung janin seperti cara menghitung denyut jantung janin saat pemeriksaan menggunakan fetoskop. Jika menggunakan *earpiece*, biarkan orang tua mendengar detak jantung janin.

DAFTAR PUSTAKA

- Leifer, G. (2014). *Introduction to Maternity and Pediatric Nursing* (7 ed.). Elsevier Health Sciences.
- Raddi, S. A., & Viswanath, L. (2023). *Principles and Practices of Obstetrics and Gynaecology Nursing*. Elsevier India.
- World Health Organization. (2017). *Standard Guidelines For Obstetrics, Gynaecology and Newborn Care: a Health Workers Guide*.
- World Health Organization. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*.

BIODATA PENULIS



Nani Zulfikar, S.Kep., Ns., M.Kes. Lahir di Gunung Sitoli, 13 April 1972. Menyelesaikan Pendidikan S1 di Fakultas Kedokteran Program S1 Keperawatan Universitas Sumatera Utara dan S2 di Fakultas Kesehatan Masyarakat dengan Minat Studi Kesehatan Reproduksi di Universitas Sumatera Utara. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Keperawatan Kemenkes Poltekkes Medan.

BAB 5

Kala I : Pembukaan Serviks

Novianti Rizki Amalia, SST., M.Keb

A. Pendahuluan

Persalinan terdiri dari serangkaian kontraksi rahim yang berirama, tidak disengaja atau diinduksi secara medis yang mengakibatkan penipisan (penipisan dan pemendekan) dan pelebaran serviks rahim. Persalinan berlangsung secara spontan dan berisiko rendah pada awal persalinan, serta tetap demikian sepanjang proses persalinan dan kelahiran. Bayi lahir secara spontan dalam posisi kepala di bawah antara minggu ke-37 dan ke-42 kehamilan. Setelah melahirkan, ibu dan bayi dalam kondisi baik (Julie, 2024b).

Persalinan biasanya dimulai dengan kontraksi rahim yang tidak teratur dengan intensitas yang bervariasi dan serviks mulai menipis dan melebar. Seiring berjalannya persalinan, kontraksi meningkat dalam durasi, intensitas, dan frekuensi. Terkadang selaput korioamnion pecah sebelum dimulainya kontraksi (American College of Obstetricians And Gynecologists, 2014).

B. Kala I

Tahap pertama—dari awal persalinan hingga pelebaran serviks penuh (sekitar 10 cm), memiliki 2 fase, laten dan aktif :

1. Fase Laten

Fase laten adalah interval dari awal persalinan hingga awal fase aktif (American College of Obstetricians And Gynecologists, 2014). Kontraksi yang tidak teratur menjadi teratur dan lebih intens, ketidaknyamanan ringan hingga sedang, dan serviks menipis dan mulai melebar hingga 4 sampai 6 cm. Fase laten sulit didefinisikan secara tepat dan durasinya bervariasi. Untuk nullipara, rata-ratanya adalah

7,3 sampai 8,6 jam (persentil ke-95, 17 sampai 21 jam) (Aprilita et al., 2024). Multipara, rata-ratanya adalah 4,1 sampai 5,3 jam (persentil ke-95, 12 sampai 14 jam).

Tidak ada definisi standar untuk *fase laten yang berkepanjangan*. Standar yang umum digunakan adalah > 20 jam pada pasien nulliparous atau > 14 jam pada pasien multiparous, meskipun beberapa penelitian melaporkan durasi yang lebih pendek dan lebih panjang (Cohen & Friedman, 2023).

2. Fase Aktif

Pelebaran serviks yang dipercepat. Kontraksi teratur berlanjut hingga serviks melebar sepenuhnya. Protraksi fase aktif didiagnosis ketika, setelah dilatasi mencapai 6 cm, serviks berdilatasi < 1,2 cm/jam pada pasien nullipara atau < 1,5 cm/jam pada pasien multipara (Friedman & Cohen, 2023). Penghentian fase aktif biasanya didefinisikan sebagai tidak adanya perubahan dilatasi serviks selama 2 hingga 4 jam. Pemeriksaan panggul dilakukan sesuai kebutuhan pada fase laten dan biasanya setiap 2 hingga 3 jam pada fase aktif untuk mengevaluasi kemajuan persalinan (Dirgahayu et al., 2022).

Fase aktif dibagi menjadi 3 fase :

- a. Fase akselerasi yaitu dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.
- b. Fase dilatasi maksimal yaitu dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sampai cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm.
- c. Fase deselerasi yaitu pembukaan menjadi lambat kembali, dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap (10 cm). Fase- fase tersebut dijumpai pada primigravida, pada multigravida pun terjadi demikian, akan tetapi fase laten, fase aktif, dan fase deselerasi terjadi lebih pendek

Partograf adalah alat untuk memantau kesejahteraan ibu dan janin selama fase aktif persalinan, dan alat bantu pengambilan keputusan ketika ditemukan kelainan. Alat ini dirancang untuk digunakan di semua tingkat

perawatan.grafik yang digunakan untuk mencatat kemajuan dilatasi serviks, sebagaimana ditentukan oleh pemeriksaan vagina.Grafik dimulai pada dilatasi 5 cm, dan 3 kontraksi setiap 10 menit. Dalam situasi tertentu, misalnya induksi persalinan, grafik dimulai pada dilatasi 4 cm.

Indikator-indikator tersebut diplot pada grafik setiap kali diperiksa:

- a. Indikator maternal:
 - 1) Tanda-tanda vital (detak jantung, tekanan darah, dan suhu)
 - 2) Waktu pecahnya selaput ketuban secara spontan atau buatan
 - 3) Kontraksi rahim (jumlah per 10 menit dan durasi)
 - 4) Keluaran urin
 - 5) Obat-obatan yang diberikan (oksitosin, antibiotik, dll.)
- b. Indikator janin:
 - 1) Detak jantung janin
 - 2) Cairan ketuban (warna, bau, dan jumlah)
 - 3) Penurunan kepala janin dan pembentukan kepala.

Partograf WHO memiliki dua garis diagonal: garis peringatan dan garis tindakan. Garis peringatan berkisar dari 4 hingga 10 cm dan sesuai dengan laju dilatasi rata-rata 1 cm perjam. Jika kurva persalinan melewati garis peringatan ini ke kanan, artinya dilatasi kurang dari 1 cm per jam. Garis tindakan terletak 4 jam di sebelah kanan garis peringatan. Jika kurva dilatasi melewati garis ini, keputusan harus dibuat (augmentasi persalinan, pecah ketuban buatan, operasi caesar, dll)(Rongcai et al., 2019).

Selain itu, penggunaan partograf WHO memungkinkan tenaga kesehatan memantau perkembangan persalinan secara sistematis dan mendeteksi adanya risiko komplikasi lebih dini. Dengan memvisualisasikan hubungan antara waktu dan dilatasi serviks, partograf membantu dalam pengambilan keputusan yang cepat dan tepat, sehingga intervensi dapat dilakukan sebelum kondisi ibu atau janin

memburuk. Pendekatan ini juga mendukung praktik persalinan yang berbasis bukti, mengurangi kemungkinan persalinan lama (prolonged labor), dan meningkatkan keselamatan ibu serta bayi (Rongcai et al., 2019).

3. Pemantauan Kala I

a. Pemantauan DJJ

Status janin harus dipantau selama persalinan. Metode utama adalah memantau pola detak jantung janin, biasanya terkait dengan kontraksi rahim. Hal ini dikombinasikan dengan ultrasonografi dalam beberapa metode penilaian (Julie, 2024). Pemantauan detak jantung janin (HR) dapat dilakukan secara manual dan intermiten, menggunakan fetoskop untuk auskultasi detak jantung janin. di Amerika Serikat, pemantauan detak jantung janin elektronik (eksternal atau internal) telah menjadi standar perawatan untuk kehamilan berisiko tinggi, dan banyak dokter menggunakannya untuk semua pasien yang sedang melahirkan. Nilai penggunaan rutin pemantauan elektronik pada persalinan berisiko rendah sering diperdebatkan. Pemantauan janin elektronik belum terbukti mengurangi angka kematian secara keseluruhan dalam uji klinis besar dan telah terbukti meningkatkan angka persalinan sesar, mungkin karena banyak kelainan yang tampak merupakan positif palsu (Alfirevic et al., 2017)

Auskultasi manual detak jantung janin digunakan, hal itu harus dilakukan sepanjang persalinan sesuai dengan pedoman khusus:

- 1) Untuk kehamilan berisiko rendah dengan persalinan normal, detak jantung janin harus diperiksa setelah setiap kontraksi atau setidaknya setiap 30 menit selama tahap pertama persalinan dan setiap 15 menit selama tahap kedua.
- 2) Untuk kehamilan berisiko tinggi, detak jantung janin harus diperiksa setiap 15 menit selama tahap

pertama dan setiap 3 hingga 5 menit selama tahap kedua.

Mendengarkan setidaknya selama 1 hingga 2 menit dimulai pada puncak kontraksi dianjurkan untuk memeriksa adanya deselerasi akhir. Auskultasi periodik memiliki tingkat positif palsu yang lebih rendah untuk kelainan dan insiden intervensi dibandingkan pemantauan elektronik berkelanjutan, dan memberikan kesempatan untuk kontak yang lebih personal dengan wanita selama persalinan. Namun, mengikuti pedoman standar untuk auskultasi seringkali sulit dan mungkin tidak hemat biaya. Selain itu, kecuali dilakukan secara akurat, auskultasi mungkin tidak mendeteksi kelainan.

b. Kepala Janin dan Ketuban

1) Kepala Janin

Seiring bertambahnya His adanya pembukaan maka presatasi terbawah janin akan turun secara spontan pada kasus fisiologis penurunan kepala janin pada kala 1 sesaat pembukaan serviks 1-10 cm, hal ini akan terdokumentasi ke dalam partograph. Dengan posisi miring kiri bisa mempercepat bagian terbawah janin yaitu kepala untuk turun ke dasar panggul (Lamdayani et al., 2021).

2) Ketuban

Jika selaput ketuban belum pecah secara spontan, beberapa dokter menggunakan amniotomi (pecah selaput ketuban buatan) secara rutin selama fase aktif persalinan. Akibatnya, persalinan dapat berlangsung lebih cepat, dan cairan ketuban yang bercampur mekonium dapat terdeteksi lebih awal. Amniotomi pada tahap ini mungkin diperlukan untuk indikasi tertentu, seperti memfasilitasi pemantauan janin internal untuk memastikan status janin. Amniotomi harus dihindari pada wanita dengan infeksi HIV atau hepatitis B atau C, agar janin tidak terpapar infeksi tersebut.

Selama tahap pertama persalinan, detak jantung dan tekanan darah ibu harus dipantau secara berkala, dan detak jantung janin harus diperiksa terus menerus dengan pemantauan elektronik atau secara berkala dengan auskultasi, biasanya dengan alat USG Doppler portabel (Julie, 2024)

Wanita mungkin mulai merasakan dorongan untuk mengejan saat bagian tubuh yang keluar lebih dulu turun ke panggul. Namun, mereka sebaiknya tidak didesak untuk mengejan sampai serviks benar-benar terbuka sehingga tidak terjadi robekan atau pembengkakan pada serviks.

Amniotomy merupakan intervensi yang sering dilakukan dalam obstetrik. Indikasi amniotomi yang dilakukan pada fase laten adalah untuk kemajuan fase laten, adanya denyut jantung janin yang beresiko atau tidak adekuat, gerakan janin berkurang, ibu dengan hipertensi (Hidayah et al., 2023). Amniotomy dilakukan jika pembukaan sudah lengkap. Ketuban bisa pecah dengan sendirinya tanpa adanya intervensi dari penolong.

3) Pembukaan Serviks

Pembukaan serviks dilakukan per-4 jam selama kala 1 berlangsung. Jika ada indikasi tertentu misalnya kontraksi ibu semakin kuat bisa dilakukan pemeriksaan walaupun kurang dari 4 jam. Pemantauan pembukaan serviks ini menggunakan partograph.

DAFTAR PUSTAKA

- Alfirevic, Z., Devane, D., Gyte, G. M., & Cuthbert, A. (2017). Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2(2), CD006066.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD006066.pub3>
- American College of Obstetricians And Gynecologists. (2014). Obstetric Data Definitions. *Revitalize*, 1(1), 1-5.
- Aprilita, S. B., Indra, Y., Dian, F., Yanti, Hutri, A. P., Mira, A., Umu, Q., Iceu, M., Rini, F., & Yuliana. (2024). Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan dan BBL. In *UNUSA Press*.
- Cohen, W. R., & Friedman, E. A. (2023). The latent phase of labor. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 228(5), S1017-S1024. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.04.029>
- Dirgahayu, I., Rustikayanti, N., & Ilmiya, N. (2022). Birth Ball Exercises dalam Menurunkan Intensitas Nyeri Persalinan Kala I: Literature Review. *Jurnal Keperawatan*, 14(1), 1-10.
<https://doi.org/10.32583/keperawatan.v14i1.7>
- Friedman, E. A., & Cohen, W. R. (2023). The active phase of labor. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 228(5), S1037-S1049. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.12.269>
- Hidayah, N., Kurniawati, D. A., Umaryani, D. S. N., & Ariyani, N. (2023). Manajemen Intervensi Fase Laten Ke Fase Aktif Pada Kemajuan Persalinan. *Sereal Untuk*, 8(1), 51.
- Julie, M. (2024a). *Fetal Monitoring During Labor and Delivery* (Vol. 2024). MSD Manual.
<https://www.msdmanuals.com/professional/gynecology-and-obstetrics/labor-and-delivery/fetal-monitoring-during-labor-and-delivery>
- Julie, M. (2024b). *Management of Normal Labor* (Vol. 2024). MSD Manual.
<https://www.msdmanuals.com/professional/gynecology-and-obstetrics/labor-and-delivery/management-of-normal-labor>
- Lamdayani, R., Anggeriani, R., Tasya, M., Tinggi, S., Kesehatan, I.,

- & Palembang, A. (2021). Efektifitas Upright Position Dan Sim Position Terhadap Lamanya Persalinan Kala I. *Cendikia Medika*, 6(April), 1-10.
- Rongcai, R. E. N., Guoxiong, W. U., & Ming, C. A. I. (2019). *Pemantauan persalinan dan kelahiran | Pedoman Medis MSF*. 5-10.

BIODATA PENULIS



Email : novianti.rizki@bku.ac.id

Novianti Rizki Amalia lahir di Tasikmalaya 8 November 1991, Ketertarikan penulis terhadap ilmu Kebidanan dimulai pada tahun 2010 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Ciamis mengambil jurusan D3 Kebidanan lulus pada Tahun 2010, setelah itu penulis melanjutkan DIV Bidan Pendidik di Universitas Respati Yogyakarta dan lulus pada Tahun 2014, lalu melanjutkan praktik klinik di RSUD Prambanan dan TPMB Hj Puji Lestari Klaten, diakhir 2014 hingga 2017 penulis berkeja sebagai staff pengajar di Akademi Kebidanan Syahida Komunika Tasikmalaya, Penulis kemudian melanjutkan pendidikan S2 Kebidanan di Universitas Padjadjaran pada Tahun 2021 dan lulus pada Tahun 2023 menyelesaikan tesis dengan tema anemia pada remaja. Penulis sebagai Tim dari mata kuliah Kegawatdaruratan Maternal Neonatal, Pengantar Asuhan Kebidanan, Asuhan kebidanan komunitas di Universitas Bhakti Kencana Tasikmalaya.

BAB 6

Kala II : Pengeluaran Bayi

*Dr. Bdn. Elli Hidayati, SST;MKM *

A. Pendahuluan

Kala II persalinan adalah fase persalinan yang dimulai sejak dilatasi serviks lengkap hingga berakhirnya kelahiran bayi. Menurut Islam kelahiran janin adalah anugerah besar dan tanda kekuasaan Allah yang membawa amanah bagi orang tua untuk mendidik dengan agama, memiliki fase perkembangan terperincidalamALQur'an(dariNutfah,'alaqah,Mudghah,hingga ditiupkan ruh sekitar 120 hari) dan hak janin dilindungi sejak awal kehamilan dengan pendidikan spiritual ibu sangat penting memengaruhi janin. Fase ini dikenal sebagai fase pengeluaran bayi dan ditandai oleh kontraksi uterus yang kuat disertai dorongan mengejan ibu, sehingga janin mengalami penurunan dan rotasi melalui jalan lahir sampai akhirnya dilahirkan. Meskipun secara fisiologis merupakan proses alami, kala II memerlukan asuhan yang cermat karena perubahan kondisi ibu dan janin dapat terjadi dengan cepat selama fase pengeluaran.

Kala II penting karena sangat menentukan luaran ibu dan bayi. Pada ibu, proses pengeluaran bayi berkaitan dengan risiko trauma perineum, perdarahan postpartum, dan infeksi, terutama bila terjadi kemajuan yang lambat atau kala II memanjang. Pada bayi, kondisi selama kala II turut berpengaruh terhadap adaptasi neonatal dan risiko luaran neonatal yang kurang baik bila terjadi gangguan kesejahteraan janin. Bukti penelitian menunjukkan bahwa kala II yang memanjang berhubungan dengan peningkatan risiko luaran maternal dan perinatal tertentu, sehingga pemantauan dan pengambilan

keputusan klinis pada fase ini menjadi krusial (Fastovets et al., 2023).

Prinsip umum asuhan kala II adalah menjaga keselamatan ibu-bayi melalui pendekatan yang aman, suportif, dan berbasis bukti, sekaligus meminimalkan intervensi yang tidak diperlukan. Pendekatan suportif mencakup pendampingan, pemenuhan kebutuhan dasar (cairan/kenyamanan), dukungan teknik mengejan yang sesuai, serta pilihan posisi persalinan yang memungkinkan ibu lebih nyaman dan efektif. Dalam konteks peningkatan mutu asuhan persalinan, ulasan terkini mengenai perbaikan tata laksana kala I-II di negara berpendapatan rendah-menengah (LMIC) menekankan keseimbangan antara dukungan terhadap proses fisiologis dan kewaspadaan terhadap komplikasi, termasuk rekomendasi praktik berbasis bukti untuk *menghindari posisi supine yang berkepanjangan* sebagai bagian dari paket perbaikan asuhan (Hofmeyr et al., 2024).

B. Kala II Persalinan (Pengeluaran Bayi)

1. Fisiologi Kala II dan Perubahan Maternal-Fetal

Kala II persalinan dimulai sejak serviks mencapai dilatasi lengkap hingga bayi lahir. Pada fase ini, tenaga persalinan terutama berasal dari kombinasi kontraksi uterus yang semakin kuat dan usaha meneran (*pushing*) oleh ibu. Kontraksi uterus mendorong bagian terendah janin turun melalui panggul, sementara refleks mengejan (refleks Ferguson) muncul akibat tekanan kepala janin pada dasar panggul dan rektum, sehingga ibu merasakan dorongan mengejan yang semakin intens. Secara biomekanik, kala II merupakan periode regangan berulang pada otot dasar panggul dan jaringan perineum akibat tekanan kontraksi dan dorongan kepala janin, sehingga tata laksana yang tepat diperlukan untuk meminimalkan cedera jaringan (Yousefi et al., 2022). Perubahan hemodinamik ibu saat mengejan

a. Komponen fisiologi kala II

Komponen fisiologi utama pada kala II meliputi kontraksi uterus dan refleks mengejan yang bekerja secara sinergis. Kontraksi uterus yang kuat dan terkoordinasi berperan sebagai tenaga utama yang mendorong janin ke arah jalan lahir, sedangkan refleks mengejan membantu ibu menambah tekanan intraabdomen untuk mempercepat penurunan janin. Kombinasi kedua mekanisme ini memungkinkan terjadinya kemajuan persalinan secara fisiologis.

Selain itu, selama kala II terjadi penurunan dan rotasi kepala janin, yang merupakan proses adaptasi janin terhadap bentuk dan ukuran panggul maternal agar dapat melewati jalan lahir dengan diameter kepala terkecil.

b. Mekanisme penurunan janin

Kemajuan persalinan pada kala II terjadi melalui rangkaian mekanisme penurunan janin (*cardinal movements of labor*), yaitu:

- Descent (penurunan),
- Flexion (flekksi),
- Internal rotation (rotasi internal),
- Extension (ekstensi), dan
- Restitution (restitusi atau rotasi eksternal).

Rangkaian gerak ini memungkinkan penyesuaian diameter kepala janin dengan diameter panggul maternal sehingga bayi dapat lahir secara spontan. Pemahaman terhadap mekanisme penurunan janin membantu klinisi menilai apakah kemajuan kala II masih sesuai fisiologi atau terdapat hambatan, seperti malposisi atau defleksi kepala, yang memerlukan koreksi (Kreisman, 2021).

a. Perubahan maternal dan janin

Selama kala II, ibu mengalami perubahan fisiologis yang signifikan, terutama pada sistem kardiovaskular. Aktivitas mengejan, khususnya bila menggunakan

pola mengejan kuat dan ditahan (Valsalva atau directed pushing), meningkatkan tekanan intratorakal dan intraabdomen. Kondisi ini dapat menyebabkan fluktuasi tekanan darah serta perubahan aliran balik vena, sehingga meningkatkan beban kerja jantung. Studi observasional menunjukkan adanya perubahan parameter hemodinamik maternal selama persalinan dan setelah intervensi seperti analgesia neuraksial, menegaskan bahwa kala II merupakan periode yang dinamis secara kardiovaskular dan memerlukan pemantauan klinis yang cermat, terutama pada ibu dengan faktor risiko (Giacopetti et al., 2022).

Pada janin, kala II merupakan fase dengan stres fisiologis yang meningkat. Kontraksi uterus yang lebih sering dan dorongan mengejan dapat memperpendek waktu pemulihan perfusi uteroplasenta di antara kontraksi. Literatur terkini mengenai pemantauan denyut jantung janin menegaskan bahwa kala II berhubungan dengan risiko stres hipoksia yang dapat berkembang cepat, sehingga interpretasi pola denyut jantung janin atau CTG pada fase ini harus dilakukan dengan kewaspadaan tinggi dan berorientasi pada deteksi perubahan yang bermakna (Hiersch & Chandraran, 2024).

b. Implikasi klinis

Secara klinis, mengejan dianggap efektif bila disertai kemajuan objektif, seperti penurunan station kepala janin, rotasi ke posisi yang lebih menguntungkan, serta crowning yang progresif, dengan kondisi ibu dan janin tetap stabil. Sebaliknya, bila dorongan mengejan kuat tetapi kemajuan minimal, perlu dipertimbangkan faktor-faktor yang dapat dikoreksi, antara lain posisi ibu (misalnya menghindari posisi supinasi berkepanjangan bila memungkinkan), kandung kemih yang penuh, kelelahan ibu, atau malposisi janin.

Selain itu, karena aktivitas mengejan berkontribusi pada beban mekanik dasar panggul dan stres hipoksia janin, strategi dukungan seperti istirahat terarah, variasi posisi, coaching mengejan yang lebih fisiologis,

serta evaluasi berkala kesejahteraan janin menjadi kunci untuk memastikan kala II berlangsung aman dan efektif (Yousefi et al., 2022; Hiersch & Chandraharan, 2024).

2. Tujuan Asuhan dan Outcome yang Dinilai

a. Tujuan asuhan kala II

Tujuan utama asuhan kala II persalinan (pengeluaran bayi) adalah memfasilitasi kelahiran pervaginam yang aman, dengan trauma maternal minimal serta oksigenasi janin yang tetap optimal. Untuk mencapai tujuan tersebut, asuhan kala II menekankan pemantauan kemajuan persalinan, dukungan posisi dan teknik mengejan yang tepat, pencegahan cedera perineum, serta deteksi dini kondisi yang memerlukan eskalasi tindakan. Pendekatan ini penting karena kala II merupakan fase dinamis yang dapat dengan cepat berubah menjadi berisiko bila kemajuan persalinan terhenti atau terjadi tanda kompromi janin.

b. Outcome maternal

Outcome maternal pada kala II harus bersifat praktis dan terukur. Outcome utama pada aspek proses adalah durasi kala II, baik durasi total (dari pembukaan lengkap hingga bayi lahir) maupun durasi fase aktif mengejan. Kala II yang memanjang, khususnya fase aktif yang berkepanjangan, dilaporkan berasosiasi dengan peningkatan risiko luaran neonatal yang kurang baik, sehingga pemantauan durasi dan kemajuan persalinan menjadi bagian inti asuhan (Hjellvik et al., 2025).

Outcome maternal lainnya meliputi mode persalinan, yaitu persalinan pervaginam spontan dibandingkan persalinan operatif pervaginam (vakum atau forceps) maupun seksio sesarea pada kala II. Selain itu, perlu dicatat secara sistematis kejadian trauma perineum berat, terutama obstetric anal sphincter injuries (OASI; laserasi derajat 3–4), serta perdarahan postpartum dan infeksi, karena komplikasi tersebut berhubungan dengan morbiditas maternal jangka pendek dan panjang (Purayil et al., 2024).

c. Outcome neonatal

Outcome neonatal yang umum digunakan untuk menilai kualitas asuhan kala II mencakup skor Apgar menit pertama dan menit kelima, gas darah tali pusat, khususnya pH arteri umbilikal sebagai indikator asidemia, serta kebutuhan perawatan intensif neonatal (NICU). Bukti kohort nasional terbaru menunjukkan bahwa pH tali pusat yang lebih rendah berkaitan dengan peningkatan risiko morbiditas dan mortalitas neonatal, sehingga parameter ini dapat digunakan sebagai outcome objektif untuk menilai dampak kondisi intrapartum, termasuk proses kala II persalinan (Malin et al., 2024).

3. **Penilaian Klinis Kala II**

Penilaian klinis kala II bertujuan untuk memastikan proses pengeluaran bayi berlangsung aman dan progresif tanpa membahayakan ibu maupun janin. Karena perubahan kondisi ibu maupun janin dapat terjadi dengan cepat pada fase ini, penilaian harus dilakukan secara berkelanjutan dan terstruktur untuk mendukung pengambilan keputusan klinis yang tepat (Malhotra et al., 2022).

a. Konfirmasi kondisi awal kala II

Konfirmasi kondisi awal kala II meliputi dilatasi serviks lengkap, presentasi dan posisi janin, serta penurunan kepala janin (station). Penilaian perubahan station terhadap waktu lebih bermakna dibandingkan durasi semata. Selain itu, perlu dinilai status ketuban dan dilakukan estimasi besar janin bila terdapat kecurigaan disproporsi atau kemajuan yang tidak adekuat (Malhotra et al., 2022).

b. Monitoring ibu

Monitoring ibu dapat dilihat pada tanda-tanda vital, nyeri dan kelelahan, status hidrasi, serta kondisi kandung kemih. Kandung kemih yang penuh dapat menghambat penurunan kepala janin sehingga dianjurkan miksi atau kateterisasi bila diperlukan. Kelelahan ekstrem perlu diidentifikasi karena dapat menurunkan efektivitas mengejan dan meningkatkan kebutuhan intervensi (Smith et al., 2023).

c. Monitoring janin

Monitoring janin dapat dilakukan melalui pemantauan denyut jantung janin sesuai tingkat risiko, baik secara intermiten pada persalinan risiko rendah maupun kontinu pada kondisi tertentu. Interpretasi denyut jantung janin pada kala II memerlukan kewaspadaan tinggi karena perubahan bermakna dapat berkembang cepat dan berdampak langsung pada luaran neonatal (Hiersch & Chandrachud, 2024).

d. Kriteria tanda bahaya (warning signs)

Tanda bahaya kala II meliputi denyut jantung janin non-reassuring persisten artinya ada indikasi janin mungkin mengalami stres atau kekurangan oksigen (gawat janin) sebelum atau selama persalinan yang ditandai perubahan pada pola detak jantung seperti melambat, tidak teratur atau kurang responsif atau gerakan janin melemah, kemajuan persalinan tidak adekuat (suspek kala II memanjang), serta perdarahan, demam, kelelahan ekstrem, atau ketidakmampuan mengejan efektif. Temuan ini memerlukan evaluasi ulang segera dan pertimbangan eskalasi tindakan sesuai indikasi klinis (Smith et al., 2023).

4. Intervensi Berbasis Bukti Selama Kala II

a. Dukungan non-farmakologis dan lingkungan

Asuhan kala II menekankan dukungan non-farmakologis yang konsisten. Pendamping persalinan dan komunikasi suportif dapat membantu ibu merasa aman dan meningkatkan koordinasi mengejan. Lingkungan yang nyaman, privasi terjaga, serta teknik napas dan relaksasi mendukung stamina ibu. Bila aman, cairan oral dapat diberikan. Praktik berbasis bukti menganjurkan menghindari posisi telentang berkepanjangan karena dapat mengurangi kenyamanan ibu dan berpotensi memengaruhi perfusi uteroplasenta (Kumari et al., 2024).

b. Posisi ibu saat mengejan

Ibu dianjurkan memilih posisi yang dirasakan nyaman sesuai kondisi klinis dan sesuai rekomendasi Dokter, Bidan, seperti upright (tegak), lateral, semi-recumbent, atau posisi bebas. Bukti menunjukkan bahwa posisi non-supine dapat mempersingkat durasi kala II dibanding litotomi pada nullipara (Liu et al., 2025). Pemilihan posisi tetap harus memungkinkan pemantauan perineum dan denyut jantung janin.

Keuntungan posisi *upright* : Memanfaatkan gravitasi(membantu kepala bayi turun lebih mudah ke panggul),Memperpendek persalinan,panggul lebih fleksibel (membebaskan tulang ekor agar lebih mudah bergerak),Peningkatan aliran darah (menghindari penekanan pada vena cava yang dapat mengurangi oksigen ke janin)

c. Teknik mengejan dan timing pada epidural

Mengejan dapat dilakukan secara spontan atau terarah (Valsalva) bila mengejan tidak efektif atau diperlukan percepatan kelahiran. Pada ibu dengan analgesia epidural, delayed pushing dapat dipertimbangkan. Bukti terbaru menunjukkan delayed pushing memperpanjang durasi total kala II namun memendekkan durasi mengejan aktif, dengan luaran neonatal yang umumnya setara dengan immediate pushing (Massa et al., 2024). Penerapan harus disertai pemantauan ketat.Manfaat delayed pushing dapat memperpendek waktu aktif mengejan,mengurangi risiko robekan jalan lahir yang parah dan meningkatkan kemungkinan persalinan pervaginam normal.timing epidural merupakan penyeimbangan antara tingkat rasa sakit ibu dan kemajuan pembukaan jalan lahir agar proses melahirkan tetap nyaman dan aman.

d. Proteksi perineum dan pencegahan trauma

Proteksi perineum bertujuan menurunkan trauma jalan lahir. Prinsip utama meliputi kontrol lahirnya kepala, dukungan perineum, dan episiotomi selektif sesuai indikasi.

Kompres hangat perineum selama kala II terbukti menurunkan laserasi perineum derajat 2-4 dan nyeri dini pascapersalinan (Mirghafourvand et al., 2023).

e. Pertimbangan tindakan persalinan

Tindakan dipertimbangkan bila terjadi kemajuan persalinan terhenti, gawat janin, atau ketidakmampuan meneran efektif. Operative vaginal delivery (vakum/forceps) dapat menjadi alternatif seksio kala II bila syarat terpenuhi. Keputusan harus mempertimbangkan risk-benefit dan kompetensi operator (Muraca et al., 2023).

DAFTAR PUSTAKA

- Fastovets, G., *et al.* (2023). Maternal and perinatal outcomes of prolonged second stage of labour: A retrospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23, 433. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05733-z>
- Giacopetti, M., Bianchi, C., Pizzi, C., & Tiralongo, V. (2022). Maternal hemodynamics and computerized cardiotocography during labor before and after epidural analgesia and its relationship with fetal heart rate. *Archives of Gynecology and Obstetrics*.
- Hiersch, L., & Chandrachan, E. (2024). Rational approach to fetal heart rate monitoring and management during the second stage of labor. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*.
- Hjellvik, V., *et al.* (2025). Influence of the active second stage of labor in nulliparous women on neonatal outcomes: A population-based cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*.
- Hofmeyr, G. J., Moreri-Ntshabele, B., Qureshi, Z., Memo, N., Hanson, S., Muller, E., & Singata-Madliki, M. (2024). Improving management of first and second stages of labour in low- and middle-income countries. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 95, 102517. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2024.102517>
- Kreisman, J. (2021). There are 4, not 7, cardinal movements in labor. *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*.
- Kumari, S., *et al.* (2024). Impact of continuous labor companion – Who is the best: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*.
- Liu, H., Li, L., Wang, X., Zhu, X., Sun, L., Zhu, C., Min, H., & Gu, C. (2025). Effectiveness of nulliparous women's different childbirth positions during the second stage of labor: A systematic review and network meta-analysis. *International Journal of Nursing Sciences*.
- Malhotra, A., *et al.* (2022). The second stage of labor. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*.

- Malin, G. L., *et al.* (2024). Umbilical cord pH levels and neonatal morbidity and mortality. *JAMA Network Open*.
- Massa, E., *et al.* (2024). Maternal outcomes using delayed versus immediate pushing in the second stage of labour in women receiving epidural analgesia: An overview of systematic reviews. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*.
- Mirghafourvand, M., *et al.* (2023). The effects of warm perineal compress on perineal trauma and postpartum pain during the second stage of labor: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Gynecology and Obstetrics*.
- Muraca, G. M., *et al.* (2023). Maternal and neonatal trauma during forceps and vacuum delivery must not be overlooked. *BMJ*, 383, e073991.
- Purayil, H. T., *et al.* (2024). Clinical practices in the management and follow-up of obstetric anal sphincter injuries (OASIS): A systematic review of clinical guidelines. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*.
- Smith, V., *et al.* (2023). Maternal and perinatal outcomes of prolonged second stage of labour: A retrospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23, 433.
- Yousefi, S., *et al.* (2022). On the management of maternal pushing during the second stage of labor. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*.

BIODATA PENULIS



Dr. Bdn. ElliHidayati, SST, MKM, lahir di Jakarta, pada 16 Maret 1966. Jenjang pendidikan Akademi Perawat RSIJ tahun 1989, Akademi kebidanan Muhammadiyah Jakarta tahun 2003, D4 Bidan pendidik poltekkes kementerian Kesehatan Jakarta III tahun 2007, Pendidikan S2 kesehatan Masyarakat di Universitas Prof DR .HAMKA tahun 2011, S3 Pendidikan Ilmu kedokteran Universitas Hasanuddin Makasar tahun 2023. Pendidikan Profesi Bidan pada Poltekkes kementerian kesehatan jakarta III tahun 2025. Pengalaman bekerja di Rumah Sakit Islam Jakarta Cempaka Putih Tahun 1989 - sampai tahun 1997,Dosen AKPER Muhammadiyah Jakarta tahun 1997-1998,Dosen AKBID Muhammadiyah Jakarta Tahun 1998- tahun2021,Dosen Sarjana Kebidanan dan Prodi Pendidikan Profesi Bidan di FKK-UMJ dari tahun 2018 Sampai saat ini.

BAB 7

KALA IV : Pemantauan 2 Jam Pasca Persalinan

Siti Mahmudah, S.Si.T., M.Kes

A. Pendahuluan

Persalinan merupakan suatu peristiwa fisiologis yang kompleks dalam siklus kehidupan seorang wanita dengan proses yang alami, peristiwa normal, namun apabila tidak dikelola dengan tepat dapat terjadi kondisi yang pathologist. Setiap tahap dalam proses persalinan harus dikelola dengan baik agar tidak terjadi hambatan yang dapat memicu terjadinya komplikasi yang dapat meningkatkan risiko kematian ibu..

Penyebab kematian ibu tertinggi adalah perdarahan dan mayoritas terjadi pada saat post partum terutama sering terjadi pada dua jam pertama setelah melahirkan (Tarigan & Elisabet, 2020). Pemantauan dua jam pertama pasca persalinan sangat penting untuk mendeteksi dini komplikasi seperti perdarahan (atonia uteri) dan memastikan pemulihan ibu berjalan normal dengan fokus utama pada pemantauan tanda vital dan kontraksi uterus, yang sangat penting untuk mencegah morbiditas dan mortalitas ibu serta bayi baru lahir. Asuhan persalinan bertujuan untuk mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal (Indryani, 2024).

Dalam persalinan kala IV , perlu dilakukan pengawasan intensif uantukantisipasi terjadinya perdarahan. Faktor yang mempengaruhi terjadinya perdarahan post partum, salah satunya adalah paritas dan usia ibu. Wanita dengan paritas tinggi berisiko mengalami atonia uteri, apabila kondisi tersebut tidak ditangani dengan baik akan mengakibatkan perdarahan post partum (A. S. Putri et al., 2023).

Risiko perdarahan pascapersalinan cenderung lebih tinggi pada persalinan pertama, menurun pada persalinan kedua dan ketiga, namun meningkat kembali pada persalinan keempat dan seterusnya (Salsabila et al., 2025).

Pemantauan 2 jam pasca persalinan merupakan fase kritis segera setelah plasenta lahir, di mana bidan melakukan pemantauan ketat tanda vital, kontraksi rahim, dan perdarahan untuk mencegah komplikasi serius seperti perdarahan hebat (atonia uteri), memastikan involusi uteri berjalan baik, dan mendukung pemulihan ibu agar dapat kembali sehat dan siap menyusui bayinya, karena masa dua jam pertama ini sangat menentukan kesehatan ibu di masa nifas selanjutnya.

B. Kala IV

Kala IV merupakan periode yang terjadi setelah plasenta lahir dan berlangsung selama dua jam setelah kelahiran plasenta. Pada fase ini, bidan harus waspada terhadap kemungkinan terjadinya perdarahan pasca persalinan. Faktor penyebab perdarahan postpartum antara lain atonia uteri, robekan jalan lahir, retensio plasenta, dan Inversi uterus (Junita et al., 2025). Pemantauan ketat selama kala IV sangat penting untuk memastikan ibu tetap dalam kondisi stabil pasca melahirkan.

1. Fisiologi Kala IV

Kala IV persalinan berlangsung selama dua jam setelah plasenta lahir. Periode ini merupakan masa pemulihan yang terjadi segera jika homeostasis berlangsung dengan baik. Pada tahap ini, kontraksi otot rahim meningkat sehingga pembuluh darah terjepit untuk menghentikan perdarahan.

Setelah plasenta lahir tinggi fundus uteri kurang lebih 2 jari dibawah pusat. Otot-otot uterus berkontraksi, pembuluh darah yang ada diantara anyaman-anyaman otot uterus akan terjepit, sehingga proses ini akan menghentikan perdarahan setelah plasenta dilahirkan.

Pada kala IV ini dilakukan observasi terhadap tekanan darah, pernapasan, nadi, kontraksi otot rahim dan perdarahan selama 2 jam pertama. Selain itu juga dilakukan penjahitan luka robekan jalan lahir apabila ditemukan. Masa dua jam post partum merupakan waktu yang kritis bagi ibu dan bayi dimana ibu mengalami perubahan fisik yang luar biasa setelah melahirkan bayinya. Tugas Bidan adalah:

- a. Tinggal bersama ibu dan bayi untuk memastikan keduanya dalam kondisi stabil.
- b. Mengambil tindakan tepat untuk stabilisasi.
- c. Mendokumentasikan semua asuhan dan temuan selama kala IV persalinan pada halaman belakang partograf segera setelah penilaian dilakukan.

2. Evaluasi Uterus

Setelah kelahiran plasenta, periksa kelengkapan plasenta dan selaput ketuban. Apabila ditemukan masih ada sisa plasenta dan selaput ketuban yang tertinggal akan mengganggu kontraksi uterus sehingga mengakibatkan terjadinya perdarahan. Perdarahan postpartum merupakan penyebab tersering dari keseluruhan kematian akibat perdarahan obstetric (Istiningsih et al., 2024). Jika dalam waktu 15 menit uterus tidak berkontraksi dengan baik, maka akan terjadi atonia uteri. Kontraksi uterus mutlak diperlukan untuk mencegah terjadinya perdarahan sehingga evaluasi terhadap uterus setelah pengeluaran plasenta sangat penting untuk diperhatikan,

Tanda-tanda uterus berkontraksi dengan baik diantaranya adalah konsistensi keras. Beberapa hal yang perlu diperhatikan terkait kontraksi uterus adalah :

- a. Riwayat atonia pada persalinan sebelumnya.
- b. Grandemultipara

- c. Distensi berlebihan pada uterus, misalnya pada kehamilan kembar. Polihidramnion atau makrosomia.
 - d. Induksi persalinan.
 - e. Persalinan preseptatus
 - f. Persalinan memanjang.
3. Pemeriksaan Serviks, Vagina dan Perineum

Pemeriksaan pada serviks, vagina dan perineum bertujuan untuk mengetahui terjadinya laserasi (robekan) yang dapat menyebabkan perdarahan pasca persalinan. Robekan jalan lahir selalu memberikan perdarahan dalam jumlah yang bervariasi banyaknya. Perdarahan yang berasal dari jalan lahir harus selalu di evaluasi yaitu sumber dan perdarahan sehingga dapat di atasi (Heriani & Sulistiawati, 2023). Setelah bayi dan plasenta lahir, serviks dan vagina harus diperiksa secara menyeluruh untuk mencari ada tidaknya laserasi dan perlu tidaknya tindakan penjahitan. Robekan perineum umumnya terjadi di garis tengah dan bisa menjadi luas apabila kepala janin lahir terlalu cepat, sudut arkus pubis lebih kecil daripada biasa, kepala janin melewati pintu panggul bawah dengan ukuran yang lebih besar daripada sirkumferensia suboksipito (Yulizawati et al., 2019).

Penolong persalinan harus segera memperhatikan perdarahan setelah plasenta terlepas. Selain mengecek kelengkapan plasenta dan selaputnya, yang harus dicek pula adalah perineum, vagina dan vulva. Setelah proses persalinan, vagina akan mengalami peregangan yang lebih besar dari biasanya, berbagai kemungkinan kondisi yang biasa terjadi seperti bengkak dan lecet. Pada kondisi ini, introitus vagina juga akan tampak terbuka, vulva akan berwarna merah, bengkak dan lecet. Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui penyebab perdarahan sehingga diketahui pula tindakan yang akan diberikan selanjutnya.

Untuk mengetahui ada tidaknya trauma atau hemorroid yang keluar, maka anus perlu diperiksa dengan melakukan rectal toucher. Laserasi dapat dikategorikan menjadi :

- a. Derajat pertama : laserasi mukosa vagina dan kulit perineum, tidak perlu dilakukan penjahitan.
- b. Derajat kedua : laserasi mengenai mukosa vagina, kulit dan jaringan perineum (perlu dilakukan penjahitan).
- c. Derajat Ketiga : laserasi mengenai mukosa vagina, kulit dan jaringan perineum serta spinkter ani.
- d. Derajat empat : laserasi mengenai mukosa vagina, kulit dan jaringan perineum, spinkter ani yang meluas sampai ke rektum. Laserasi derajat ketiga dan empat segera lakukan rujukan, karena memerlukan teknik dan prosedur khusus

Dalam melakukan penjahitan perlu diperhatikan :

- a. Laserasi derajat satu yang tidak terjadi perdarahan tidak perlu dilakukan penjahitan.
- b. Menggunakan sedikit jahitan.
- c. Selalu menggunakan teknik aseptik menggunakan anesthesi lokal untuk memberikan kenyamanan pada ibu.

4. Perkiraan Darah yang Hilang

Perkiraan darah yang hilang merupakan hal yang sangat penting untuk keselamatan ibu pasca persalinan (Ani et al., 2023). Namun hal ini seringkali sulit untuk diperkirakan karena seringkali darah sudah tercampur dengan cairan ketuban maupun urine bahkan sudah terserap pada kain. Perkiraan kehilangan darah merupakan salah satu cara untuk menilai kondisi ibu. Untuk mengukur kehilangan darah secara tidak langsung yaitu dapat dilakukan melalui melihat gejala dan tekanan darah pada ibu. Apabila ibu menjadi lemas, kehilangan kesadaran atau menurun, tekanan darah sistolik menurun lebih dari 10 mmHg dari kondisi sebelumnya, dan ibu mengalami syok hipovolemik, maka ibu telah kehilangan darah 50% dari total darah ibu. Sebagai upaya meningkatkan akurasi penilaian, tenaga kesehatan perlu melakukan pemantauan secara kontinu dan mengombinasikan hasil observasi klinis dengan pencatatan yang sistematis agar tanda-tanda perdarahan

pascapersalinan dapat dikenali dan ditangani sedini mungkin.

5. Pemantauan dan Observasi Lanjut

Pemantauan 2 jam pertama setelah persalinan sangat penting untuk memastikan kondisi ibu stabil. Pemantauan selama kala IV dilakukan secara menyeluruh. Tanda-tanda vital, uterus, kandung kemih, lochea serta perineum harus dilakukan pemantauan dan evaluasi sehingga semua berjalan stabil dalam batas normal. Jika kondisi ibu tidak stabil, maka harus dilakukan pemantauan lebih sering. Pemantauan Kala IV setiap 15 menit pada jam pertama, dan setiap 30 menit pada jam ke dua untuk memastikan bahwa uterus berkontraksi dengan baik, tidak terjadi perdarahan vagina atau alat genitalia lainnya, plasenta dan selaput ketuban telah lahir lengkap, kandung kemih kosong, luka pada perineum terawat baik dan tidak terjadi hematoma. Selain itu ibu dan bayi berada dalam keadaan baik.

a. Tanda-tanda Vital

Selama satu jam pertama dilakukan pemantauan pada tekanan darah dan nadi setiap 15 menit pada satu jam kedua lakukan setiap 30 menit. Pemantauan tekanan darah dilakukan untuk memastikan bahwa ibu tidak mengalami syok akibat banyak mengeluarkan darah. Tanda syok pada ibu harus diperhatikan meliputi nadi cepat dan lemah (110 kali/menit), tekanan darah rendah sistolik kurang dari 90 mmHg, pucat, berkeringat, dingin kulit lembab, napas cepat, kesadaran menurun, dan protein urin sangat sedikit. Selain itu, perlu diperhatikan pula tanda dehidrasi, gejala infeksi, gejala preeklamsi hingga eklamsi dan pemantauan suhu tubuh untuk antisipasi terjadinya infeksi.

b. Kontraksi Uterus

Setelah persalinan, perlu dilakukan observasi kontraksi uterus dengan meraba bagian perut ibu serta perlu diamati apakah tinggi fundus uteri telah turun atau belum. Kontraksi uterus yang baik adalah uterus teraba

keras dan tinggi fundus uteri berada 1-2 jari di bawah pusat setelah melahirkan. Pemantauan kontraksi uterus dilakukan setiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit selama satu jam kedua. Pemantauan ini dilakukan bersamaan dengan masase fundus uteri secara sirkuler. Jika ada temuan yang tidak normal, tingkatkan frekuensi observasi dan penilaian kondisi ibu.

c. Lochea

Pemantauan dilakukan bersamaan dengan masase uterus. Apabila uterus berkontraksi dengan baik maka aliran lochea tidak akan terlihat banyak, namun jika saat uterus berkontraksi terlihat lochea yang keluar lebih banyak maka diperlukan suatu pengkajian lebih lanjut. Jenis-jenis lochea sebagai berikut :

- 1) Lochea Rubra (Cruenta) : Berwarna merah, berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel desidua, verniks caseosa, lanugo, dan mekonium selama 2 hari pasca persalinan. Lochea ini keluar selama 2-3 hari postpartum.
- 2) Lochea Sanguilenta : Berwarna merah kuning berisi darah dan lendir yang keluar pada hari ke-3 sampai ke-7 pasca persalinan.
- 3) Lochea Serosa : Berwarna kuning, cairan ini tidak berdarah lagi pada hari ke-7 sampai hari ke-14 pasca persalinan. Lochea serosa mengandung cairan serum, jaringan desidua, leukosit, dan eritrosit.
- 4) Lochea Alba : Dimulai dari hari ke-14 kemudian makin lama makin sedikit hingga sama sekali berhenti sampai 1 atau 2 minggu berikutnya. Bentuknya seperti cairan putih, terdiri atas leukosit dan sel-sel desidua.
- 5) Lochea Purulenta : Menandakan adanya infeksi, keluar cairan seperti nanah dan berbau busuk.
- 6) Lochiostasis : Lochea yang tidak lancar keluarnya.

d. Kandung kemih

Kandung kemih harus terus dipertahankan dalam keadaan kosong, kandung kemih yang penuh dapat menghalangi kontraksi maksimal sehingga perdarahan dapat terjadi ((Noviyani et al., 2023). Pastikan kandung kemih selalu dalam keadaan kosong setiap 15 menit sekali dalam satu jam pertama pascapersalinan dan setiap 30 menit dalam satu jam kedua. Jika kandung kemih penuh, bantu ibu untuk mengosongkan dan mengingatkan untuk selalu mengosongkan kandung kemihnya.

- 1) Jika tidak bisa spontan, rangsang dengan air hangat di vulva .
- 2) Jika tidak berhasil, penolong dapat melakukan kateterisasi .
- 3) Pastikan ibu sudah BAK dalam 3 jam postpartum
Kandung kemih yang penuh dapat menghalangi kontraksi maksimal sehingga perdarahan dapat terjadi. Setelah mengosongkan kandung kemih, lakukan rangsangan taktil untuk merangsang kontraksi uterus lebih baik.

e. Perineum

Ruptur perineum dapat terjadi karena adanya robekan spontan maupun episiotomi (Mutmainah et al., 2019). Setelah pengkajian derajat robekan, perineum kembali dikaji dengan melihat adanya edema, memar, dan pembentukan hematoma yang dilakukan bersamaan saat mengkaji lochea. Melakukan pemeriksaan pada perineum dan vagina setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua. Perineum merupakan bagian penting pada saat proses persalinan yang sangat sensitif terhadap sentuhan dan cenderung mengalami robekan pada saat proses persalinan secara alami (Ashri, 2024).

f. Mengajarkan kepada ibu dan keluarga tentang cara menilai kontraksi uterus dan jumlah darah yang keluar

serta cara melakukan massase apabila uterus menjadi lembek.

- g. Membantu ibu membersihkan dirinya dan mengenakan baju atau kain yang bersih serta mengatur posisi ibu dengan nyaman.
- h. Menjaga kehangatan dan kebersihan bayi dengan menyelimuti dengan kain yang bersih, kemudian memberikan kepada ibunya untuk disusui dengan ASI.
- i. Selama kala IV, bidan harus memberitahu ibu dan keluarga tentang tanda bahaya : Demam, perdarahan aktif, pembekuan darah banyak, bau busuk dari vagina, pusing, lemas luar biasa, kesulitan dalam menyusui, nyeri panggul atau abdomen yang lebih dari kram uterus biasa.

DAFTAR PUSTAKA

- Ani, M., Utama, R. P., Sukmawati, Wahyuni, S., Hamudi, J. P., Khair, U., Nurhidayati, S., Yanti, L. C., & Ahmad, A. (2023). *Persalinan Berbass Kompetensi* (Oktavianis (Ed.); Pertama). Get Press Indonesia.
- Ashri, R. H. (2024). Faktor-faktor yang Mempengaruhi Terjadinya Robekan Jalan lahir pada Ibu Bersalin di Klinik Alyssa Medika. *MICARE (Midwife Care Journal)*, 1.
- Azhari, A. S., Sari, E., Azkiya, F., Qonitun, U., & Deivita, Y. (2025). *Asuhan persalinan dengan Perspektif Medwifery Era 5.0* (Y. Y. D. Asmoro (Ed.); Pertama). Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta.
- Heriani, & Sulistiawati, I. (2023). No Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Robekan Perineum Pada Persalinan Normal di PMB Roslina Kabupaten Ogan Komering Ulu Tahun 2023 Title. *Jurnal Ilmiah Kedokteran Dan Kesehatan*, 4. <https://doi.org/https://doi.org/10.55606/klinik.v4i3.4746>
- Indryani. (2024). *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir* (Rahmawati (Ed.); Pertama). Sarana ilmu Indonesia.
- Istiningsih, T., Herlinadiyaningsih, & Batu, K. L. (2024). FAKTOR RISIKO TERJADINYA PERDARAHAN POST PARTUM DI UPTD RSUD PURUK CAHU KABUPATEN MURUNG RAYA. *Riset Kesehatan Nasional*, 8.
- Junita, E., Wulandari, S., & Sari, E. W. (2025). *Hubungan Usia Dan Paritas Dengan Kejadian Perdarahan Postpartum Di Rumah Sakit Surya Insani Pasir Pengaraian*. 5(3), 28355–28362.
- Kurniarum, A. (2016). *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir* (N. Huda (Ed.)). Pusdik SDM Kesehatan Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan Jakarta.
- Mutmainah, H., Yuliasari, D., Mariza, A., Kebidanan, P., & Malahayati, U. (2019). *PENCEGAHAN RUPTURE PERINEUM PADA IBU BERSALIN DENGAN*. 5(2), 137–

- Noviyani, E. P., Anita, N., Wulandari, I. A., Salanti, P., Magasida, D., Octavia, R., Fatmawati, Dewi, M. M., Astuti, Y., & Lustiani, I. (2023). *FISIOLOGI DAN PSIKOLOGI PERSALINAN* (S. H. Fatimah (Ed.)). Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta.
- Putri, A. S., Haryanti, I., Mariana, S., & Riya, R. (2023). Hubungan Usia dan Paritas dengan Kejadian Perdarahan Post Partum pada Ibu Bersalin di RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi. *Trilogi Ilmu Teknollogi, Kesehatan Dan Humaniora*. <https://doi.org/10.33650/trilogi.v4i3.6324>
- Salsabila, N. Y., Dewi, E. K., Putri, K., & Wulandari, Y. (2025). *Hubungan Usia dan Paritas dengan Kejadian Perdarahan Postpartum pada Ibu Bersalin*. 3.
- Sari, E. P. (2024). *Asuhan Persalinan dan Bayi Baru Lahir* (N. F. Putri (Ed.)). Yapindo Jaya Abadi Jakarta.
- Sayuti, Asrina, A., Mayangsari, N., Putri, K. M., Jumriani, Suryani, I. S., Sukmawati, Ariani, Kurniasih, N. I. D., Khatimah, H., Erniawati, & Lienggonegoro, L. A. (2024). *Asuhan Persalinan* (E. Damayanti (Ed.); Pertama). Widina Media Utama Bandung.
- Tarigan, D. A., & Elisabet, I. (2020). *Panduan Praktis Fisiologis Kehamilan dan Persalinan* (I. E. S (Ed.); Pertama). Zenawa Media Giditama Bogor.
- Yulizawati, Insani, A. A., Sinta, L. El, & Andriani, F. (2019). *Asuhan Kebidanan pada Persalinan* (Asli). Indomedia Pustaka.

BIODATA PENULIS



Siti Mahmudah, S.Si.T, M.Kes lahir di Bantul, pada 24 November 1976. Menyelesaikan pendidikan DIV Bidan Pendidik di Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Yogyakarta dan S2 di Universitas Sebelas Maret Surakarta. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Prodi Kebidanan Poltekkes Karya Husada Yogyakarta.

BAB 8 | Nyeri Persalinan dan Teknik Manajemen Nyeri

Eva Nur Octavia, S.Keb.Bd., M.K.M

A. Pendahuluan

Nyeri merupakan gejala awal dari tubuh sebagai tanda adanya kerusakan jaringan sehingga berperan dalam menentukan tindakan medis selanjutnya. Selain itu nyeri didefinisikan sebagai sebagai elemen psikis yang muncul saat tubuh melakukan Gerakan refleks untuk melindungi tubuh. Rasa nyeri juga bersifat “imperaktif” atau memaksa artinya dengan adanya nyeri menunjukkan perlunya tindakan penanganan medis sehingga berfungsi sebagai alarm alami bagi tubuh yang menjaga kelangsungan hidup (Raffaeli & Arnaudo, 2017).

Secara umum rasa nyeri merupakan fenomena multidimensia yang perlu dievaluasi dan penilaian nyeri tersebut mempertimbangkan aspek yang mempengaruhinya. Rasa nyeri yang timbul juga dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti aspek biolois, psikologis, dan sosial-budaya (Yadollahi et al., 2014) .

Proses persalinan merupakan suatu pengalaman yang kompleks dan subjektif yang dialami oleh setiap ibu bersalin. Setiap ibu bersalin mengalami pengalaman nyeri yang berbeda. Namun rasa nyeri ini dapat diterima oleh setiap ibu bersalin karena hal ini berkaitan dengan kehadiran buah hati yang telah dinanti (Labor & Maguire, n.d.). Nyeri persalinan merupakan kondisi yang menantang dan intens yang dialami ibu bersalin terdapat perbedaan yang signifikan antara variasi nyeri yang dialami setiap indivdu (Lowe & Lowe, 2002).

Nyeri persalinan merupakan salah satu contoh nyeri yang paling sempurna untuk mempelajari bagaimana sistem alarm tubuh bekerja secara alami. Berbeda dengan nyeri lainnya, nyeri persalinan terjadi secara tiba-tiba, sangat kuat dan dalam kurun waktu tertentu serta tidak mempresentasikan adanya kerusakan jaringan pada tubuh yang menimbulkan nyeri. Nyeri persalinan terjadi karena adanya stimulus biologis yang menjadi pertanda dalam proses suatu kelahiran. Selain itu nyeri persalinan juga merupakan salah tu gejala awal pada ibu untuk melakukan persiapan dan mobilisasi dalam pencarian bantuan untuk proses persalinan.

B. Fisiologi Nyeri Persalinan

Rasa sakit atau nyeri persalinan bukanlah suatu hal yang baru. Fenomena ini merupakan hal yang biologis yang merupakan bagian kehidupan manusia. Nyeri persalinan merupakan hasil dari berbagai interaksi kompleks, fisiologis, psikologis. Secara fisioloogis nyeri persalinan berhubungan dengan adanya stimulus nosiseptif, proses mekanis dan kimiawi dari dilatasi serviks. Selain itu nyeri yang timbul karena persalinan disebabkan adanya kontraksi uterus dan peregangan otot ligament panggul. Sedangkan secara psikologis nyeri persalinan berkaitan dengan rasa cemas, takut, rasa aman dan dukungan.

Pada tahanan pertama persalinan nyeri yang timbul disebabkan adanya peregangan segmen bawah rahim, terjadinya dilatasi serviks dan peregangan serabut aferen nosiseptif eksitatorik yang dihasilkan oleh kontraksi otot-otot rahim. Tahap kedua persalinan nyeri disebabkan faktor adanya tekanan janin yang menyebabkan tarikan pada dan tekanan pada peritoneum parietal, ligamen uterus, uretra, kandung kemih, rectum dan otot-otot dasar panggul yang meningkatkan inensitas nyeri (Rudra, 2017).

C. Mekanisme Nyeri Persalinan

Persalinan merupakan proses pengeluaran janin secara aktif yang ditandai dengan adanya kontraksi yang teratur dan menimbulkan ketidaknyamanan terutama nyeri dengan

intensitas dan frekuensi yang semakin meningkat. Secara medis nyeri persalinan terdiri dari dua komponen yaitu visceral dan somatic.

1. Nyeri Viseral

Nyeri visceral terjadi pada tahap pertama dan kedua persalinan. Pada setiap kontraksi uterus munculnya tekanan pada serviks yang menyebabkan peregangan dan distensi serta mengaktifkan *excitatory nociceptive afferents* atau sinyal nyeri yang disampaikan ke otak (Labor & Maguire, 2008). Pada uterus dan serviks terdapat serabut afferent disertai dengan saraf simpatis pada plexus uteri dan plexus serviks, plexus hipogastikus inferior, medius, dan superior, serta plexus aortikus. Sinyal nyeri dari uterus dibawa oleh saraf halus visceral “C” yang tidak bermielin melalui jalur saraf simpatis di area lumbal dan torakal bawah menuju sistem saraf tulang belakang yang diteruskan ke otak (Rudra, 2017).

2. Nyeri Somatik

Pada tahap kedua persalinan, nyeri yang timbul terjadi karena saraf-saraf afferen yang terdapat pada permukaan serviks, perineum dan vagina mengirimkan sinyal nyeri ke otak yang diakibatkan peregangan, distensi, iskemia dan cedera atau robekan pada jalan lahir. Nyeri ini muncul selama proses penurunan bagian terendah janin pada fase aktif persalinan dan pada waktu yang bersamaan uterus berkontraksi lebih kuat dan teratur (Labor & Maguire, 2008). Adanya tekanan pada plexus lumbosakral menyebabkan nyeri neuropatik. Peregangan pada vagina dan perineum menyebabkan stimulasi pada saraf pudendus. Melalui serabut saraf “A delta” yang halus, bermielin mengantarkan respon nyeri melalui sistem saraf tulang belakang dan dilanjutkan menuju otak (Rudra, 2017).

D. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Nyeri

1. Psikologis

Proses persalinan memiliki dampak jangka pendek dan jangka panjang baik secara fisik dan psikologis pada ibu

dan bayi. Pengalaman persalinan yang baik memberikan pengaruh yang baik terhadap hubungan ibu dan bayi. Namun adanya kecemasan dan rasa takut yang selama proses persalinan berkaitan dengan meningkatnya tindakan intervensi medis (Mirsadeghi, Madani, Boostan, Massoudifar, & Info, 2022). Selain itu rasa takut dan cemas selama persalinan juga berkaitan dengan meningkatnya respon nyeri atau kesakitan pada ibu bersalin (Sercekus & Okumus, 2009). Ibu yang dapat mengendalikan dan mengatasi stress saat bersalin dapat memperoleh ketenangan pikiran. Setiap ibu bersalinan mengalami pengalaman yang berbeda bahkan menganggap hal tersebut merupakan sesuatu yang traumatis bagi sebagian orang meskipun demikian banyak ibu yang cepat pulih dari dari kondisi tersebut (Rodríguez-Almagro & et al, 2019).

2. Sosial Budaya

Persepsi terhadap nyeri persalinan juga dipengaruhi oleh kondisi sosial budaya seseorang. Budaya didefinisikan sebagai Kumpulan pengetahuan, kebiasaan, gagasan, dan tradisi suatu komunitas tertentu dalam masyarakat. Persepsi nyeri merupakan salah satu hasil konstruksi sosial-budaya tersebut. Terdapat ibu bersalin yang mengekspresikan rasa nyeri atau sakitnya dengan ekspresi wajah dan tubuh yang minimal namun terdapat juga yang mengekspresikan rasa nyeri tersebut dengan berlebihan. Faktor sosial-budaya juga berperan dalam pengambilan Keputusan dalam proses persalinan seperti pemilihan tenaga kesehatan dan pendamping selama proses persalinan {Formatting Citation}.

E. Teknik Manajemen Nyeri

1. Massage

Massage atau pemijatan merupakan salah satu cara mengatasi atau meringankan rasa nyeri pada ibu bersalin. Pemijatan merupakan metode yang telah dilakukan sejak yang bertujuan memberikan kenyamanan dan relaksasi. Pemijatan juga dapat membantu mengurangi durasi

persalinan dengan meningkatkan kontraksi uterus (Janssen, Shroff, & Jaspar, 2012). Selain bermanfaat dalam proses persalinan, terapi pemijatan juga terbukti mampu memberikan manfaat pada kondisi ibu dan bayi seperti menurunkan depresi prenatal, bayi premature, autisme dan masalah kesehatan lainnya (Zhong, Wang, Wan, & Lei, 2019).

Nyeri saat proses persalinan nyeri berdampak pada peningkatan kinerja sistem saraf simpatis sehingga munculnya keluhan seperti perubahan tekanan darah, denyut nadi, pernapasan dan warna kulit. Selain itu keluhan lain yang muncul seperti mual, muntal dan keringat yang berlebihan (Rejeki, Novianti, Machmudah, & Khayati, 2022). Pemijatan dapat dilakukan pada area punggung ibu dan sekitarnya dengan menggunakan minyak jasmine, mawar dan lavender yang telah terbukti memberikan manfaat selama persalinan. Pijat merangsang tubuh mengeluarkan edorfin yaitu zat penghilang rasa nyeri, memberikan kenyamanan pada tubuh dan meningkatkan suasana hati. Oleh karena itu banyak para ahli merekomendasikan pemijatan selama persalinan karena terbukti meredakan rasa sakit, mengurangi kecemasan pada tahap awal persalinan, meningkatkan sirkulasi dan memperbaiki aliran darah dan oksigenasi jaringan serta berdampak pada hasil persalinan yang baik (Josep & Fernandes, 2020; Lamadah & Nomani, 2016).

Pemijatan saat proses persalinan dapat dilakukan di area lumbar-sacral merupakan salah satu terapi non-farmakologis untuk mengurangi nyeri persalinan. Otot yang tegang pada area tersebut dapat mempersulit penurunan kepala janin. Persalinan yang lancar dipengaruhi oleh posisi penurunan kepala janin (Aritonang, Intarti, & Irmawaty, 2024).

2. Akupressure

Akupresur merupakan terapi pengobatan yang telah dilakukan di China selama kurang lebih 2 milenia namun

baru beberapa dekade terakhir komunitas pengobatan barat mulai mempelajari dan mempraktekkan terapi tersebut. Penggunaan terapi tersebut sangat baik dalam mendukung kesehatan ibu hamil dan bersalin terbukti mampu meringankan nyeri persalinan (Schlaeger et al., 2016). Penggunaan akupresur mampu meningkatkan kontraksi pada uterus. Terapi ini juga membantu produksi hormon endorphen yang berfungsi mengurangi rasa nyeri. Metode ini dapat dilakukan oleh bidan, perawat dan tenaga kesehatan yang terlatih dan diterapkan pada ibu bersalin (Rahmawati & Iswari, 2016).

Akupresure merupakan terapi pemijatan menggunakan jari-jari, terapi ini termasuk bentuk fisioterapi dengan memberikan stimulasi pada titik-titik tertentu pada tubuh. Titik akupresure sering diterapkan pada titik akupresure (L14). Terapi akupresure ada titik L14 dapat mengelola rasa nyeri karena saat penekanan atau pemijatan terjadi pelepasan oksitosin dari kelenjar pituitary. Selain itu terapi ini juga dapat dipraktekkan pada dua titik akupresure lainnya BL32 (Ciliao) yang berada di daerah sakrum dan L14 (Hegu) berada di punggung tangan. Sedangkan titik lainnya yaitu kombinasi BL32 BL32 (Ciliao) yang berada di daerah sakrum dan SP6 (Sanyinjiao) yang berada pada bagian dalam kaki (Hibatulloh, Rahayu, Siti, & Rahmawati, 2022).

3. Terapi Birth Ball

Penggunaan *birth ball* merupakan salah satu terapi non-farmologis yang dapat mengurangi nyeri selama persalinan. Ibu yang bersalin duduk di atas bola khusus kemudian melakukan Gerakan seperti bergoyang maju mundur dan rotas panggul. Tenaga kesehatan yaitu bidan dan perawat menerapkan terapi *birth ball* ini bertujuan untuk meningkatkan kenyamanan ibu selama persalinan, memperluas jalan lahir dan membantu agar proses bersalin berjalan lancar (Grenvik et al., 2022). Penggunaan *birth ball* juga meningkatkan mobilitas fisik ibu bersalin. ibu yang

sedang bersalin dianjurkan untuk sering bergerak baik berjalan maupun duduk namun yang utama yaitu kemampuan ibu untuk dapat mengubah posisinya untuk membantu kemajuan persalinan. Penggunaan *birth ball* juga bermanfaat untuk mengurangi kecemasan, membantu penurunan kepala janin, mengurangi durasi kala I persalinan, meningkatkan kepuasan serta kesejahteraan ibu dan janin (HAU, 2012).

Birth ball atau bola persalinan digunakan pada ibu hamil dan bersalin untuk memudahkan *exercise* atau mobilisasi pada kala I persalinan. Birth ball yang biasa digunakan berukuran 65-75 cm dan dirancang khusus agar tidak licin saat digunakan (Simkin, Hanson, & Ancheta, 2017). *Birth ball* atau bola persalinan merupakan bola karet elastis yang berukuran cukup besar yang berisi udara yang berfungsi untuk menopang berat badan ibu. birth ball juga dapat membantu memperkuat otot-otot dasar panggul yang berperan dalam proses mengejan. Ibu juga dapat mencoba untuk membungkuk di atas bola sehingga perut dapat menggantung secara alami. Posisi ini bermanfaat untuk mengurangi nyeri punggung atau nyeri saat persalinan (Phalswal et al., 2024).

4. Kompres Hangat

Kompres hangat merupakan salah satu metode non-farmakologis untuk meredakan nyeri persalinan. metode ini mudah dilakukan, sederhana, aman, efektif dan memiliki efek samping yang minimal. Penggunaan kompres hangat menstimulasi reseptor termal pada kulit dan jaringan. Stimulasi ini mengaktifkan serabut saraf besar yang dapat menutup gerbang nyeri pada sistem saraf tulang belakang sehingga mengakibatkan persepsi nyeri berkurang. terapi hangat atau kompres hangat juga membantu mempersingkat durasi persalinan (Akbarzadeh, Nematollahi, Farahmand, & Amooee, 2018).

5. Kompres dingin

Penggunaan terapi compress dingin juga bermanfaat untuk mengurangi nyeri persalinan. Cara kerja dari compres dingin hampir sama dengan compress hangat dalam mengatasi nyeri persalinan yaitu dengan cara "*gate control theory*" yaitu rasa nyeri yang disampaikan ke otak akan berkurang dengan adanya kompres dingin. Kompres dingin dapat diaplikasikan pada area lumbar, perineal, dan suprapubic (Didevar, Navvabi-Rigi, & Dadkhah, 2022). Saat proses persalinan penggunaan kompres dingin dapat diaplikasikan selama 20 menit. Cara penggunaannya yaitu dengan menempelkan *ice pack* pada kain kemudian ditempelkan pada area yang telah ditentukan. Tenaga kesehatan dapat memantau respon ibu bersalin Ketika terapi ini diterapkan. Penggunaan kompres dingin dapat dihentikan jika terlihat sensasi tidak nyaman pada ibu. (Istikhomah, Susilowati, & Kusumawardani, 2023).

DAFTAR PUSTAKA

- Akbarzadeh, M., Nematollahi, A., Farahmand, M., & Amooee, S. (2018). The Effect of Two-Staged Warm Compress on the Pain Duration of First and Second Labor Stages and Apgar Score in Prim Gravida Women : a Randomized Clinical Trial. *Journal of Caring Sciences*, 7(1), 21–26. <https://doi.org/10.15171/jcs.2018.004>
- Aritonang, T. R., Intarti, W. D., & Irmawaty, L. (2024). Impact of Sacral Lumbal Massage on Pain and Head Decline During First Stage of Labor. *Jurnal Blidan Cerdas*, 6, 115–121. <https://doi.org/10.33860/jbc.v6i2.3757>
- Didevar, M., Navvabi-Rigi, S., & Dadkhah, S. (2022). The Effectiveness of Heat Therapy and Cold Therapy in Labor Pain Intensity in Primiparous Women: A Randomized Controlled Trial. *Nursing and Midwifery Studies*. <https://doi.org/10.4103/nms.nms>
- Grenvik, J. M., Rosenthal, E., Wey, S., Saccone, G., De Vivo, V., De Prisco LCP, A., ... Berghella, V. (2022). Birthing ball for reducing labor pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 35(25), 5184–5193. <https://doi.org/10.1080/14767058.2021.1875439>
- HAU, W.-L. et all. (2012). The Use of Birth Ball as a Method of Pain Management in Labour. *Hong Kong Journal of Gynaecology, Obstetrics and Midwifery*, 12(1), 1–6.
- Hibatulloh, Q. N., Rahayu, D. E., Siti, R., & Rahmawati, N. (2022). THE EFFECTIVITY OF ACUPRESSURE THERAPY TO RELIEVE LABOR PAIN DURING THE ACTIVE PHASE OF THE FIRST Program Studi Sarjana Terapan Kebidanan Kediri , Poltekkes Kemenkes Malang , Apabila nyeri persalinan tidak tertangani , dapat menyebabkan peningkatan cardia. *Indonesian Midwifery and Health Sciences Journal*, 6(1), 96–110. <https://doi.org/10.20473/imhsj.v6i1.2022.96-Hibatulloh>
- Istikhomah, H., Susilowati, D., & Kusumawardani, M. (2023). The Effect of Cold Compresses on Reducing Labor Pain in the

- Active Phase placenta. *Journal Midwifery*, (2).
- Janssen, P., Shroff, F., & Jaspar, P. (2012). Massage Therapy and Labor Outcomes : a Randomized Controlled Trial. *International Journal of Therapeutic Massage and Bodywork*, (7), 15–20.
- Josep, R. M., & Fernandes, P. (2020). EFFECTIVENESS OF JASMINE OIL MASSAGE ON REDUCTION OF LABOR PAIN AMONG PRIMIGRAVIDA MOTHERS. *Journal of Health and Allied Sciences NU*, 3(4), 104–107.
- Labor, S., & Maguire, S. (2008). The Pain of Labour. *Pubmed Central*, 2, 15–19.
- Lamadah, S. M., & Nomani, I. (2016). The Effect of Aromatherapy Massage Using Lavender Oil on the Level of Pain and Anxiety During Labour Among Primigravida Women. *Amrican Journal of Nursing Sicence*, 5(2), 37–44.
<https://doi.org/10.11648/j.ajns.20160502.11>
- Mirsadeghi, M. N., Madani, Z. H., Boostan, A., Massoudifar, A., & Info, A. (2022). Pain Perception at Birth depending on the Personality of the Parturient Women. *Journal of Obstetric, Gynecology and Cancer Research*, 7(December), 543–547.
- Phalswal, U., Sc, M., Jha, S., Sc, M., Dixit, P., Sc, M., ... Sc, M. (2024). Effectiveness of Birthing Ball Exercises Therapy in Improving Labor Pain and Labor Outcomes : A Systematic Review. *Journal of Family and Reproductive Health*, 18(4).
<https://doi.org/10.18502/jfrh.v18i4.17409>
- Prado, S. N., Ojeda, M. A. S., Martín, J. M., Kapravelou, G., & Gómez, E. F. (2022). Cultural influence on the expression of labour - associated pain. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 1–9.
<https://doi.org/10.1186/s12884-022-05173-1>
- Raffaelli, W., & Arnaudo, E. (2017). Pain as a disease : an overview. *Journal of Pain Research*, 2003–2008.
- Rahmawati, D. T., & Iswari, I. (2016). Efektivitas Akupresur Selama Persalinan (Studi Tinjauan Pustaka). *Jurnal Ilmiah Bidan*, 1(2).
- Rejeki, S., Novianti, T. W., Machmudah, M., & Khayati, N. (2022). Deep Back Massage as Therapy for Labor Pain In The 1st Stage. *Media Keperawatan Indonesia*, (18).
<https://doi.org/10.26714/mki.5.1.2022.67-72>

- Rodríguez-Almagro, J., & et al. (2019). Women ' s Perceptions of Living a Traumatic Childbirth Experience and Factors Related to a Birth Experience. *International Journal of Enviromental Research and Public Health*.
- Rudra, A. (2017). PAIN RELIEF IN LABOUR - REVIEW ARTICLE. *Update in Anaesthesia*2017, 6–11.
- Schlaeger, J. M., Gabzdyl, E. M., Bussell, J. L., Takakura, N., Yajima, H., & Takayama, M. (2016). Acupuncture and Acupressure in Labor. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 1–17. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12545>
- Sercekus, P., & Okumus, H. (2009). Fears associated with childbirth among nulliparous women in Turkey. *Midwifery*, 155–162. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.02.005>
- Simkin, P., Hanson, L., & Ancheta, R. (2017). *The Labor Progress Handbook: Early Interventions to Prevent and Treat Dystocia* (4th Editio). Wiley-Blackwell.
- Yadollahi, P., Khalaginia, Z., Vedadhir, A., Ariashekouh, A., Taghizadeh, Z., & Khormaei, F. (2014). The study of predicting role of personality traits in the perception of labor pain. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 19(7).
- Zhong, H., Wang, C., Wan, Z., & Lei, J. (2019). The techniques of manual massage and its application on exercise-induced fatigue : a literature review. *Francis Academic Press*, 1(1), 43–50. <https://doi.org/10.25236/FSST.080107>

BIODATA PENULIS



Eva Nur Octavia, S.Keb.Bd, M.KM lahir di Amlapura, pada 26 Oktober 1991. Menyelesaikan pendidikan Profesi Bidan di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya dan S2 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Profesi Bidan di Prodi Profesi Bidan Fakultas Kedokteran dan Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Jakarta.

BAB 9 | Komunikasi, Psikologi, dan Dukungan Emosional

Irmawati, S.ST.,M.Kes

A. Pendahuluan

Persalinan merupakan proses fisiologis yang kompleks dan sarat dengan pengalaman emosional bagi seorang ibu. Selain melibatkan perubahan fisik yang signifikan, persalinan juga dipengaruhi oleh kondisi psikologis ibu, lingkungan sekitar, serta kualitas komunikasi yang terjalin antara ibu dengan tenaga kesehatan dan pendamping persalinan. Oleh karena itu, komunikasi yang efektif, pemahaman psikologis, dan dukungan emosional yang adekuat menjadi aspek penting dalam asuhan persalinan.

Dalam praktik kebidanan, komunikasi tidak hanya berfungsi sebagai sarana penyampaian informasi medis, tetapi juga sebagai alat untuk membangun rasa aman, kepercayaan, dan kenyamanan ibu bersalin. Ibu yang merasa didengar dan dipahami cenderung lebih tenang, kooperatif, dan memiliki pengalaman persalinan yang lebih positif. Sebaliknya, komunikasi yang kurang efektif dapat meningkatkan kecemasan, ketakutan, bahkan berdampak pada proses persalinan.

Aspek psikologis memiliki peran besar dalam menentukan respon ibu terhadap nyeri persalinan. Faktor seperti kecemasan, stres, dan ketakutan dapat memperkuat persepsi nyeri dan menghambat kemajuan persalinan. Pemahaman terhadap kondisi psikologis ibu memungkinkan bidan memberikan pendekatan yang lebih humanis dan individual.

Dukungan emosional selama persalinan merupakan bagian integral dari asuhan sayang ibu. Dukungan ini dapat berasal dari bidan, pasangan, keluarga, maupun pendamping persalinan. Kehadiran dukungan emosional yang konsisten terbukti mampu meningkatkan rasa percaya diri ibu, mengurangi kecemasan, serta mendukung proses persalinan yang aman dan nyaman. Oleh karena itu, integrasi komunikasi, psikologi, dan dukungan emosional menjadi landasan penting dalam pelayanan kebidanan selama persalinan.

B. Komunikasi, Psikologi, dan Dukungan Emosional dalam Persalinan

1. Komunikasi Efektif dalam Asuhan Persalinan

a. Pengertian dan Tujuan Komunikasi dalam Persalinan

Komunikasi dalam persalinan merupakan proses interaksi terapeutik antara bidan, ibu bersalin, serta keluarga yang terlibat dalam asuhan persalinan. Komunikasi ini tidak hanya berfungsi sebagai sarana penyampaian informasi medis, tetapi juga sebagai bentuk dukungan psikologis dan emosional yang bertujuan menciptakan rasa aman, nyaman, dan percaya selama proses persalinan berlangsung. Dalam konteks asuhan kebidanan, komunikasi menjadi bagian integral dari pelayanan yang berpusat pada ibu (*woman-centered care*).

Komunikasi yang dilakukan secara efektif memungkinkan ibu bersalin memahami setiap tahapan persalinan, prosedur yang akan dilakukan, serta kondisi kesehatan dirinya dan bayinya. Pemahaman yang baik akan membantu ibu merasa lebih siap secara mental, meningkatkan partisipasi aktif, serta memperkuat kerja sama antara ibu dan bidan selama proses persalinan. Menurut Walyani (2023), komunikasi yang jelas dan mudah dipahami dapat mengurangi kesalahpahaman serta meningkatkan kepatuhan ibu terhadap anjuran kebidanan.

Tujuan utama komunikasi dalam persalinan adalah membantu ibu mengelola kecemasan dan ketakutan yang sering muncul menjelang dan selama persalinan.

Kecemasan yang tidak tertangani dapat memengaruhi proses persalinan melalui peningkatan hormon stres yang berdampak pada efektivitas kontraksi. Oleh karena itu, komunikasi yang bersifat menenangkan dan suportif dapat membantu menjaga stabilitas psikologis ibu serta mendukung kelancaran persalinan.

Komunikasi yang efektif ditandai oleh beberapa unsur penting, antara lain keterbukaan, kejelasan informasi, empati, serta adanya umpan balik dua arah. Keterbukaan memungkinkan ibu untuk mengungkapkan perasaan, kekhawatiran, dan kebutuhan selama persalinan. Kejelasan informasi membantu ibu memahami kondisi yang dialaminya tanpa menimbulkan kebingungan atau ketakutan yang berlebihan. Sementara itu, empati yang ditunjukkan oleh bidan melalui sikap, nada suara, dan bahasa tubuh dapat meningkatkan rasa percaya dan kedekatan emosional.

Bidan perlu menyesuaikan strategi komunikasi dengan kondisi fisik dan psikologis ibu bersalin. Pada fase persalinan aktif, misalnya, ibu mungkin mengalami nyeri hebat dan keterbatasan konsentrasi, sehingga komunikasi perlu dilakukan secara singkat, jelas, dan menenangkan. Pendekatan komunikasi yang adaptif dan penuh empati akan membantu ibu merasa dihargai dan didukung, serta berkontribusi pada pengalaman persalinan yang lebih positif dan bermakna. Bentuk Komunikasi dalam Persalinan

Komunikasi dalam persalinan dapat dilakukan secara verbal dan nonverbal. Komunikasi verbal meliputi pemberian informasi, instruksi, serta dukungan melalui kata-kata. Sementara itu, komunikasi nonverbal meliputi sentuhan terapeutik, ekspresi wajah, kontak mata, dan bahasa tubuh yang menenangkan. Contoh Komunikasi Verbal Terapeutik Contoh komunikasi verbal antara lain memberikan pujian atas usaha ibu, menjelaskan setiap tindakan yang akan dilakukan, serta menggunakan kalimat positif yang membangun rasa percaya diri

b. Hambatan Komunikasi dalam Persalinan

Hambatan komunikasi dalam persalinan dapat berasal dari kondisi nyeri, kelelahan, kecemasan ibu, maupun keterbatasan waktu dan lingkungan pelayanan. Oleh karena itu, bidan perlu memiliki keterampilan komunikasi yang adaptif dan responsif terhadap kebutuhan ibu.

Contoh Kasus Klinik Komunikasi dalam Persalinan : Seorang ibu primigravida usia 24 tahun datang ke fasilitas kesehatan dengan pembukaan 4 cm. Ibu tampak tegang, sering menarik napas pendek, dan sulit mengikuti instruksi bidan

2. Aspek Psikologis Ibu dalam Proses Persalinan

a. Respon Psikologis Ibu terhadap Persalinan

Setiap ibu memiliki respon psikologis yang berbeda terhadap persalinan. Respon ini dipengaruhi oleh pengalaman persalinan sebelumnya, tingkat pengetahuan, dukungan keluarga, serta kondisi sosial budaya.

Perasaan cemas dan takut merupakan respon yang umum dialami oleh ibu bersalin, terutama pada persalinan pertama. Jika tidak ditangani dengan baik, kondisi ini dapat berdampak pada proses persalinan.

b. Pengaruh Psikologis terhadap Nyeri Persalinan

Nyeri persalinan merupakan pengalaman subjektif yang tidak hanya dipengaruhi oleh perubahan fisiologis, tetapi juga oleh faktor psikologis ibu bersalin. Persepsi nyeri sangat dipengaruhi oleh kondisi emosional, tingkat kecemasan, ketakutan, serta kesiapan mental ibu dalam menghadapi proses persalinan. Oleh karena itu, nyeri persalinan perlu dipahami sebagai respons biopsikologis, bukan semata-mata reaksi terhadap kontraksi uterus.

Kecemasan dan ketegangan emosional dapat meningkatkan persepsi nyeri persalinan melalui aktivasi sistem saraf simpatis. Menurut Martini (2023), kondisi psikologis yang tidak stabil memicu peningkatan hormon stres seperti adrenalin dan kortisol. Peningkatan hormon ini dapat menghambat pelepasan hormon oksitosin yang berperan penting dalam regulasi kontraksi uterus.

Akibatnya, kontraksi menjadi kurang efektif dan nyeri dirasakan lebih intens. Selain itu, ketakutan yang berlebihan terhadap persalinan dapat menyebabkan peningkatan ketegangan otot, terutama pada otot dasar panggul. kondisi psikologis yang tenang dan adanya rasa aman dapat membantu menurunkan persepsi nyeri persalinan. Dukungan emosional, komunikasi terapeutik, serta lingkungan persalinan yang suportif berperan dalam menurunkan kecemasan dan membantu ibu mengelola nyeri dengan lebih adaptif. Mekanisme Psikologis Nyeri Persalinan Ketakutan dan kecemasan dapat menyebabkan peningkatan ketegangan otot, yang pada akhirnya memperberat rasa nyeri dan menghambat kemajuan persalinan.

Peran Bidan dalam Mengelola Aspek Psikologis : Bidan berperan penting dalam membantu ibu mengelola kecemasan melalui pendekatan empatik, pemberian informasi yang jelas, serta dukungan emosional yang berkesinambungan.

c. Kesiapan Mental Ibu Menghadapi Persalinan

Bidan berperan penting dalam membantu ibu mengelola kecemasan melalui pendekatan empatik, pemberian informasi yang jelas, serta dukungan emosional yang berkesinambungan.

Contoh Kasus Klinik Aspek Psikologis : Seorang ibu multigravida usia 30 tahun dengan riwayat persalinan traumatis sebelumnya menunjukkan ketakutan berlebih menjelang persalinan

Analisis Kasus : Riwayat pengalaman negatif memengaruhi kesiapan mental ibu. Bidan perlu memberikan dukungan psikologis melalui empati, mendengarkan aktif, serta menjelaskan perbedaan kondisi persalinan saat ini untuk membantu ibu membangun kesiapan mental yang lebih baik

3. Dukungan Emosional dalam Persalinan

a. Pengertian Dukungan Emosional dalam Persalinan

Dukungan emosional dalam persalinan adalah bentuk perhatian, empati, dan penguatan psikologis yang

diberikan kepada ibu bersalin untuk membantu mengurangi kecemasan dan meningkatkan rasa aman.

Dukungan ini tidak hanya berasal dari bidan, tetapi juga dari suami, keluarga, dan pendamping persalinan

b. Bentuk-bentuk Dukungan Emosional

Dukungan emosional dapat diberikan dalam berbagai bentuk, seperti kehadiran yang mendampingi, sentuhan yang menenangkan, serta kata-kata penyemangat

Dukungan emosional dalam persalinan merupakan bagian penting dari asuhan kebidanan yang berfokus pada kebutuhan psikologis ibu bersalin. Dukungan ini diberikan melalui kehadiran yang mendampingi, sentuhan yang menenangkan, serta kata-kata penyemangat yang bertujuan meningkatkan rasa aman, mengurangi kecemasan, dan membantu ibu menjalani proses persalinan dengan lebih nyaman Martini (2023).

1) Pendampingan Persalinan

Pendampingan persalinan merupakan salah satu bentuk dukungan emosional yang efektif dalam meningkatkan kenyamanan ibu.

Pendampingan yang konsisten dapat membantu ibu merasa lebih aman, mengurangi rasa takut, serta meningkatkan kepuasan terhadap pengalaman persalinan.

Pendampingan persalinan merupakan salah satu bentuk dukungan emosional yang paling efektif dalam meningkatkan kenyamanan dan kesejahteraan psikologis ibu bersalin. Pendamping persalinan dapat berasal dari suami, anggota keluarga, atau tenaga kesehatan yang memberikan dukungan secara berkesinambungan selama proses persalinan.

Kehadiran pendamping memberikan rasa aman dan mengurangi perasaan kesepian yang sering dialami ibu selama persalinan Nur Anita et al. (2023) menjelaskan bahwa pendampingan yang konsisten dapat membantu ibu mengelola kecemasan dan meningkatkan rasa percaya diri dalam menghadapi kontraksi dan proses kelahiran. Selain itu, ibu yang mendapatkan pendampingan cenderung lebih

kooperatif terhadap arahan bidan dan memiliki pengalaman persalinan yang lebih positif.

2) Sentuhan yang menenangkan

Sentuhan yang menenangkan merupakan bentuk dukungan emosional nonverbal yang memiliki dampak signifikan terhadap kondisi psikologis ibu bersalin. Sentuhan dapat berupa usapan lembut pada punggung, genggam tangan, pijatan ringan, atau kontak fisik lain yang dilakukan secara etis dan sesuai dengan kenyamanan ibu.

Sentuhan terapeutik dapat merangsang pelepasan hormon oksitosin yang berperan dalam menurunkan kecemasan dan meningkatkan rasa relaksasi. Sentuhan yang tepat juga membantu ibu merasa diperhatikan dan didampingi, sehingga mengurangi persepsi nyeri selama kontraksi, Martini (2023).

Dalam praktik kebidanan, bidan perlu memastikan bahwa sentuhan dilakukan dengan persetujuan ibu dan disesuaikan dengan budaya serta preferensi individu. Sentuhan yang menenangkan menjadi sarana komunikasi nonverbal yang memperkuat hubungan emosional antara bidan dan ibu bersalin.

3) Kata-kata penyemangat

Kata-kata penyemangat merupakan bentuk dukungan emosional verbal yang berfungsi memberikan penguatan psikologis kepada ibu bersalin. Ucapan yang positif, menenangkan, dan penuh empati dapat membantu ibu mengatasi rasa takut dan meningkatkan keyakinan diri selama proses persalinan.

Komunikasi verbal yang hangat dan suportif dapat membentuk pengalaman persalinan yang lebih bermakna bagi ibu. Kata-kata penyemangat seperti pujian atas usaha ibu, penegasan bahwa ibu mampu menjalani persalinan, serta penjelasan yang menenangkan mengenai setiap tahapan persalinan, dapat membantu ibu merasa lebih tenang dan terkendali.

Penggunaan kata-kata penyemangat yang tepat juga membantu membangun hubungan terapeutik yang positif, sehingga ibu merasa didukung secara emosional dan psikologis sepanjang proses persalinan.

- c. Dampak Dukungan Emosional terhadap Hasil Persalinan
Dukungan emosional yang adekuat selama persalinan memberikan dampak positif yang signifikan terhadap hasil persalinan, baik secara fisik maupun psikologis. Dukungan emosional membantu menciptakan rasa aman dan nyaman pada ibu bersalin, yang berperan penting dalam menjaga keseimbangan psikologis selama proses persalinan. Kondisi psikologis yang stabil memungkinkan tubuh ibu merespons proses persalinan secara lebih fisiologis.

Secara fisiologis, dukungan emosional yang baik dapat membantu menurunkan tingkat kecemasan dan stres ibu bersalin. penurunan kecemasan berkontribusi pada penurunan hormon stres seperti adrenalin, sehingga pelepasan hormon oksitosin dapat berlangsung lebih optimal. Oksitosin berperan penting dalam memperkuat kontraksi uterus yang efektif, sehingga proses persalinan dapat berlangsung lebih lancar dan durasi persalinan menjadi lebih singkat. Selain itu, dukungan emosional yang konsisten terbukti dapat mengurangi kebutuhan terhadap intervensi medis yang tidak diperlukan, seperti induksi persalinan, penggunaan analgesik berlebihan, maupun tindakan operatif. Feeley (2023) menekankan bahwa lingkungan persalinan yang suportif dan hubungan emosional yang positif antara ibu dan pemberi asuhan mendukung terjadinya persalinan fisiologis tanpa banyak intervensi.

Dampak dukungan emosional juga terlihat pada aspek psikologis pascapersalinan. Ibu yang mendapatkan dukungan emosional yang memadai selama persalinan cenderung memiliki pengalaman persalinan yang lebih positif dan tingkat kepuasan yang lebih tinggi terhadap proses kelahiran.

Dengan demikian, dukungan emosional bukan hanya pelengkap dalam asuhan persalinan, tetapi merupakan komponen esensial yang berkontribusi langsung terhadap kualitas dan hasil persalinan secara menyeluruh.

Contoh Kasus Klinik Dukungan Emosional : Seorang ibu bersalin kala I fase aktif didampingi oleh suami yang memberikan dukungan verbal dan fisik sesuai arahan bidan.

Analisis Kasus : Kehadiran pendamping yang suportif membantu ibu merasa lebih tenang dan kooperatif. Hal ini berdampak positif terhadap kemajuan persalinan dan pengalaman persalinan yang lebih nyaman

DAFTAR PUSTAKA

- Achmad, I., & Hermanses, S. (2025). *tudi kasus: Observasi persalinan sebagai strategi pencegahan komplikasi. Jurnal Kebidanan*, 5
- Dinkes RI. (2020). *Pedoman pelayanan kebidanan pada masa persalinan*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Lestari, W., Syamrotul Muflihah, I., Amalia, P., Fitri, S. R., Hikmanti, A., Rofiqoch, I., Yanti, L., & Rahel, T. L. S. R. (2023). *Asuhan kebidanan kehamilan: Panduan lengkap asuhan selama kehamilan bagi praktisi kebidanan*. PT Sonpedia Publishing Indonesia
- Nur Anita, I. A. Wulandari, P. Salanti, E. P. Noviyani, D. Magasida, R. Octavia, F. Fatmawati, M. M. Dewi, Y. Astuti, & I. Lustiani (2023). *Fisiologi dan psikologi persalinan*. Nuansa Fajar Cemerlang
- Seftiani Lestari, A., Pratiwi, D. I., Rudtitasari, A., Tri Kurniati, P., Haryanti, Y., Amartani, R., & Chairunnisa, M. (2023). *Hubungan strategi coping, dukungan keluarga dan dukungan bidan terhadap kecemasan primigravida menghadapi persalinan*. *Jurnal Medika Nusantara*. <https://doi.org/10.59680/medika.v2i1.924>
- World Health Organization. (2023). *WHO recommendations for intrapartum care for a positive childbirth experience*.

BIODATA PENULIS



Irmawati, S.ST.,M.Kes lahir di Ujung Pandang, pada 21 September 1987. Menyelesaikan pendidikan Magister Kesehatan di Universitas Muslim Indonesia pada tahun 2017. Sosok yang akrab di sapa irma ini ibu dari 3 anak (almeera, aisyah dan arsyah) dan istri dari bpk.Rifandy.

selain aktif di dunia pendidikan, juga aktif di Komunitas Momtomoms dan juga saat ini aktif sebagai Mom Influencer dengan Ig @iwi_irma, dan alhamdulillah Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Prodi Kebidanan Universitas Patria Artha.

BAB 10

Komplikasi Maternal Selama Persalinan

*Revinel,M.Keb *

A. Pendahuluan

Persalinan merupakan proses alami yang berlangsung normal, namun dalam kondisi tertentu dapat berubah menjadi kondisi patologis yang dapat mengancam keselamatan ibu dan janin. Komplikasi maternal selama persalinan masih menjadi penyebab utama morbiditas dan mortalitas ibu, terutama di negara- negara berkembang, seperti Indonesia (Prawirohardjo 2020).

Berdasarkan World Health Organization (WHO) tahun 2023, sekitar 260.000 perempuan meninggal akibat komplikasi kehamilan dan persalinan. Angka ini menunjukkan bahwa kematian maternal masih menjadi masalah kesehatan global yang serius, terutama di negara berpenghasilan rendah dan menengah. (Saifuddin AB, at al, 2000). Menurut WHO sebagian besar kematian ibu sebenarnya dapat dicegah melalui deteksi dini faktor risiko, penatalaksanaan obstetri yang tepat dan berbasis bukti, serta dukungan sistem rujukan yang cepat dan efektif (Organization 2021).

Dalam konteks pelayanan kesehatan maternal, bidan memiliki peran yang sangat strategis sebagai tenaga kesehatan lini terdepan. Bidan tidak hanya bertanggung jawab dalam memberikan asuhan kebidanan berkesinambungan selama kehamilan, persalinan, dan masa nifas, tetapi juga berperan penting dalam pengambilan keputusan klinis awal, edukasi kesehatan, serta koordinasi rujukan kegawatdaruratan obstetri. Oleh karena itu, penguatan kompetensi bidan dalam deteksi dini komplikasi maternal menjadi kunci utama dalam upaya

menurunkan angka kematian ibu dan meningkatkan kualitas pelayanan kebidanan(Umar and Wardhani 2024) .

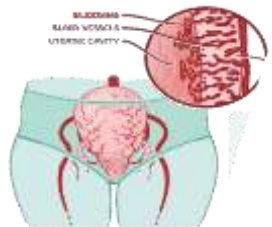
B. Komplikasi Maternal Selama Persalinan

Komplikasi maternal selama persalinan adalah kondisi patologis atau kegawatdaruratan yang terjadi pada ibu selama kehamilan, persalinan, dan masa nifas yang dapat mengancam keselamatan ibu maupun janin.

Komplikasi maternal selama persalinan berkembang secara cepat dan tidak terduga, sehingga memerlukan kemampuan deteksi dini, pengambilan keputusan klinis yang tepat, serta sistem rujukan yang efektif. Oleh karena itu, tenaga kesehatan khususnya bidan harus memiliki kompetensi klinis yang kuat dalam mengenali tanda bahaya dan melakukan penatalaksanaan awal sesuai kewenangan. Komplikasi maternal selama persalinan antara lain: Perdarahan pada saat persalinan, Pre eklampsia dan eklampsia, Persalinan dengan penyulit, Kelainan lamanya bersalin, Kelainan air ketuban, Syok obstetri(Franke et al. 2021).

1. Perdarahan Postpartum

- a. Perdarahan postpartum adalah kehilangan darah ≥ 500 mL setelah persalinan spontan, dan ≥ 1000 mL setelah *sectio caesarea* atau adanya tanda dan gejala hipovolemia yang terjadi dalam 24 jam pertama setelah persalinan (Primer) atau setelah 24 jam dan dalam waktu 6-12 minggu setelah kelahiran (sekunder). Definisi ini menekankan pentingnya penilaian klinis selain estimasi jumlah perdarahan, karena kehilangan darah yang tidak terdeteksi dapat berakibat fatal bagi ibu(Prawirohardjo 2020).



Gambar 1. Perdarahan Postpartum

- b. Faktor penyebab masalah perdarahan postpartum. Terdapat empat penyebab utama (4T):

1) Tonus (*tone*)

Atonia uteri merupakan penyebab paling sering perdarahan postpartum, terjadinya akibat kegagalan uterus berkontraksi secara adekuat dan retraksi myometrium setelah persalinan, sehingga pembuluh darah yang sebelumnya membawa darah ke plasenta tetap terbuka (Miller and Ansari 2022). Uterus teraba lembek dan membesar, tinggi fundus uteri teraba di umbilicus 2 jari dibawah umbilicus, disertai perdarahan hebat hingga menyebabkan syok hipovolemik(Rath 2011).

Atonia uteri dapat disebabkan dari beberapa faktor antara lain: Kehamilan gemelli, makrosomia, polihidramnion, atau kelainan janin seperti hidrosefalus, kelainan structural uterus, maupun kegagalan mengeluarkan plasenta, persalinan lama atau terlalu cepat, obat penghambat kontraksi seperti agen anestesi terhalogenasi, nitrat, obat antiinflamasi nonsteroid, magnesium sulfat, betasimpatomimetik, dan nifedipine dan Intervensi medis berlebihan seperti: penggunaan oksitosin atau alat bantu persalinan seperti forceps (Sarim 2020).

Uterus mendapat pasokan darah dari dua arteri uteri dan dua arteri ovari yang mengalirkan darah antara 500 hingga 900 mL per menit(Goyal et al. 2025). Setelah persalinan selesai, terjadi peningkatan kadar oksitosin dan prostaglandin F₂-alpha yang menyebabkan adanya kontraksi uterus dan vasokonstriksi(Chen et al. 2021).

Atonia uteri sering kali memerlukan penanganan medis segera, seperti pemberian obat-obatan yang merangsang kontraksi rahim (misalnya oksitosin) atau tindakan bedah untuk menghentikan perdarahan(Balki and Wong 2021).

2) Trauma (pada jalan lahir)

Hemoragik Post Partum (HPP) atau pendarahan hebat setelah melahirkan, dapat disebabkan pada traktus genitalia terjadi secara spontan, atau perlukaan yang dibuat untuk memudahkan proses persalinan. Trauma dapat dalam bentuk laserasi di perineum, vagina, dan serviks pada persalinan pervagina. Derajat laserasi dinilai dari kedalamannya mulai dari derajat 1 hingga 4 (Głoćko et al. 2025).

Trauma lainnya adalah ruptur uteri yang biasanya terjadi pada ibu dengan riwayat persalinan perabdominal sebelumnya. Oleh karena itu, kebiasaan palpasi transvaginal pada bekas luka tidak lagi rekomendasikan. Setiap ibu hamil yang pernah menjalani prosedur hingga mengakibatkan gangguan pada dinding uterus, akan dianggap memiliki resiko terhadap ruptur uteri (Głoćko et al. 2025).

Prosedur tersebut termasuk myomektomi, uteroplasti, reseksi ektopik kornu, dan perforasi uterus saat dilakukan laparotomi, histerektomi, biopsi, dilatasi, kuretase, dan penempatan alat kontrasepsi intrauteri (Shah, at al 2023).

Bentuk trauma lainnya adalah laserasi serviks yang sering terjadi akibat penanganan persalinan pervaginal menggunakan forceps atau vacuum. Penggunaan forceps atau vacuum tidak dapat dilakukan jika pelebaran serviks belum terjadi sepenuhnya sehingga penggunaan forceps ataupun vacuum dengan kondisi serviks yang belum membuka sempurna akan menyebabkan laserasi pada vagina (Hosseini, at al, 2025).

3) *Tissue* (jaringan)

Penyebab Perdarahan postpartum berkaitan dengan pelepasan dan pengeluaran plasenta oleh kontraksi dan retraksi uterus (Miller and Ansari 2022). Retraksi uterus dan oklusi pembuluh darah akan lebih

efektif jika plasenta lepasan secara menyeluruh maka retensi plasenta bisa terjadi terutama jika plasenta memiliki lobus succenturiate atau aksesoris. Plasenta pada kehamilan dengan masa preterm gestation kurang dari 24 minggu memiliki kemungkinan yang signifikan untuk terjadi perdarahan (Baergen and Matrai 2021).

Pelepasan plasenta tidak lengkap bisa menyebabkan retensi plasenta, suatu kondisi yang memerlukan intervensi medis segera. Penelitian menunjukkan bahwa pemberian uterotonic prostaglandine tidak efektif dalam mengatasi retensi plasenta. Apabila usaha untuk melepaskan plasenta gagal dilakukan kemungkinan besar terjadi plasenta akreta, yang dapat menyebabkan perdarahan hebat jika dilepas paksa (Franke et al. 2021).

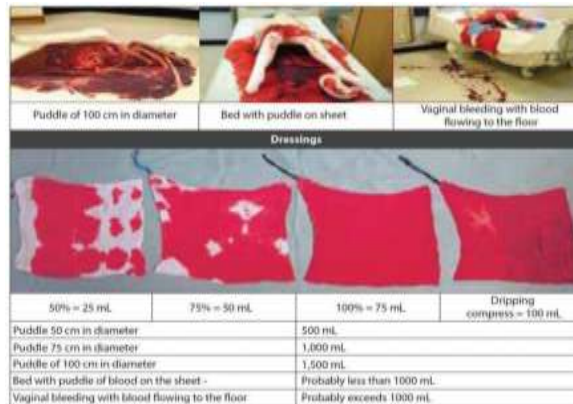
Pelepasan akreta Dimana suatu kondisi yang berbahaya karena pelepasan plasenta parsial dapat terjadi, diawali dengan perdarahan sedikit, namun dapat menjadi hebat jika dilepas paksa. Oleh karena itu, penanganan plasenta akreta memerlukan kehati-hatian dan intervensi medis yang tepat untuk mencegah komplikasi serius (Sirait 2022).

4) Trombin

Gangguan koagulasi sebenarnya tidak terlalu mempengaruhi proses penghentian perdarahan postpartum karena mekanisme utama penghentian perdarahan adalah kontraksi dan retraksi uterus. Jadi, kalau uterus berkontraksi dengan baik, perdarahan bisa dihentikan meskipun ada gangguan koagulasi. (Bank, Ma'ayeh, and Rood 2023).

Gangguan koagulasi bisa jadi berbahaya jika terjadi deposisi fibrin dan bekuan darah di pembuluh darah beberapa jam atau hari pasca persalinan. Kondisi seperti trombositopenia, yang bisa disebabkan oleh penyakit sebelumnya seperti ITP, sindrom

HELLP, DIC, atau sepsis, juga bisa memperburuk situasi. Bahkan kondisi genetik seperti familial hypofibrinogenemia dan von Willebrand disease juga perlu dipertimbangkan. Penting untuk deteksi dini dan penanganan yang tepat(Sirait 2022).



Gambar 2. Parameter visual untuk mengukur perdarahan pada surgical dressing, seprai, dan genangan air

c. Tatalaksana perdarahan postpartum

- 1) Penatalaksanaan Algoritma HAEMOSTASIS untuk membantu penatalaksanaan perdarahan postpartum yang sistematis dan bertahap, penggunaan algoritme membantu meningkatkan hasil dan mengurangi kemungkinan histerektomi peripartum. “HAEMO” mengacu pada tindakan segera yang harus diambil untuk menahan perdarahan, sedangkan “STASIS” mewakili tindakan yang lebih lanjut

2) Haemostasis algorithm for management of postpartum haemorrhage

H	Ask for help and hands on uterus (uterine massage)
A	Assess (that is ABC) and <u>resuscitate</u> (that is intravenous fluids)
E	Establish aetiology, ensure availability of blood and <u>ecbolics</u>
M	Massage uterus
O	Oxytocin infusion/prostaglandins - IV/ <u>IM?per rektal</u>
S	Shift to <u>theat</u> re-aortic pressure or anti-shock garment/bimanual compression as appropriate
T	Tamponade ballon/ uterine packing-after exclusion of tissue and trauma
A	Apply compression sutures -B- Lynch/modified
S	Systematic pelvic devascularisation uterine/ovarian/quadruple/internal iliac
I	Interventional radiology and, if appropriate uterine artery embolization
S	Subtotal/total abdominal hysterectomy

- 3) Identifikasi faktor risiko antepartum dan postpartum sangat penting dalam pencegahan dan penanganan perdarahan postpartum seperti: plasenta praevia, fibroid rahim, dan sisa plasenta. Perencanaan manajemen haru melibatkan tim multidisiplin, tenaga berpengalaman, serta kesiapan produk darah. Selain itu, manajemen katif kala tiga persalinan berperan penting melalui pijat uterus, traksi tali pusat terkontrol, dan pemberian oksitosin untuk mempelancar pelepasan plasenta.
- 4) Langkah awal penanganan perdarahan postpartum harus dilakukan secara cepat dan terkoordinasi, meliputi:
 - a) Penegakan diagnosis yang jelas dan aktivasi tim multidisiplin sesuai kebutuhan klinis
 - b) Siapkan Kit perdarahan postpartum dengan penugasan salah satu anggota tim untuk komunikasi berkelanjutan dengan pasien dan keluarga.
 - c) Tindakan klinis awal mencakup Kompresi uterus bimanual(manuver Hamilton atau Chantrapitak)

- d) Pemberian uterotonika disertai pijat uterus bimanual dilakukan untuk mempertahankan kontraksi dan membantu menghentikan perdarahan.
- e) Apabila perdarahan masih berlanjut, penggunaan tamponade intrauterine dapat efektif dalam mengurangi perdarahan sekunder akibat atonia uteri.

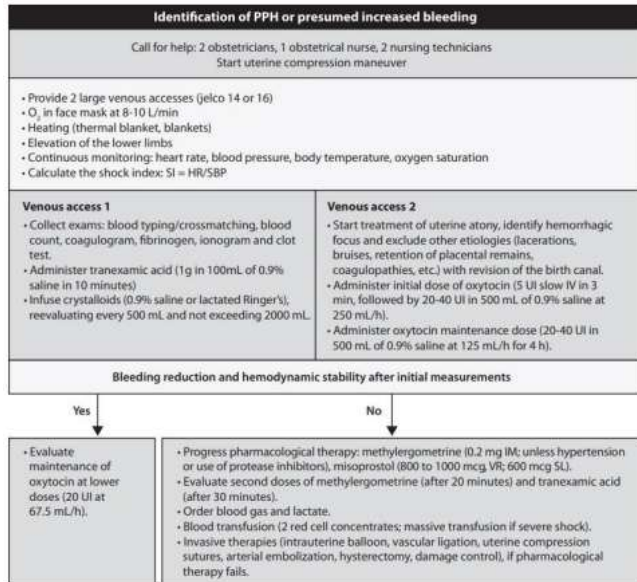


Gambar 3. Manuver kompresi uterus Hamilton dan Chantrapitak

Penagan awal pasien dengan perdarahan melibatkan pemantauan ketat indeks syok oleh satu asisten, sementara dua asisten lainnya memasang dua akses vena besar untuk pemberian cairan, obata, dan pengambilan darah. Pemeriksaan penunjang meliputi: golongan darah (jika tidak tersedia), uji silang, darah lengkap, koagulasi, fibrinogen, ionogram, tes bekuan darah (Wiener) dan, pada kasus berat, analisis laktat dan gas darah.

Pasien diberikan oksigen 100% O₂; aliran 8 sampai 10 liter per menit melalui masker, dipasang kateter urin menetap, elevasi tungkai bawah, dihangatkan, dinilai kebutuhan antibiotik, serta dilakukan estimasi kehilangan darah dan evaluasi cepat sumber perdarahan. Tindakan hemostatik harus dilakukan sesuai penyebab. Penggunaan anti-guncangan nonpneumatik (NASG) dipertimbangkan bila tersedia, dan evaluasi ulang status hemodinamik

dilakukan untuk menentukan kebutuhan transfuse darah.



Gambar 4. Urutan manajemen klinis awal perdarahan postpartum

Oksitosin dan asam traneksamat merupakan obat pertama yang harus diberikan. Asam traneksamat diberikan dosis 1 gram dalam 100 mL NaCl 0,9% dapat diulangi setelah 30 menit bila perdarahan belum terkontrol, dan dapat diberikan Kembali dan bila perdarahan berulang dalam 24 jam. Oksitosin diberikan dengan infus awal 5 unit selama $\pm$ 3 menit, dilanjutkan 20-40 unit dalam 500 ml saline diberikan pada 250 ml/jam. Setelah itu, infus pemeliharaan diberikan 125 mL / jam selama 4 jam, dan pada kasus atonia uteri berat dapat dilanjutkan hingga 24 jam.

Pada atonia uteri berat, oksitosin pemeliharaan dapat dilanjutkan hingga 24 jam dengan pemantauan ketat risiko keracunan air. Jika respons terhadap

oksitosin tidak adekuat, uterotonika lain harus diberikan secara berurutan dengan interval keputusan ≤ 15 menit. Methylergometrin 0,2 mg IM menjadi pilihan kedua bila tidak ada hipertensi, dan dapat diulang setelah 20 menit. Prostaglandin merupakan pilihan terakhir, dengan misoprostol 800–1.000 mcg per rektal atau 600 mcg sublingual.

2. Preeklampsia dan eklampsia

- a. Preeklampsia merupakan gangguan hipertensi pada kehamilan yang berdampak besar terhadap morbiditas dan mortalitas ibu. Preeklampsia dan eklampsia saat persalinan merupakan kegawatdaruratan obstetri yang memerlukan penanganan cepat dan terkoordinasi.

Preeklampsia ditandai oleh tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg setelah usia kehamilan 20 minggu dengan Proteinuria/kreatinin urin $\geq 0,3$. Preeklampsia dengan ciri berat ditandai oleh tekanan darah $\geq 160/110$ mmHg pada dua kali pengukuran, trombositopenia (<100.000), gangguan fungsi hati (kenaikan transaminase ≥ 2 kali normal), nyeri hebat menetap di kuadran kanan atas atau epigastrium, gangguan fungsi ginjal baru (kreatinin $>1,1$ mg/dL atau meningkat dua kali lipat), edema paru, serta gangguan serebral atau visual yang baru muncul. (Abraham and Kusheleva 2019).

Preeklampsia dapat menimbulkan komplikasi serius bagi ibu, seperti koagulasi intravaskular diseminata, eklampsia (kejang), stroke, dan kematian, serta bagi janin, termasuk pertumbuhan intrauterin terhambat, kelainan detak jantung, dan kematian janin. Oleh karena itu, tenaga kesehatan harus mampu mendiagnosis gangguan ini dengan cepat untuk mencegah risiko tersebut.

- c. Ciri-ciri preeklampsia berat berat ditandai oleh tekanan darah tinggi $\geq 160/110$ mmHg pada dua kali pengukuran, disertai trombositopenia (<100.000), dan gangguan fungsi hati dengan peningkatan transaminase ≥ 2 kali normal. Gejala lain meliputi nyeri kuadran kanan atas atau

epigastrium yang menetap, gangguan fungsi ginjal baru (kreatinin >1,1 mg/dL atau meningkat dua kali lipat), edema paru, serta munculnya gangguan serebral atau visual baru.

d. Komplikasi dapat berdampak serius bagi ibu maupun janin. Pada ibu, komplikasi yang mungkin terjadi meliputi koagulasi intravaskular diseminata, eklampsia, stroke, dan kematian. Sedangkan pada janin, risiko meliputi pertumbuhan intrauterin terhambat, kelainan detak jantung, dan kematian

e. Penanganan definitif preeklampsia adalah persalinan.

1) Preeklampsia tanpa gejala berat: persalinan dianjurkan sesegera mungkin pada usia kehamilan ≥ 37 minggu.

2) Preeklampsia dengan gejala berat: persalinan dianjurkan sesegera mungkin pada usia kehamilan ≥ 34 minggu.

3) Persalinan sebelum 34 minggu dapat dipertimbangkan jika ada tekanan darah tidak terkontrol, memburuknya kelainan laboratorium, atau kompromi janin.

f. Penanganan eklampsia

Penanganan eklampsia dimulai dengan mengamankan jalan napas ibu dan menempatkan pasien pada **posisi miring kiri** untuk mencegah aspirasi serta memastikan perfusi plasenta optimal. Langkah berikutnya adalah pemberian magnesium sulfat, yang berfungsi untuk menghentikan kejang yang sedang berlangsung dan mengurangi risiko kejang berulang. Kontrol tekanan darah juga penting untuk mencegah komplikasi kardiovaskular dan stroke. Setelah kondisi ibu stabil secara klinis, langkah definitif selanjutnya adalah melakukan persalinan sesegera mungkin sebagai penanganan utama eklampsia (Katz, Farmer, and Kuller 2000).

3. Persalinan dengan penyulit

a. Persalinan dengan penyulit adalah persalinan yang disertai kondisi medis atau obstetri yang meningkatkan

risiko bagi ibu dan/atau janin, baik selama persalinan maupun pascapersalinan. Penyulit utama dari ibu (Preeklamsia/eclampsia, Hipertensi kronis, Diabetes gestasional, Koagulopati atau perdarahan antepartum (misal plasenta previa, solusio plasenta, Infeksi berat atau sepsis. Penyulit utama dari janin (Distres janin (detak jantung abnormal, Letak sungsang atau presentasi abnormal, Henti pertumbuhan intrauterine, Kehamilan ganda. Penyulit dari proses persalinan (Persalinan lama/prolonged labor, Atonia uteri, Robekan jalan lahir (laserasi serviks, perineum, vagina), Prolaps tali pusat)

b. Prinsip penanganan

- 1) Identifikasi risiko awal: melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, USG, dan laboratorium.
- 2) Persiapan tim multidisiplin: dokter, bidan, anestesi, dan ketersediaan produk darah.
- 3) Pemantauan intensif: tanda vital ibu, kontraksi uterus, dan detak jantung janin.
- 4) Intervensi cepat sesuai penyulit:
 - a) Oksigenasi dan stabilisasi hemodinamik
 - b) Obat-obatan: antihipertensi, uterotonika, antibiotik sesuai indikasi
 - c) Tindakan obstetri: persalinan dengan induksi, operasi sesar, manuver jalan lahir, atau prosedur lain sesuai komplikasi
- 5) Pascapersalinan: pemantauan untuk perdarahan, infeksi, dan komplikasi lain

4. Kelainan lamanya persalinan

- a. Kelainan lamanya persalinan terjadi Ketika proses persalinan berlangsung lebih lama dari normal, baik pada fase laten maupun fase aktif, yang dapat meningkatkan risiko komplikasi bagi ibu dan janin.
- b. Fase laten dikatakan lama jika lebih dari 20 jam pada primigravida atau 14 jam pada multipara, sedangkan fase aktif dianggap lama bila pembukaan serviks kurang dari 1 cm/jam pada primigravida atau 1,2 cm/jam pada

multipara. Fase kedua dapat memanjang lebih dari 2–3 jam pada primigravida dan 1–2 jam pada multipara.

- c. Penyebab utama meliputi ketidakseimbangan antara panggul dan janin, kontraksi uterus yang tidak efektif, posisi atau presentasi janin abnormal, serta faktor maternal seperti kelelahan atau infeksi
 - d. Kelainan ini meningkatkan risiko perdarahan postpartum, infeksi, ruptur uterus bagi ibu, dan distress janin atau cedera lahir bagi bayi.
5. Kelainan air ketuban

Kelainan air ketuban saat persalinan meliputi: oligohidramnion yaitu volume ketuban yang terlalu sedikit, yang dapat menyebabkan kompresi tali pusat dan mengganggu pertumbuhan janin. Sebaliknya, polihidramnion adalah volume ketuban yang berlebih, meningkatkan risiko persalinan lama, malpresentasi, dan prolaps tali pusat. Pecah ketuban dini atau PROM dapat menimbulkan risiko infeksi serta persalinan prematur. Kehadiran mekonium dalam cairan ketuban merupakan tanda stres janin dan dapat menyebabkan aspirasi mekonium.

6. Syok obstetri
- a. Syok obstetric adalah kondisi kegawatdaruratan saat persalinan akibat gangguan perfusi jaringan, biasanya karena perdarahan massif atau komplikasi lain yang mengurangi volume darah efektif
 - b. Penyebab utama: perdarahan postpartum (atonia uteri, retensi plasenta, lacerasi jalan lahir), perdarahan antepartum: (plasenta previa, solusio plasenta), komplikasi lain (ekslampsia, rupture uterus, sepsis obstetri).
 - c. Tanda dan gejala meliputi: takikardia, hipotensi, pucat, keringat dingin, penurunan kesadaran, dan oliguria
 - d. Penanganan awal memerlukan aktivasi tim multidisiplin dan stabilisasi hemodinamik melalui akses vena besar, cairan, transfusi darah, dan oksigenasi. Selanjutnya, penyebab syok harus diidentifikasi dan diatasi secara cepat, termasuk tindakan

hemostatik atau persalinan segera, untuk mencegah morbiditas dan mortalitas ibu dan janin

7. Peran Bidan dalam kondisi kegawatdaruratan obstetri

Bidan memiliki peran sentral dalam mendeteksi dan menanggulangi komplikasi persalinan. Bidan bertugas memantau tanda vital ibu dan janin, mengenali kelainan persalinan seperti prolongasi persalinan, atonia uteri, distres janin, preeklampsia, atau gangguan air ketuban, serta melakukan penanganan awal untuk menstabilkan ibu.

Dalam kondisi gawat darurat, bidan mengaktifkan tim multidisiplin, menyiapkan kit darurat, serta memastikan komunikasi yang jelas dengan pasien dan keluarga. Bidan juga membantu pemberian obat sesuai protokol, melakukan pijat uterus, manuver bimanual, atau tindakan obstetri darurat di bawah arahan dokter. Selain tindakan klinis, bidan memberikan dukungan psikologis dan edukasi kepada ibu dan keluarga, serta memastikan ibu memahami tanda bahaya selama persalinan dan pascapersalinan, sehingga keselamatan ibu dan bayi dapat terjaga secara optimal.

DAFTAR PUSTAKA

- Abraham, Cynthia, and Natalya Kusheleva. 2019. "Management of Pre-Eclampsia and Eclampsia: A Simulation." *MedEdPORTAL* 15: 10832.
- Baergen, Rebecca N, and Cathleen Matrai. 2021. "Placental Shape Aberrations." In *Benirschke's Pathology of the Human Placenta*, Springer, 403–11.
- Balki, M, and C A Wong. 2021. "Refractory Uterine Atony: Still a Problem after All These Years." *International journal of obstetric anesthesia* 48: 103207.
- Bank, Tracy C, Marwan Ma'ayeh, and Kara M Rood. 2023. "Maternal Coagulation Disorders and Postpartum Hemorrhage." *Clinical Obstetrics and Gynecology* 66(2): 384–98.
- Chen, Yue et al. 2021. "Prostaglandins for Postpartum Hemorrhage: Pharmacology, Application, and Current Opinion." *Pharmacology* 106(9–10): 477–87.
- Franke, Denise et al. 2021. "Retained Placenta and Postpartum Hemorrhage: Time Is Not Everything." *Archives of Gynecology and Obstetrics* 304(4): 903–11.
- Głócko, Patrycja et al. 2025. "Perspective on Perinatal Birth Canal Injuries: An Analysis of Risk Factors, Injury Mechanisms, Treatment Methods, and Patients' Quality of Life: A Literature Review." *Journal of Clinical Medicine* 14(10): 3583.
- Goyal, Megh R et al. 2025. "Biofluid Dynamics of the Human Maternal-Fetal System." In *Biofluid Dynamics of Human Body Systems*, Apple Academic Press, 489–547.
- Hosseini-Pour, Parnian, Maya Rajasingham, and Giulia M Muraca. 2025. "Risk of Cervical Laceration in Forceps vs Vacuum Delivery: A Systematic Review and Meta-analysis." *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica* 104(1): 29–38.
- Katz, Vern L, Richard Farmer, and Jeffery A Kuller. 2000. "Preeclampsia into Eclampsia: Toward a New Paradigm." *American journal of obstetrics and gynecology* 182(6): 1389–96.

- Miller, Hayley E, and Jessica R Ansari. 2022. "Uterine Atony." *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 34(2): 82–89.
- Organization, World Health. 2021. "Monitoring Health For the Sdgs, Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO."
- Prawirohardjo, S. 2020. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Rath, Werner H. 2011. "Postpartum Hemorrhage–Update on Problems of Definitions and Diagnosis." *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica* 90(5): 421–28.
- Saifuddin AB, et al. 2000. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal*, Jakarta:JNPKKR-YBPSP.
- Sarim, Budi Yulianto. 2020. "Manajemen Perioperatif Pada Perdarahan Akibat Atonia Uteri." *Jurnal Anestesi Obstetri Indonesia* 3(1): 47–58.
- Shah, Krupa, Rajshree D Katke, and Sakina Y Radiowala. 2023. "Postpartum Hemorrhage." In *Labour and Delivery: An Updated Guide*, Springer, 227–57.
- Sirait, Batara I. 2022. "Bahan Kuliah Perdarahan Postpartum Tahun Akademik 2022/2023."
- Umar, Mareza, and Psiari Kusuma Wardhani. 2024. "Riwayat Pre Eklampsia Terhadap Kejadian Post Partum." *Jurnal Maternitas Aisyah (JAMAN AISYAH)* 5(2): 118–22.

BIODATA PENULIS



Revinel, M.Keb lahir di Duri, pada 02 Oktober 1973. Menyelesaikan pendidikan D4 di Poltekkes III Jakarta dan S2 di universitas Padjajaran. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di prodi kebidanan Fakultas Kesehatan universitas Muhammadiyah Jakarta.

A. Pendahuluan

Persalinan adalah serangkaian peristiwa yang dimulai dari kontraksi teratur hingga pengeluaran hasil konsepsi (janin, plasenta, dan cairan ketuban) dari rahim ke dunia luar melalui jalan lahir atau melalui cara lain, dengan bantuan atau dengan kekuatan sendiri. Persalinan adalah proses fisiologis, dimulai dari pembukaan serviks hingga kelahiran bayi dan plasenta. Pembukaan serviks terjadi karena kontraksi rahim yang menyebabkan serviks menipis dan terbuka. Kemajuan persalinan bergantung pada interaksi dari 3P, yaitu *power* (kekuatan), *passage* (jalan lahir), *passenger* (janin) (Yunika, R, P., *et al*, 2025).

Persalinan normal adalah proses mengeluarkan produk konsepsi yang layak dari rahim melalui vagina ke dunia luar yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu) yang ditandai dengan kontraksi rahim yang menyebabkan penipisan, pelebaran serviks, mendorong janin keluar melalui jalan lahir, dengan sebagian kepala bagian belakang keluar tanpa alat atau bantuan (persalinan spontan) dan tanpa komplikasi bagi ibu dan janin. Ada banyak faktor yang mempengaruhi persalinan, baik dari faktor ibu dan janin maupun dari faktor yang membantu dan menyertai persalinan (Yunika, R, P., *et al*, 2025).

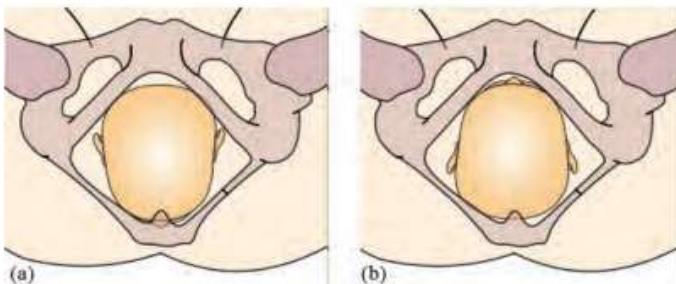
Persalinan normal terjadi bukan karena tidak ada masalah selama persalinan, tetapi karena ada banyak hal yang mungkin terjadi, salah satunya adalah komplikasi selama persalinan. Komplikasi persalinan adalah kondisi di mana ibu dan janin terancam, disebabkan oleh campur tangan langsung selama

persalinan dan merupakan salah satu penyebab kematian ibu dan janin. Pada tahap pertama persalinan, fase aktif membawa risiko seperti kontraksi yang lemah atau tidak teratur, pembukaan serviks yang lambat, pendarahan, nyeri, dan kehilangan cairan amnion. Hal ini dapat menyebabkan angka kematian ibu (MMR) dan angka kematian bayi (IMR) yang tinggi selama persalinan (Yunika, R, P., *et al*, 2025).

B. Komplikasi Janin dalam Persalinan

Komplikasi yang dapat terjadi saat bayi lahir salah satunya disebabkan oleh malpresentasi maupun malposisi. Ketika bayi berada di dalam panggul ibu dalam posisi apa pun selain presentasi kepala, ini disebut presentasi abnormal, atau malpresentasi. Alasan menyebutnya sebagai 'abnormal' adalah karena hal ini dikaitkan dengan risiko obstruksi dan komplikasi persalinan lainnya yang jauh lebih tinggi dibandingkan presentasi kepala. Jenis malpresentasi yang paling umum disebut sungsang, bahu, wajah, atau dahi (Berhan, Y., *et al*, 2023).

Bayi juga dapat berada dalam posisi abnormal bahkan ketika presentasinya sudah di bagian kepala. Dalam persalinan normal, ketika kepala bayi telah masuk ke panggul ibu, bagian belakang tengkorak bayi (oksiput) mengarah ke depan panggul ibu (simfisis pubis), tempat kedua tulang pubis menyatu. Orientasi tengkorak janin ini disebut posisi oksipito-anterior. Jika oksiput (bagian belakang) tengkorak janin mengarah ke punggung ibu, posisi oksipito-posterior ini adalah malposisi verteks, karena lebih sulit bagi bayi untuk dilahirkan dalam orientasi ini (Berhan, Y., *et al*, 2023).

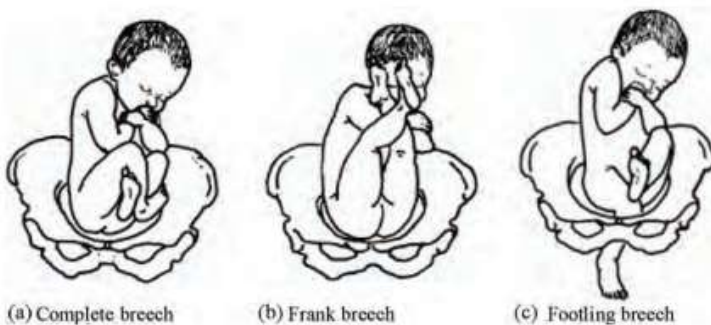


Gambar 1. Kemungkinan posisi tengkorak janin ketika bayi berada dalam presentasi verteks dan ibu berbaring telentang: (a) Posisi oksipito-anterior 'lurus' normal di mana bayi dapat dilahirkan dengan paling mudah. (b) Malposisi oksipito-posterior 'lurus' membuat persalinan lebih sulit.

1. Presentasi sungsang

Pada presentasi sungsang, janin terletak dengan bokongnya di bagian bawah rahim, dan bokong dan/atau kakinya adalah bagian yang keluar terlebih dahulu saat persalinan. Risiko signifikan yang terkait dengan bayi, antara lain (Berhan, Y., *et al*, 2023):

- a) Kepala janin tersangkut (terhenti) sebelum persalinan
- b) Persalinan terhambat ketika janin terlalu besar dibandingkan dengan ukuran panggul ibu
- c) Prolaps tali pusat dapat terjadi, yaitu tali pusat terdorong keluar mendahului bayi dan dapat tertekan ke dinding serviks atau vagina
- d) Pemisahan plasenta prematur (abruptio plasenta)
- e) Cedera saat lahir pada bayi, misalnya patah tulang lengan atau kaki, kerusakan saraf, trauma pada organ dalam, kerusakan sumsum tulang belakang, dll.



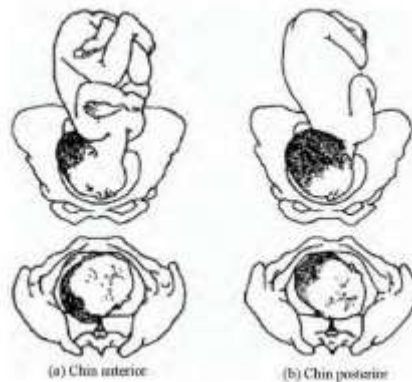
Gambar 2. (a) Sungsang lengkap ditandai dengan fleksi kaki pada kedua sendi pinggul dan lutut, sehingga kaki tertekuk di bawah bayi. (b) Sungsang frank adalah jenis presentasi sungsang

yang paling umum, dan ditandai dengan fleksi pada sendi pinggul dan ekstensi pada sendi lutut, sehingga kedua kaki bayi mengarah lurus ke atas. (c) Sungsang kaki adalah ketika satu atau kedua kaki terentang pada sendi pinggul dan lutut dan bayi keluar dengan posisi kaki terlebih dahulu.

2. Presentasi wajah

Presentasi wajah terjadi ketika leher bayi terentang sepenuhnya (tertekuk ke belakang) sehingga oksiput di bagian belakang tengkorak janin menyentuh tulang belakang bayi itu sendiri. Dalam posisi ini, wajah bayi akan terlihat oleh petugas medis selama persalinan. Komplikasi pada janin meliputi (Berhan, Y., *et al*, 2023):

- a) Persalinan terhambat dan ruptur uterus
- b) Prolaps tali pusat
- c) Memar pada wajah
- d) Perdarahan serebral (perdarahan di dalam tengkorak janin)



Gambar 3. Presentasi wajah. (a) Daguk bayi menghadap ke depan panggul ibu; (b) daguk menghadap ke tulang punggung ibu.

3. Presentasi dahi

Pada presentasi dahi, kepala bayi hanya sebagian terentang di leher (bandingkan dengan presentasi wajah), sehingga dahinya adalah bagian yang menampilkan diri.

Komplikasi presentasi dahi hampir sama dengan malpresentasi lainnya (Berhan, Y., *et al*, 2023):

- a) Persalinan terhambat dan ruptur uterus
- b) Prolaps tali pusat
- c) Memar wajah
- d) Perdarahan otak



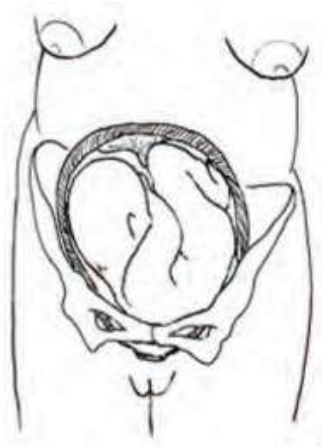
Gambar 4. Presentasi dahi

4. Presentasi bahu

Presentasi bahu jarang terjadi pada kehamilan cukup bulan, tetapi dapat terjadi ketika janin terletak melintang di rahim, jika janin berhenti di tengah proses inversi spontan dari sungsang ke kepala, atau mungkin terletak melintang sejak awal kehamilan. Jika bayi menghadap ke atas, punggungnya mungkin menjadi bagian yang keluar; jika menghadap ke bawah, tangannya mungkin keluar melalui serviks. Bayi dalam posisi melintang tidak dapat dilahirkan melalui vagina dan persalinan akan terhambat. Bayi dengan presentasi bahu harus dirujuk segera. Komplikasi yang mungkin terjadi meliputi (Berhan, Y., *et al*, 2023):

- a) Prolaps tali pusat
- b) Trauma pada lengan yang mengalami prolaps

- c) Persalinan terhambat dan ruptur uterus
- d) Hipoksia janin dan kematian.



Gambar 5. Posisi melintang (presentasi bahu). Bayi ini tidak dapat turun melalui jalan lahir.

Kehamilan melibatkan banyak perubahan fisiologis yang dapat menimbulkan risiko serius bagi kesehatan ibu dan janin. Masalah yang paling umum dan mengancam kesehatan yang berkaitan dengan kehamilan adalah penambahan berat badan yang tidak tepat, anemia defisiensi besi, diabetes melitus gestasional (GDM), preeklampsia, eklampsia, dan hipertensi gestasional. Penambahan berat badan ibu selama kehamilan merupakan indikator penting kesehatan ibu dan janin. Risiko penambahan berat badan yang tidak memadai meliputi kelahiran prematur, berat badan lahir rendah, bayi kecil untuk usia kehamilan, kematian perinatal, dan kegagalan untuk memulai pemberian ASI. Selain itu ada juga risiko penambahan berat badan yang berlebihan meliputi persalinan sesar, GDM, preeklampsia, pemeliharaan berat badan pasca persalinan untuk ibu, bayi besar untuk usia kehamilan, makrosomia (berat lahir >4000 g), dan kelebihan berat badan atau obesitas pada masa kanak-kanak untuk bayi. Berikut merupakan komplikasi

kehamilan dan hubungannya dengan komplikasi neonatal, antara lain (Jamalzehi, A., *et al*, 2023):

1. Anemia

Anemia adalah gangguan kehamilan yang umum. Anemia maternal disertai dengan efek samping bagi bayi baru lahir, seperti peningkatan risiko kelahiran prematur atau berat badan lahir rendah, dan komplikasi bagi ibu, seperti kematian. Kekurangan zat besi adalah kekurangan gizi yang paling umum dan penyebab anemia gestasional yang paling sering terjadi. Hal ini didefinisikan sebagai konsentrasi hemoglobin dalam darah perifer lebih rendah dari 11 g/100 mL (Jamalzehi, A., *et al*, 2023).

2. Diabetes melitus gestasional

Diabetes melitus gestasional didefinisikan sebagai setiap tingkat disglukemia dengan onset atau pemeriksaan pertama selama kehamilan. GDM dapat berdampak buruk pada hasil perinatal, menyebabkan potensi dampak buruk pada ibu dan bayi baru lahir, meningkatkan risiko obesitas pada bayi, dan perkembangan diabetes selanjutnya pada ibu (Jamalzehi, A., *et al*, 2023).

3. Preeklampsia

Preeklampsia adalah gangguan kehamilan multifaktorial yang diamati pada 1,5 - 5% kehamilan dalam bentuk edema, hipertensi, dan proteinuria. Hal ini disertai dengan risiko tinggi persalinan prematur, pertumbuhan intrauterin, abrupsi plasenta prematur, dan penyakit serta kematian ibu (Jamalzehi, A., *et al*, 2023).

4. Disfungsi tiroid

Fungsi tiroid ibu yang normal selama kehamilan sangat penting untuk mencegah konsekuensi negatif bagi ibu dan janin. Hipotiroidisme kehamilan memiliki efek samping, termasuk hipertensi gestasional, preeklampsia, anemia, berat badan lahir janin rendah, keguguran, malformasi sistem peredaran darah bawaan, gangguan pernapasan, dan kematian janin. Hiperbilirubinemia tak terkonjugasi (ikterus) umum terjadi pada hari-hari pertama setelah lahir

pada 50% bayi cukup bulan dan 80% bayi prematur. Katabolisme heme menghasilkan bilirubin, dan dalam jumlah rendah, bilirubin berfungsi sebagai antioksidan. Konsentrasi yang lebih tinggi dapat beracun bagi sel saraf bayi (Jamalzehi, A., *et al*, 2023).

5. Infeksi intraamniotik (Korioamnionitis)

Infeksi intraamniotik adalah infeksi dan peradangan pada jaringan di sekitar janin, seperti cairan yang mengelilingi janin (cairan amniotik), plasenta, selaput di sekitar janin, janin itu sendiri, atau kombinasi dari semuanya. Infeksi intraamniotik meningkatkan risiko masalah pada ibu hamil dan janin. Gejala yang terjadi biasanya ibu mengalami demam dan seringkali nyeri panggul serta keputihan. Infeksi intraamniotik dapat meningkatkan risiko masalah berikut pada janin atau bayi baru lahir (Moldenhauer, J., 2024):

- a) Kelahiran prematur atau pecah ketuban sebelum persalinan (pecah ketuban sebelum usia kehamilan 37 minggu)
- b) Kekurangan oksigen dalam darah sekitar waktu persalinan
- c) Infeksi, seperti infeksi seluruh tubuh (sepsis), pneumonia, atau meningitis
- d) Kejang
- e) Cerebral palsy
- f) Kematian

6. Distosia bahu

Distosia bahu terjadi ketika salah satu bahu janin tersangkut pada tulang kemaluan atau sakrum ibu hamil selama persalinan, dan bayi tersebut terjebak di jalan lahir. Pada distosia bahu, kepala janin keluar tetapi bahunya tersangkut pada tulang kemaluan atau sakrum ibu. Akibatnya, kepala sedikit tertarik ke belakang ke dalam vagina. Bayi tidak dapat bernapas karena jalan lahir memberi tekanan pada dada dan tali pusar. Akibatnya, kadar oksigen dalam darah bayi menurun, dan ada risiko

cedera atau kematian. Distosia bahu meningkatkan risiko masalah dan kematian pada bayi baru lahir. Tulang bayi baru lahir dapat patah selama persalinan, dan pleksus brakialis (jaringan saraf yang mengirimkan sinyal dari sumsum tulang belakang ke bahu, lengan, dan tangan) dapat cedera. Wanita hamil juga lebih mungkin mengalami masalah seperti (Moldenhauer, J., 2024):

- a. Perdarahan berlebihan saat melahirkan (perdarahan postpartum)
- b. Robekan di area antara lubang vagina dan anus
- c. Cedera otot di area genital dan saraf di selangkangan
- d. Pemisahan tulang kemaluan.

7. Gawat janin

Gawat janin mengacu pada tanda-tanda sebelum dan selama persalinan yang menunjukkan bahwa janin tidak sehat. Gawat janin adalah komplikasi persalinan yang jarang terjadi. Biasanya terjadi ketika janin tidak menerima cukup oksigen. Gawat janin dapat terjadi ketika (Moldenhauer, J., 2024):

- a. Kehamilan berlangsung terlalu lama (postmaturitas).
- b. Komplikasi kehamilan atau persalinan lainnya (seperti persalinan sulit atau cepat) terjadi.

8. Prolaps tali pusat

Prolaps tali pusat berarti tali pusat keluar mendahului bayi melalui vagina. Ketika tali pusat mengalami prolaps, tubuh janin dapat menekan tali pusat dan dengan demikian memutuskan suplai darah ke janin. Komplikasi yang jarang terjadi ini dapat terlihat jelas (terlihat) atau tidak terlihat (tersembunyi) (Moldenhauer, J., 2024).

- a. Prolaps yang terlihat jelas

Prolaps yang terlihat jelas berarti tali pusat yang mengalami prolaps dapat dilihat oleh dokter. Pada prolaps yang terlihat jelas, selaput ketuban telah pecah, dan tali pusat menonjol ke dalam atau keluar dari vagina sebelum bayi keluar. Prolaps yang terlihat jelas biasanya terjadi ketika bayi keluar dengan kaki atau bokong terlebih dahulu (presentasi sungsang). Tetapi

hal ini dapat terjadi ketika bayi keluar dengan kepala terlebih dahulu, terutama jika selaput ketuban pecah sebelum waktunya atau janin belum bergerak ke bawah ke panggul wanita. Jika janin belum bergerak ke bawah, aliran cairan saat selaput ketuban pecah dapat membawa tali pusat keluar mendahului janin.

b. Prolaps okultus

Pada prolaps okultus, tali pusat tidak terlihat, tetapi tertekan, biasanya oleh bahu atau kepala. Selaput ketuban utuh, dan tali pusat berada di depan atau di samping janin atau terjebak di depan bahu janin. Biasanya, prolaps okultus dapat diidentifikasi melalui pola abnormal pada detak jantung janin.

9. Ruptur uteri

Ruptur uteri adalah robekan pada uterus di akhir kehamilan atau selama persalinan, yang biasanya terjadi pada wanita yang pernah menjalani operasi uterus sebelumnya (seperti operasi caesar sebelumnya). Ruptur uterus dapat menyebabkan janin mengambang di dalam rongga perut. Ruptur uterus sangat jarang terjadi. Ini adalah keadaan darurat yang membutuhkan penanganan segera. Ruptur menyebabkan nyeri hebat dan terus-menerus di perut ibu hamil dan detak jantung janin yang abnormal lambat (Moldenhauer, J., 2024).

10. Asfiksia

Saat bayi lahir, saat itulah petugas persalinan harus melakukan penilaian yang sangat cepat terhadap kondisi bayi baru lahir untuk memutuskan apakah bayi tersebut membutuhkan bantuan pernapasan. Dalam beberapa detik, petugas harus mampu mengidentifikasi tanda-tanda bahaya umum pada bayi baru lahir agar dapat segera dilakukan intervensi untuk melindunginya dari komplikasi serius, atau bahkan kematian, karena bayi tersebut tidak dapat memperoleh cukup oksigen ke dalam tubuhnya. Asfiksia (kekurangan oksigen) di dalam rahim disebabkan oleh pasokan oksigen yang tidak memadai dari darah ibu

atau masalah pada plasenta. Asfiksia neonatal terutama disebabkan oleh kegagalan bayi baru lahir untuk bernapas setelah lahir, atau jantungnya gagal memompa cukup darah ke paru-paru untuk pertukaran gas, atau memiliki kadar hemoglobin rendah (anemia) sehingga tidak dapat mengirimkan cukup oksigen ke seluruh tubuh. Bayi yang tidak dapat bernapas tidak dapat menjalani kehidupan mandiri di luar ibu (Berhan, Y., *et al*, 2023).

DAFTAR PUSTAKA

- Yunika, R.P., Ulya, Y., Herlina, S.M. (2025). Identification of problems in the 1st stage of labor. STIKES Yarsi Mataram
- Berhan, Y., Davey, B., Gebrehiwot, Y., et al. (2023). Labor and delivery care: Blended Learning Module for the Health Extension Programme. Federal Democratic Republic of Ethiopia Ministry of Health
- Jamalzehi, A., Eslahi, H., et al. (2023). Pregnancy complications and their relationship with neonatal complications in mothers referring to healthcare centers in South East of Iran. Research article: Health Scope.
- Moldenhauer, J. (2024). Introduction to complications of labor and delivery. Children's hospital of Philadelphia.

BIODATA PENULIS



Bdn Anita Lontaan, S.Pd, S.Tr. Keb, M.Kes lahir di Manado, 31 Maret 1965. Menyelesaikan pendidikan S1 Pendidikan di Universitas Negeri Manado dan melanjutkan S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat peminatan Kesehatan Ibu dan Anak Universitas Gadjah Mada. Menyelesaikan Pendidikan Diploma IV Kebidanan dan Pendidikan Profesi Bidan di Universitas Kadiri. Sampai saat ini penulis sebagai dosen tetap pada Program Studi Diploma 3 Keperawatan Poltekkes Kemenkes Manado. Aktif dalam organisasi Ikatan Bidan Indonesia, masa bakti tahun 2013 s.d tahun 2018, sebagai sekretaris Pengurus Daerah Ikatan Bidan Indonesia Provinsi Sulawesi Utara, masa bakti tahun 2018 s. d tahun 2023, sebagai wakil ketua 1 Pengurus Daerah Ikatan Bidan Indonesia Provinsi Sulawesi Utara.

BAB 12 | Persalinan dengan Intervensi Medis

Ismi Nur Khasanah, S.ST., M.Keb

A. Pendahuluan

Persalinan merupakan proses fisiologis yang umumnya berlangsung secara spontan dan alami. Namun, tidak semua persalinan berjalan sesuai mekanisme normal. Berbagai faktor seperti kelainan kontraksi, kondisi medis ibu, gangguan kesejahteraan janin, maupun komplikasi obstetri dapat menyebabkan persalinan berisiko tinggi. Dalam kondisi tersebut, intervensi medis diperlukan sebagai bagian dari pelayanan kebidanan dan obstetri untuk menjamin keselamatan ibu dan bayi (World Health Organization [WHO], 2018).

Persalinan dengan intervensi medis merupakan komponen penting dalam praktik kebidanan modern yang berbasis pada evidence-based practice. Intervensi ini tidak bertujuan menghilangkan proses alami persalinan, melainkan membantu, mengoreksi, atau mengakhiri persalinan ketika proses fisiologis tidak dapat berlangsung secara optimal. Oleh karena itu, pemahaman yang komprehensif mengenai pengertian, tujuan, serta jenis-jenis intervensi medis sangat penting bagi bidan dan tenaga kesehatan agar tindakan yang diberikan tepat indikasi, aman, serta tetap menghormati hak dan pengalaman persalinan ibu (Lowdermilk et al., 2020).

B. Persalinan dengan Intervensi Medis

1. Pengertian Persalinan dengan Intervensi Medis

Persalinan dengan intervensi medis adalah proses persalinan yang melibatkan tindakan medis tertentu untuk memulai, mempercepat, memantau, mengurangi nyeri, atau menyelesaikan persalinan karena adanya indikasi

medis pada ibu dan/atau janin. Intervensi ini dilakukan berdasarkan pertimbangan klinis yang terstandar dan bertujuan mencegah komplikasi lebih lanjut (Cunningham et al., 2022).

Intervensi medis dapat bersifat non-invasif maupun invasif, mulai dari pemantauan ketat hingga tindakan operatif seperti operasi sesar. Setiap intervensi harus didasarkan pada indikasi yang jelas serta disertai informed consent sebagai bagian dari praktik kebidanan yang beretika dan berpusat pada perempuan (woman-centered care) (ACOG, 2020).

2. Tujuan Persalinan dengan Intervensi Medis

Tujuan dilakukannya persalinan dengan intervensi medis meliputi :

- a. Menjaga keselamatan ibu dan janin
Intervensi bertujuan mencegah risiko serius seperti asfiksia janin, perdarahan postpartum, infeksi, dan ruptur uterus (WHO, 2018).
- b. Mengatasi gangguan kemajuan persalinan
Membantu persalinan yang mengalami hambatan seperti kontraksi tidak adekuat atau pembukaan serviks yang lambat (Cunningham et al., 2022).
- c. Mengurangi angka morbiditas dan mortalitas
Baik pada ibu maupun bayi melalui tindakan tepat waktu dan sesuai indikasi (Lowdermilk et al., 2020).
- d. Mengurangi nyeri dan stres persalinan
Dengan pemberian analgesi atau anestesi yang aman sehingga ibu dapat menjalani persalinan dengan lebih nyaman (Anim-Somuah et al., 2018).
- e. Mengoptimalkan luaran persalinan
Menjamin bayi lahir dalam kondisi optimal dan ibu pulih dengan baik pada masa nifas.

3. Macam – macam Persalinan dengan Intervensi Medis

- a. Induksi Persalinan
Induksi persalinan adalah tindakan untuk merangsang kontraksi uterus sebelum persalinan spontan dimulai, dengan tujuan mengakhiri kehamilan demi keselamatan ibu dan/atau janin.

Metode induksi meliputi:

- Pemberian prostaglandin,
Pemberian prostaglandin adalah metode farmakologis untuk mematangkan serviks (cervical ripening) dan merangsang kontraksi uterus sebelum persalinan spontan. Prostaglandin dapat diberikan intravaginal atau oral, dan bekerja dengan melunakkan kolagen serviks serta meningkatkan kontraksi uterus. Metode ini biasanya digunakan pada wanita dengan serviks belum siap, kehamilan postterm, atau preeklamsia ringan, dengan pemantauan ketat terhadap kontraksi dan denyut jantung janin untuk menghindari komplikasi seperti hiperstimulasi uterus atau distres janin.
- Oksitosin intravena,
Oksitosin intravena diberikan untuk merangsang kontraksi uterus secara langsung, baik sebagai induksi maupun augmentasi persalinan. Hormon ini meningkatkan frekuensi dan kekuatan kontraksi uterus, mempercepat kemajuan persalinan, dan biasanya diberikan bila serviks sudah cukup matang. Dosis oksitosin harus dititiasi secara hati-hati dengan pemantauan kontinu CTG dan kontraksi uterus, karena penggunaan yang berlebihan dapat menyebabkan hiperstimulasi uterus, ruptur uterus, atau distres janin.
- Metode mekanik seperti kateter balon serviks
Metode mekanik menggunakan kateter balon (Foley catheter) untuk memberi tekanan pada internal os serviks, sehingga merangsang pelepasan prostaglandin endogen dan mematangkan serviks secara alami. Kateter balon dibiarkan 12–24 jam atau sampai keluar sendiri, dan dapat dikombinasikan dengan oksitosin intravena bila kontraksi tidak adekuat. Metode ini aman, minim risiko hiperstimulasi, dan cocok digunakan pada wanita dengan serviks belum

matang atau risiko tinggi jika diberikan farmakologis.

(ACOG, 2020; WHO, 2018).

Indikasi Medis Induksi Persalinan

Induksi persalinan tidak dilakukan secara rutin, tetapi berdasarkan indikasi medis yang jelas, antara lain:

- 1) Kehamilan Postterm (≥ 42 minggu)
Risiko postterm meliputi insufisiensi plasenta, penurunan cairan ketuban, dan asfiksia janin.
- 2) Ketuban Pecah Dini (KPD)
KPD meningkatkan risiko infeksi intrauterin (korioamnionitis) bila persalinan tidak segera terjadi.
- 3) Preeklamsia dan Hipertensi dalam Kehamilan
Kehamilan perlu diakhiri untuk mencegah komplikasi berat seperti eklampsia dan sindrom HELLP.
- 4) Diabetes Gestasional atau Penyakit Sistemik Ibu
Untuk mencegah komplikasi maternal dan janin.
- 5) Gangguan Pertumbuhan Janin (IUGR)
Ketika lingkungan intrauterin tidak lagi optimal bagi janin.

b. Augmentasi Persalinan

Augmentasi persalinan merupakan tindakan untuk meningkatkan kekuatan dan frekuensi kontraksi pada persalinan yang sudah dimulai tetapi tidak adekuat. Tindakan ini bertujuan memperbaiki kemajuan persalinan dan mencegah partus lama.

Contoh Tindakan augmentasi meliputi:

- Pemberian oksitosin drip,
 - Amniotomi
- (Cunningham et al., 2022).

c. Pemantauan Medis Selama Persalinan

Pemantauan dilakukan untuk menilai kondisi ibu dan janin selama proses persalinan.

Pemantauan meliputi:

- Kardiotokografi (CTG),
- Pemantauan tanda vital ibu,

- Partograf untuk kemajuan persalinan (Malin et al., 2017).
- d. Analgesi dan Anestesi Persalinan
Analgesi dan anestesi bertujuan mengurangi nyeri persalinan tanpa membahayakan ibu dan janin.
Jenis analgesi/anestesi meliputi:
 - Epidural,
 - Analgesi sistemik,
 - Blok pudendal
 (Anim-Somuah et al., 2018).
- e. Persalinan Operatif
Persalinan operatif dilakukan apabila persalinan pervaginam tidak memungkinkan atau berisiko tinggi.
Jenis persalinan operatif meliputi:
 - Ekstraksi vakum,
 - Forceps,
 - Operasi sesar (sectio caesarea)
 (Cunningham et al., 2022).

C. Peran Bidan dalam Penangan Persalinan dengan Intervensi Medis

Bidan memiliki peran strategis dalam memastikan bahwa persalinan dengan intervensi medis dilakukan secara aman, efektif, dan beretika. Intervensi medis pada persalinan harus berlandaskan pada prinsip woman-centered care, keselamatan ibu dan bayi, serta praktik berbasis bukti (evidence-based practice) (World Health Organization [WHO], 2018).

1. Peran Bidan dalam Penilaian Awal dan Deteksi Dini
Bidan berperan melakukan asesmen komprehensif terhadap ibu dan janin sejak awal persalinan, meliputi:
 - Riwayat kehamilan dan persalinan sebelumnya
 - Pemeriksaan fisik ibu dan tanda vital
 - Penilaian kemajuan persalinan menggunakan partograf
 - Pemantauan denyut jantung janin
 Deteksi dini terhadap tanda penyulit seperti persalinan lama, kontraksi tidak adekuat, atau tanda distress janin memungkinkan bidan mengambil keputusan cepat terkait

perlunya intervensi medis atau rujukan (Lowdermilk et al., 2020).

2. Peran Bidan dalam Pelaksanaan dan Pengawasan Intervensi Medis

Bidan berperan aktif dalam pelaksanaan intervensi medis sesuai kewenangan dan standar praktik, antara lain:

- Pemberian dan pengawasan oksitosin sesuai protokol
- Pemantauan respon ibu dan janin selama induksi atau augmentasi
- Pengawasan efek samping intervensi seperti hiperstimulasi uterus
- Membantu prosedur medis seperti pemasangan CTG atau persiapan tindakan operatif

Bidan memastikan bahwa intervensi dilakukan sesuai indikasi, dosis, dan prosedur yang aman. Pengawasan ketat ini penting untuk mencegah komplikasi serius selama persalinan (Cunningham et al., 2022).

3. Peran Bidan dalam Pemantauan Ibu dan Janin

Bidan memiliki peran utama dalam melakukan pemantauan berkelanjutan terhadap kondisi ibu dan janin selama persalinan dengan intervensi medis. Pemantauan dilakukan melalui :

- Denyut jantung janin (CTG/intermiten)
- Frekuensi, durasi, dan kekuatan kontraksi
- Tanda vital ibu
- Kondisi psikologis ibu

Pemantauan ini bertujuan untuk segera mengenali komplikasi dan mengambil tindakan korektif secara cepat (Malin et al., 2017).

4. Peran Bidan dalam Edukasi dan Informed Consent

Bidan berperan penting dalam:

- Memberikan edukasi kepada ibu dan keluarga mengenai alasan intervensi
- Menjelaskan prosedur, manfaat, dan risiko intervensi medis
- Mendukung ibu dalam pengambilan keputusan berbasis informasi

- Memastikan informed consent dipahami dan dihormati

Komunikasi yang efektif antara bidan dan ibu terbukti meningkatkan kepuasan dan pengalaman persalinan yang positif (WHO, 2018).

5. Peran Bidan dalam Pendampingan dan Dukungan Emosional

Intervensi medis seringkali menimbulkan kecemasan dan ketakutan pada ibu. Bidan berperan sebagai:

- Pendamping emosional selama persalinan
- Pemberi motivasi dan rasa aman
- Fasilitator kenyamanan ibu (posisi, teknik napas, relaksasi)

Pendampingan berkelanjutan oleh bidan terbukti dapat mengurangi intervensi tambahan dan meningkatkan hasil persalinan (Hodnett et al., 2013).

6. Peran Bidan dalam Kolaborasi Interprofesional

Bidan bekerja sama dengan:

- Dokter spesialis obstetri dan ginekologi
- Dokter anestesi
- Perawat dan tenaga kesehatan lain

Kolaborasi ini penting dalam pengambilan keputusan klinis, pelaksanaan tindakan operatif, serta penanganan komplikasi obstetri untuk menjamin keselamatan ibu dan bayi (International Confederation of Midwives [ICM], 2014).

7. Peran Bidan dalam Pencegahan Komplikasi dan Keselamatan Pasien

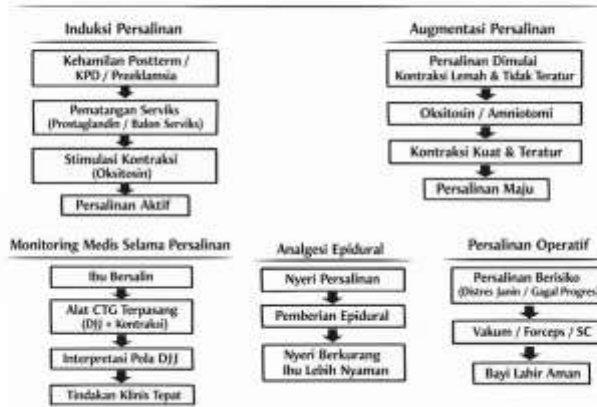
Bidan berperan menjaga keselamatan ibu dan bayi dengan:

- Mencegah kesalahan pemberian obat
- Mengidentifikasi tanda bahaya secara cepat
- Melakukan tindakan awal kegawatdaruratan
- Mengatur rujukan bila diperlukan

Penerapan prinsip keselamatan pasien (patient safety) merupakan bagian integral dari praktik kebidanan profesional (ACOG, 2020).

8. Peran Bidan dalam Asuhan Pascapersalinan
Setelah persalinan dengan intervensi medis, bidan bertanggung jawab untuk:
 - Memantau kondisi ibu dan bayi
 - Mencegah komplikasi nifas
 - Mendukung inisiasi menyusui dini (IMD)
 - Memberikan edukasi perawatan pascapersalinanAsuhan berkelanjutan ini penting untuk mencegah komplikasi pascapersalinan dan meningkatkan kesejahteraan ibu dan bayi (Lowdermilk et al., 2020).
9. Peran Bidan dalam Dokumentasi dan Evaluasi
Bidan melakukan dokumentasi lengkap dan akurat terkait:
 - Indikasi intervensi medis
 - Proses dan hasil tindakan
 - Kondisi ibu dan bayi
 - Evaluasi asuhan kebidananDokumentasi ini berfungsi sebagai alat komunikasi antar tenaga kesehatan, bukti legal, serta dasar evaluasi mutu pelayanan kebidanan (Varney et al., 2018).
10. Peran Bidan dalam Etika dan Advokasi Ibu
Sebagai advokat ibu, bidan berperan melindungi hak, martabat, dan pilihan ibu selama persalinan. Bidan mendorong praktik persalinan yang humanis, meminimalkan intervensi yang tidak perlu, serta memastikan bahwa setiap tindakan dilakukan sesuai prinsip etika profesi kebidanan (ICM, 2014).

Persalinan dengan Intervensi Medis: Skema Alur Tindakan Kebidanan



Gambar 1. Skema Alur Tindakan Persalinan dengan Intervensi Medis

DAFTAR PUSTAKA

- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). *Practice bulletin no. 107: Induction of labor*. ACOG.
- Anim-Somuah, M., Smyth, R. M. D., & Cyna, A. M. (2018). Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5), CD000331.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD000331.pub4>
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2013). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7), CD003766.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub5>
- International Confederation of Midwives. (2014). International definition of the midwife. ICM.
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Spong, C. Y. (2022). *Williams obstetrics* (26th ed.). McGraw-Hill Education.
- Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., Cashion, K., & Alden, K. R. (2020). *Maternity and women's health care* (12th ed.). Elsevier.
- Malin, G. L., Morris, R. K., & Khan, K. S. (2017). Strength of association between umbilical cord pH and perinatal and long term outcomes: Systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 356, i6407.
<https://doi.org/10.1136/bmj.i6407>
- Varney, H., Kriebs, J. M., & Geger, C. L. (2018). *Varney's midwifery* (5th ed.). Jones & Bartlett Learning.
- World Health Organization. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. WHO Press.

BIODATA PENULIS



Ismi Nur Khasanah, S.ST., M.Keb lahir di Sleman, pada 17 Oktober 1991. Menyelesaikan pendidikan D3 dan D4 di Stikes 'Aisyiyah Yogyakarta S2 di Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Karya Husada Yogyakarta.

BAB 13

Persalinan Normal Fisiologis

Nurlama Siregar S.Kep,Ns,M.Kes

A. Pendahuluan

Persalinan normal fisiologis merupakan proses fisiologis alami pengeluaran janin, plasenta, dan selaput ketuban dari uterus melalui jalan lahir vagina secara spontan pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), dengan presentasi belakang kepala, berlangsung kurang dari 18-24 jam, serta tidak menimbulkan komplikasi pada ibu maupun bayi (Aviva, 2025). Proses ini dimulai dengan kontraksi uterus ritmis yang menyebabkan dilatasi serviks secara bertahap melalui empat kala: kala I (pembukaan 1-10 cm, fase laten <4 cm hingga 8 jam dan aktif), kala II (pengeluaran janin), kala III (plasenta), serta kala IV (observasi postpartum 2 jam) (Manuaba dalam webviva, 2025). Persalinan normal fisiologis mendukung adaptasi tubuh ibu tanpa intervensi medis seperti induksi atau forceps, sesuai definisi WHO untuk kelahiran vaginal spontan dengan bayi sehat

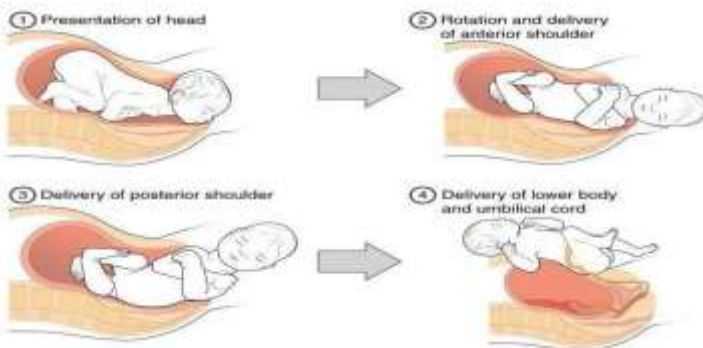
Penyebab persalinan normal fisiologis melibatkan beberapa teori utama seperti penurunan kadar progesteron akibat perubahan villi koriales yang meningkatkan kerentanan rahim terhadap kontraksi, teori oksitosin, keregangan otot rahim, Fetal Endocrine Control Theory (sekresi kortikosteroid janin), serta prostaglandin (Wahyuni, 2023). Faktor yang memengaruhi proses ini mencakup power (kekuatan kontraksi uterus dan mengejan ibu), passenger (ukuran, posisi, dan presentasi janin seperti vertex), passage (panggul ibu dan jalan lahir), serta psyche (kondisi psikologis ibu) (Manuaba, 2007). Mekanisme utama meliputi penurunan kepala janin ke pintu

atas panggul (engagement), descent, fleksi, internal rotasi, ekstensi, rotasi restitusi, dan expulsion, yang memastikan kelahiran aman tanpa cedera.

B. Konsep persalinan normal fisiologis

1. Definisi persalinan normal fisiologis

Persalinan normal fisiologis adalah mekanisme alamiah tubuh ibu untuk mengeluarkan janin, plasenta, serta selaput ketuban lewat jalur vagina secara mandiri dan spontan, khususnya pada usia kehamilan matang antara 37 hingga 42 minggu, di mana janin berada dalam posisi vertex atau belakang kepala, tenaga dorong sepenuhnya berasal dari ibu tanpa alat bantu medis, durasi total tidak melebihi 24 jam dengan rata-rata 18 jam untuk ibu pertama kali melahirkan (primigravida), dan seluruh proses berjalan lancar tanpa menimbulkan cedera atau gangguan kesehatan bagi ibu maupun bayi. Proses ini terbagi menjadi empat tahap krusial yang saling terkait: kala pertama melibatkan pembukaan serviks dari 1 hingga 10 cm yang dibagi menjadi fase laten (0-3 cm selama maksimal 8 jam) dan fase aktif (4-10 cm dengan percepatan dilatasi), kala kedua fokus pada pengeluaran janin yang idealnya tidak lebih dari 2 jam pada primigravida, kala ketiga menangani pelepasan plasenta dalam rentang 5-30 menit, serta kala keempat mencakup pengamatan pasca kelahiran selama 1-2 jam untuk memastikan pemulihan fisiologis awal (Aviva, 2025, Jurnal Innovative).



Gambar 1. Tahapan Persalinan Normal (Kala I-IV)

Persalinan normal fisiologis dapat dibedakan secara tegas dari persalinan yang menyimpang atau patologis melalui parameter utama seperti kematangan janin dengan berat lahir ideal 2500-4000 gram, dimulainya kontraksi secara alami tanpa stimulasi eksternal, serta rangkaian gerakan kardinal janin yang harmonis mencakup engagement di mana kepala janin turun ke inlet panggul, dilanjutkan descent atau penurunan lebih lanjut, fleksi kepala untuk menyesuaikan bentuk, internal rotasi agar sejajar dengan diameter panggul, ekstensi saat keluar, restitusi untuk pemulihan posisi bahu, hingga expulsion lengkap janin (Manuaba, 2025, Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan). Pada wanita primigravida, tahap engagement kerap terjadi menjelang akhir trimester ketiga sebagai persiapan, sedangkan pada multigravida justru dimulai di awal kala pertama, didukung kontraksi uterus yang berirama dengan tekanan meningkat dari 10-30 mmHg awal menjadi 50-75 mmHg puncak untuk mempercepat dilatasi serviks secara efisien.

Dalam praktik klinis, persalinan normal fisiologis mengharuskan pengawasan ketat menggunakan partograf sebagai alat deteksi dini penyimpangan dari norma, dimulai dari tanda-tanda pendahuluan seperti keluarnya show berupa lendir bercampur darah, pecahnya selaput ketuban secara alami, serta kontraksi reguler setiap 5-10 menit yang progresif hingga serviks terbuka penuh 10 cm, dengan penekanan asuhan kebidanan pada kebebasan posisi ibu, pemenuhan cairan tubuh yang cukup, dan pendampingan emosional untuk mempertahankan alur fisiologis optimal (Jurnal Kebidanan Terkini, 2025). Pendekatan ini memungkinkan 95% kasus persalinan berjalan tanpa hambatan jika monitoring dilakukan secara tepat waktu.

Definisi komprehensif ini didasarkan pada temuan empiris dari publikasi jurnal kebidanan Indonesia mutakhir tahun 2025, termasuk Jurnal Kebidanan Khatulistiwa dan Jurnal Penelitian Perawat Profesional, yang secara konsisten menjamin hasil terbaik bagi kesehatan ibu dan bayi melalui model asuhan yang berorientasi pada proses fisiologis dan berpusat pada kebutuhan ibu (Rohman, 2025).

2. Penyebab persalinan normal fisiologis

Penyebab persalinan normal fisiologis melibatkan interaksi kompleks hormonal dan mekanis yang memicu kontraksi uterus spontan pada kehamilan cukup bulan, utamanya penurunan kadar progesteron relatif terhadap estrogen 1-2 minggu sebelum partus, sekresi oksitosin dari hipofisis posterior ibu, serta produksi prostaglandin dari membran ketuban, amnion, dan decidua yang melembutkan serta mendilatasi serviks secara bertahap (Manuaba, 2025 dalam Jurnal Kebidanan Khatulistiwa). Teori keregangan otot rahim (Cox) terjadi akibat penuhan janin yang meregangkan miometrium dan serviks, sementara Fetal Endocrine Control Theory menjelaskan peran kortikosteroid janin yang merangsang prostaglandin, ditambah hipoksia fisiologis sementara pada korpus uteri yang meningkatkan eksitabilitas kontraksi ritmis. Faktor pendukung seperti power kontraksi efektif, passenger janin ideal (vertex 2500-4000 gram), passage panggul adekuat, dan psyche ibu stabil memastikan proses alami tanpa induksi.

Penyebab utama persalinan normal fisiologis adalah:

- a. Penurunan progesteron-estrogen: Hormon progesteron menurun secara relatif 1-2 minggu pra-partus akibat perubahan villi korioales, menghilangkan inhibisi relaksasi rahim sehingga miometrium rentan terhadap kontraksi oksitosin, memulai fase laten kala I.
- b. Sekresi oksitosin dan prostaglandin: Oksitosin dilepaskan dari hipofisis posterior ibu merangsang kontraksi ritmis, sementara prostaglandin (PGE₂, PGF_{2α}) dari amnion, decidua, dan serviks menyebabkan effacement serviks dan dilatasi awal hingga 3 cm.
- c. Keregangan korpus uteri dan hipoksia: Peregangannya miometrium oleh janin penuh (teori Cox) plus iskemia sementara korpus uteri saat kontraksi menciptakan hipoksia lokal yang meningkatkan eksitabilitas sel miometrium, mempercepat propagasi kontraksi ke segmen bawah.

- d. Fetal Endocrine Control Theory: Kortikosteroid janin (kortisol) merangsang produksi prostaglandin dari membran ketuban, memicu maturasi paru janin dan inisiasi kontraksi korpus uteri secara sinkron.
- e. Perubahan osmotik dan hormon relaxin: Peningkatan osmolalitas koloid rahim plus relaxin dari korpus luteum melembutkan simfisis pubis dan ligamen panggul, memfasilitasi descent janin.
- f. Uteroplacental insufficiency sementara: Hipoksia fisiologis saat kontraksi mengurangi aliran darah plasenta 60%, memicu pelepasan katekolamin dan endorfin yang memperkuat propagasi kontraksi.
- g. Feedback positif oksitosin: Kontraksi awal meregangkan serviks (teori Ferguson), merangsang refleks oksitosin tambahan dari hipofisis untuk mempercepat fase aktif dilatasi.
- h. Faktor 4P pendukung: Power (kontraksi 50-75 mmHg, mengejan efektif), passenger (janin vertex longitudinal 2500-4000g), passage (panggul ginekoid >80 cm lingkar), psyche (psikologis tenang tanpa kecemasan berlebih) memastikan mekanisme kardinal berjalan lancar.

3. Penatalaksanaan persalinan normal fisiologis

Penatalaksanaan persalinan normal fisiologis mengikuti prinsip minimal intervensi sesuai pedoman Kemenkes RI dan WHO, dimulai dengan pemantauan partograf pada kala I untuk memastikan dilatasi serviks progresif (fase laten ≤ 8 jam primigravida, aktif 1 cm/jam), kontraksi 3-5/10 menit, serta vital sign ibu-janin normal, sambil mendorong posisi bebas, hidrasi oral, dan dukungan emosional kontinu. Pada kala II, anjurkan ibu meneran spontan saat dorongan kuat terasa, periksa crowning ≥ 5 cm, lepaskan lilitan tali pusat jika ada, dan bantu kelahiran bahu dengan manuver Ritgen minimal, diikuti kontak kulit ibu-bayi segera untuk ikatan bonding dan stimulasi menyusui.

Pada kala III-IV, tunggu kontraksi spontan untuk ekspulsi plasenta (≤ 30 menit), lakukan active management dengan

oksitosin 10 IU IM jika diindikasikan, periksa integritas plasenta, masase fundus uteri setiap 15 menit jam pertama, serta observasi perdarahan dan vital sign selama 2 jam postpartum sambil kateterisasi jika kandung kemih penuh. Pendekatan ini menjamin outcome maternal-perinatal optimal dengan intervensi seminimal mungkin, seperti pencegahan perdarahan postpartum melalui kontraksi uterus efektif.

4. Faktor yang mempengaruhi persalinan normal fisiologis

Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi persalinan normal fisiologis antara lain (Fitriyani dkk, 2024; Manuaba, 2025):

1. Passage



Jalan lahir terdiri dari panggul ibu (bagian tulang padat dengan inlet transvers >11 cm), dasar panggul (levator ani fleksibel), vagina elastis, dan introitus. Meskipun jaringan lunak khususnya lapisan otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi, tetapi panggul ginekoid proporsional (>80 cm lingkar) jauh lebih berperan dalam proses persalinan. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relatif kaku melalui mekanisme kardinal (Fitriyani dkk., 2024).

2. Power



His (kekuatan kontraksi uterus ritmis 50-75 mmHg) adalah kekuatan utama ibu yang menyebabkan dilatasi serviks dan mendorong janin ke bawah. Pada presentasi kepala, bila his sudah cukup kuat, kepala akan engagement ke rongga panggul. Ibu melakukan kontraksi involunter (uterus) dan volunter (mengejan) secara bersamaan pada kala II (Manuaba, 2025)

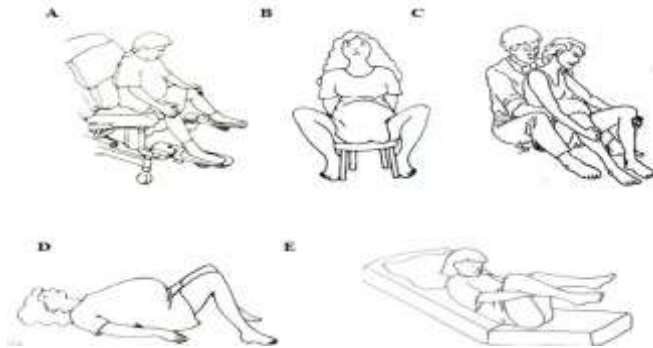
3. Passenger



Malpresentasi atau malformasi janin dapat mempengaruhi persalinan normal fisiologis (Fitriyani dkk, 2024). Pada faktor passenger, terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi yakni ukuran kepala janin (diameter biparietal 9.5 cm ideal), presentasi vertex longitudinal letak anterior, sikap fleksi, dan posisi okiput anterior. Karena plasenta juga harus melalui jalan lahir secara utuh, maka la

dianggap sebagai penumpang yang menyertai janin (Manuaba, 2025).

4. Position



Posisi ibu mempengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Posisi tegak (berdiri, berjalan, duduk, jongkok) memberi keuntungan seperti mengurangi nyeri, memperbaiki sirkulasi darah uterus-plasenta, dan memperkuat kontraksi gravitasi, sehingga mempercepat dilatasi dan descent janin (Fitriyani dkk., 2024).

5. Psyche (Psychologic Response)

Proses persalinan normal fisiologis menimbulkan ketegangan emosional bagi ibu dan keluarga; rasa takut atau kecemasan berlebih meningkatkan katekolamin yang menghambat kontraksi efektif dan memperlambat dilatasi. Dukungan emosional kontinu dari keluarga dan tenaga kesehatan mengurangi stres, mempercepat proses, dan mendukung ikatan ibu-bayi pasca kelahiran untuk outcome optimal (Manuaba, 2025),

DAFTAR PUSTAKA

- Aviva. (2025). Gambaran Intensitas Nyeri Persalinan dan Kecemasan. *Jurnal Innovative*. <https://j-innovative.org>
- Fitriyani, D., dkk. (2024). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Masa Persalinan*. Jawa Tengah: Penerbit Media Pustaka Indo
- Herlina, N., dkk. (2025). *Asuhan Kebidanan Persalinan (Teori dan Implementasi)*. Kota Jambi: PT. Sonpedia Publishing Indonesia
- Manuaba, I.B.G. (2025). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Persalinan*. Padang: Repo Unand
- Ma'rifah, U., dkk. (2022). *Asuhan Kebidanan Persalinan Dan Bayi Baru Lahir*. Malang: Rena Cipta Mandiri
- Merinda, Y., dkk. (2023). *Buku Ajar Asuhan Persalinan Kegawatdaruratan Kala I*. Jakarta: Mahakarya Citra Utama
- Mutmainnah, A., Johan, H., & Lloyd, S. (2021). *Asuhan Persalinan Normal dan Bayi Baru Lahir*. Yogyakarta: Penerbit Andi
- Namangdjabar, O.L., dkk. (2023). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan Normal & Bayi Baru Lahir*. Malang: Rena Cipta Mandiri
- Nasution, W.M., & Purwanti, M. (2024). *Asuhan Persalinan Normal*. Penerbit UMSU Press
- Rohman, A. (2025). *Jurnal Kebidanan Khatulistiwa*. Pontianak: Poltekkes Pontianak Jurnal Kebidanan Terkini. Current Midwifery Journal. HTP Publisher

BIODATA PENULIS



Nurlama Siregar S.Kep.Ns.M.Kes, lahir di Parau Sorat Sipirok , pada 22 Juli 1972. Menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan dan Profesi Ners Fakultas Keperawatan Universitas Indonesia dan S2 di Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara . Mulai dari 1995 Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Medan.

BAB 14

Persalinan pada Kondisi Khusus

*Yuniarti Ekasaputri Burhanuddin, S.S.T.,
M.Keb*

A. Pendahuluan

Persalinan merupakan proses fisiologis yang menandai akhir masa kehamilan dan menjadi peristiwa penting dalam siklus reproduksi perempuan. Pada sebagian besar kehamilan, persalinan dapat berlangsung secara normal tanpa komplikasi. Namun demikian, tidak semua persalinan berjalan dalam kondisi ideal. Sebagian ibu hamil mengalami kondisi tertentu yang dapat memengaruhi jalannya persalinan dan meningkatkan risiko terhadap ibu maupun bayi. Kondisi tersebut dikenal sebagai persalinan pada kondisi khusus.

Persalinan pada kondisi khusus sering kali berkaitan dengan adanya penyakit penyerta pada ibu, komplikasi obstetri, maupun kondisi janin yang memerlukan penatalaksanaan khusus. Keadaan ini menuntut bidan untuk memiliki kemampuan dalam melakukan pengkajian yang komprehensif, mengenali tanda bahaya secara dini, serta memberikan asuhan kebidanan yang tepat sesuai kewenangan dan standar praktik kebidanan. Kegagalan dalam mengenali dan menangani kondisi khusus dapat meningkatkan angka kesakitan dan kematian ibu serta bayi.

Peran bidan sangat penting dalam upaya menurunkan angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB). Bidan sebagai tenaga kesehatan terdepan harus mampu memberikan asuhan persalinan yang aman, bermutu, dan berbasis bukti, terutama pada persalinan dengan kondisi khusus. Oleh karena itu, pemahaman yang mendalam mengenai konsep, jenis, serta prinsip asuhan persalinan pada kondisi

khusus menjadi hal yang sangat penting dalam praktik kebidanan.

Bab ini membahas secara sistematis mengenai persalinan pada kondisi khusus, meliputi pengertian, jenis-jenis kondisi khusus dalam persalinan, serta prinsip asuhan kebidanan yang harus diterapkan. Diharapkan bab ini dapat menjadi pedoman bagi mahasiswa kebidanan dan bidan dalam memberikan asuhan persalinan yang aman dan berkualitas.

B. Persalinan pada Kondisi Khusus

1. Pengertian persalinan pada kondisi khusus

Persalinan pada kondisi khusus adalah proses persalinan yang terjadi pada ibu hamil dengan keadaan tertentu yang dapat meningkatkan risiko terjadinya komplikasi bagi ibu dan/atau janin. Kondisi khusus ini dapat berasal dari faktor maternal, faktor janin, maupun faktor obstetri yang muncul selama kehamilan atau persalinan. Keadaan tersebut memerlukan pemantauan yang lebih intensif serta penatalaksanaan yang sesuai dengan standar asuhan kebidanan.

Kondisi khusus dalam persalinan tidak selalu berarti persalinan harus dilakukan secara operatif, namun membutuhkan kewaspadaan tinggi dan kesiapan dalam menghadapi kemungkinan komplikasi. Menurut World Health Organization, persalinan berisiko tinggi memerlukan pengawasan ketat, deteksi dini komplikasi, dan penanganan yang tepat untuk menjamin keselamatan ibu dan bayi.

2. Faktor penyebab persalinan pada kondisi khusus

Persalinan pada kondisi khusus dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor, antara lain faktor ibu, janin, dan proses persalinan itu sendiri.

a. Faktor Ibu

Faktor ibu merupakan penyebab utama terjadinya persalinan pada kondisi khusus. Beberapa kondisi maternal yang dapat memengaruhi persalinan meliputi usia ibu yang terlalu muda atau terlalu tua,

paritas ekstrem (primigravida atau grandemultipara), serta adanya penyakit penyerta

1) Penyakit Penyerta Pada Ibu

Penyakit penyerta yang sering dijumpai pada ibu hamil antara lain hipertensi dalam kehamilan, preeklamsia, eklampsia, diabetes gestasional, anemia, penyakit jantung, dan infeksi. Kondisi-kondisi tersebut dapat memengaruhi kontraksi uterus, toleransi ibu terhadap proses persalinan, serta kesejahteraan janin.

Hipertensi dan preeklamsia, misalnya, dapat meningkatkan risiko kejang, perdarahan, dan gangguan perfusi plasenta. Oleh karena itu, persalinan pada ibu dengan penyakit penyerta memerlukan pemantauan ketat terhadap kondisi ibu dan janin serta kesiapan untuk melakukan rujukan apabila diperlukan.

2) Faktor Janin

Faktor janin juga berperan dalam terjadinya persalinan pada kondisi khusus. Kondisi janin yang tidak normal dapat mempersulit proses persalinan dan meningkatkan risiko komplikasi.

3) Faktor Proses Persalinan

Faktor proses persalinan meliputi kondisi yang muncul selama persalinan berlangsung dan dapat mengganggu kemajuan persalinan.

Kondisi seperti ketuban pecah dini meningkatkan risiko infeksi intrauterin dan memengaruhi kesejahteraan janin. Asuhan persalinan memerlukan pemantauan suhu ibu, denyut jantung janin, dan tanda-tanda infeksi (WHO, 2018).

3. Jenis Persalinan pada kondisi khusus

a. Persalinan pada Ibu dengan Gangguan Hipertensi dalam Kehamilan

Preeklamsia adalah hipertensi yang muncul setelah 20 minggu kehamilan, ditandai proteinuria atau

kerusakan organ, dan dapat berkembang menjadi eklampsia dengan kejang (Cunningham et al., 2022). Risiko meliputi perdarahan, kejang, dan gangguan perfusi plasenta (Lowdermilk et al., 2020).

Asuhan kebidanan: pemantauan tekanan darah, refleks patela, kesejahteraan janin, serta kesiapan rujukan (WHO, 2022).

b. Persalinan Pada Ibu dengan Diabetes Gestasional

Diabetes gestasional meningkatkan risiko makrosomia, distosia bahu, hipoglikemia neonatal, dan persalinan operatif (Lowdermilk et al., 2020).

Asuhan kebidanan: pemantauan glukosa darah ibu, observasi kemajuan persalinan, persiapan penanganan bayi baru lahir (Cunningham et al., 2022).

c. Persalinan dengan Ketuban Pecah Dini

Ketuban pecah dini adalah pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan, meningkatkan risiko infeksi dan prematuritas (WHO, 2018).

Asuhan kebidanan: pemantauan tanda infeksi, denyut jantung janin, dan induksi persalinan bila perlu (Prawirohardjo, 2020).

d. Persalinan dengan Kelainan Letak Janin

Kelainan letak seperti sungsang atau lintang dapat menyebabkan distosia persalinan (Lowdermilk et al., 2020).

Asuhan kebidanan: deteksi dini, rujukan bila persalinan pervaginam tidak memungkinkan (Cunningham et al., 2022).

e. Persalinan pada Kehamilan Ganda

Kehamilan ganda meningkatkan risiko partus lama, perdarahan postpartum, dan asfiksia neonatal (Lowdermilk et al., 2020).

Asuhan kebidanan: persiapan alat, tenaga, pemantauan intensif, kolaborasi interprofesional (WHO, 2022).

f. Persalinan pada Ibu dengan Anemia

Anemia menyebabkan ibu mudah lelah, risiko perdarahan, dan bayi dengan berat lahir rendah (Lowdermilk et al., 2020).

Asuhan kebidanan: pemantauan tanda vital, kesiapan penanganan perdarahan, terapi zat besi, edukasi nutrisi (Prawirohardjo, 2020).

g. Persalinan Postterm

Kehamilan >42 minggu meningkatkan risiko penurunan fungsi plasenta dan gawat janin (Cunningham et al., 2022).

Asuhan kebidanan: pemantauan DJJ, jumlah cairan ketuban, kesiapan induksi persalinan atau rujukan (WHO, 2018).

Tabel 1.Faktor RisikoPersalinan pada kondisi khusus

Faktor risiko	Contoh kondisi	Dampak Pada Persalinan
Usia ibu	<20 tahun atau >35 tahun	Partus lama, komplikasi
Penyakit penyerta	Preeklamsia, anemia	Perdarahan, kejang
Faktor janin	Sungsang, ganda	Distosia, asfiksia
Riwayat obstetric	SC berulang	Ruptur uteri

C. Prinsip Asuhan kebidanan pada persalinan kondisi khusus

1. Pengkajian Komperhensif

a. Pengkajian ibu dan janin

Pengkajian meliputi kondisi umum ibu, riwayat kehamilan, tanda vital, serta kesejahteraan janin. Penggunaan partograf sangat dianjurkan untuk memantau kemajuan persalinan, kekuatan dan frekuensi kontraksi, serta kondisi ibu dan janin secara berkesinambungan (World Health Organization [WHO], 2018).

Pengkajian kondisi ibu mencakup pemeriksaan tekanan darah, frekuensi nadi, pernapasan, suhu tubuh, status hidrasi, serta adanya keluhan seperti nyeri kepala, pandangan kabur, atau nyeri epigastrium yang dapat mengindikasikan komplikasi seperti preeklamsia (Cunningham et al., 2022). Riwayat kehamilan sebelumnya, riwayat persalinan, serta adanya penyakit penyerta juga perlu digali secara sistematis untuk menentukan tingkat risiko persalinan (Prawirohardjo, 2020).

Pengkajian kesejahteraan janin dilakukan melalui pemantauan denyut jantung janin, pergerakan janin, serta kondisi ketuban. Denyut jantung janin yang tidak normal dapat menjadi tanda awal terjadinya gawat janin dan memerlukan tindakan segera atau rujukan (Lowdermilk et al., 2020).

b. Pengkajian Psikologis dan Sosial ibu

Pengkajian psikologis ibu bertujuan untuk menilai tingkat kecemasan, ketakutan, dan kesiapan ibu dalam menghadapi persalinan. Kondisi psikologis yang tidak stabil dapat memengaruhi kemajuan persalinan dan meningkatkan risiko komplikasi (WHO, 2018).

Selain itu, pengkajian aspek sosial meliputi dukungan keluarga, pendamping persalinan, serta kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan. Dukungan keluarga yang adekuat dapat meningkatkan rasa aman dan kenyamanan ibu selama persalinan (Lowdermilk et al., 2020).

2. Pemantauan selama Persalinan

a. Pemantauan Kemajuan Persalinan

Pemantauan kemajuan persalinan dilakukan secara berkala menggunakan partograf. Partograf berfungsi sebagai alat untuk mendeteksi secara dini adanya penyimpangan dari proses persalinan normal, seperti partus lama atau distosia (WHO, 2018). Dengan pemantauan yang tepat, bidan dapat segera mengambil

keputusan yang diperlukan untuk mencegah terjadinya komplikasi.

b. Pemantauan tanda bahaya persalinan

Bidan harus mampu mengenali tanda bahaya selama persalinan, seperti perdarahan, kejang, demam, tekanan darah meningkat, atau denyut jantung janin yang tidak normal. Deteksi dini terhadap tanda bahaya sangat penting untuk mencegah morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi (Cunningham et al., 2022).

D. Pencegahan dan deteksi dini Komplikasi

1. Tindakan Pencegahan

Pencegahan komplikasi persalinan dilakukan melalui penerapan standar asuhan kebidanan, termasuk pencegahan infeksi, pemantauan ketat kondisi ibu dan janin, serta pemberian intervensi sesuai indikasi. Praktik kebersihan dan keselamatan pasien harus selalu diterapkan untuk mencegah infeksi nosokomial (WHO, 2022).

2. Edukasi

Edukasi kepada ibu dan keluarga mengenai proses persalinan, tanda bahaya, dan pentingnya kepatuhan terhadap anjuran tenaga kesehatan merupakan bagian penting dari pencegahan komplikasi. Keterlibatan keluarga dalam proses persalinan dapat membantu pengambilan keputusan yang cepat dan tepat.

E. Rujukan dan Kolaborasi

1. Indikasi dan Prosedur Rujukan

Rujukan dilakukan apabila kondisi ibu atau janin tidak memungkinkan untuk ditangani di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama. Indikasi rujukan meliputi kegawatdaruratan obstetri, kegagalan kemajuan persalinan, atau munculnya komplikasi yang memerlukan penanganan lanjutan (Cunningham et al., 2022).

2. Kolaborasi Interprofesional

Kolaborasi antara bidan, dokter, dan tenaga kesehatan lain sangat diperlukan dalam penatalaksanaan persalinan pada kondisi khusus. Komunikasi yang efektif dan

koordinasi yang baik akan meningkatkan keselamatan ibu dan bayi serta kualitas pelayanan kebidanan (WHO, 2022).



Gambar 1. Alur Asuhan Persalinan Pada Kondisi Khusus

DAFTAR PUSTAKA

- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Spong, C. Y. (2022). *Williams obstetrics* (26th ed.). McGraw-Hill Education.
- Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., Cashion, K., & Alden, K. R. (2020). *Maternity and women's health care* (12th ed.). Elsevier.
- Prawirohardjo, S. (2020). *Ilmu kebidanan*. PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- World Health Organization. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2022). *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. World Health Organization.

BIODATA PENULIS



Yuniarti Ekasaputri Burhanuddin, S.S.T., M.Keb lahir di Kendari, pada 07 Juni 1990. Menyelesaikan pendidikan DIV Bidan Pendidik di STIKES MEGA REZKY Makassar dan S2 Ilmu Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin. Sampai saat ini penulis aktif sebagai dosen pada Jurusan Keperawatan Universitas Sembilanbelas November Kolaka, dengan minat dan fokus pada bidang kebidanan serta kesehatan ibu dan anak.

A. Pendahuluan

Perkembangan teknologi kesehatan dalam dua dekade terakhir telah membawa transformasi besar dalam pelayanan kebidanan, khususnya pada proses persalinan. Persalinan yang sebelumnya sepenuhnya bergantung pada keterampilan klinis manual kini didukung oleh berbagai teknologi digital, sistem monitoring canggih, serta pendekatan berbasis data dan kecerdasan buatan. Transformasi ini bertujuan utama untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan bayi, meningkatkan mutu pelayanan, serta memberikan pengalaman persalinan yang aman, bermartabat, dan berpusat pada ibu (woman- centered care).

World Health Organization (WHO) menegaskan bahwa meskipun persalinan merupakan proses fisiologis alami, risiko komplikasi dapat terjadi secara tiba-tiba dan tidak terduga. Oleh karena itu, pemanfaatan teknologi modern dalam persalinan menjadi komponen penting dalam sistem pelayanan kesehatan maternal. Namun, WHO juga menekankan bahwa penggunaan teknologi harus bersifat rasional, proporsional, dan berbasis bukti ilmiah agar tidak menimbulkan over-medicalization pada persalinan normal (WHO, 2022).

Bagi profesi bidan, teknologi modern bukan sekadar alat, melainkan bagian dari kompetensi profesional yang harus dikuasai. Bidan dituntut mampu mengintegrasikan teknologi dengan keterampilan klinis, komunikasi terapeutik, dan nilai-nilai humanistik. Dengan demikian, asuhan persalinan tidak hanya aman secara klinis, tetapi juga memberikan pengalaman positif bagi ibu, bayi, dan keluarga.

B. Konsep dan landasan teori teknologi modern dalam persalinan

Teknologi modern dalam persalinan dapat didefinisikan sebagai penerapan inovasi medis, digital, dan bioteknologi yang digunakan untuk mendukung pemantauan, penilaian, pengambilan keputusan, serta penatalaksanaan persalinan secara komprehensif. Teknologi ini mencakup perangkat keras (hardware), perangkat lunak (software), serta sistem pendukung keputusan klinis yang berbasis data dan panduan praktik terkini. Secara teoretis, penggunaan teknologi dalam persalinan berlandaskan pada beberapa pendekatan utama, yaitu teori keselamatan pasien (patient safety theory), evidence-based practice, dan teori asuhan berpusat pada perempuan (woman-centered care). Ketiga pendekatan ini menekankan bahwa teknologi harus digunakan untuk meningkatkan keselamatan dan kualitas pelayanan, bukan menggantikan hubungan terapeutik antara bidan dan ibu.

Patient safety theory menempatkan teknologi sebagai alat untuk meminimalkan kesalahan manusia (human error) dan meningkatkan deteksi dini risiko klinis. Sementara itu, evidence-based practice memastikan bahwa setiap teknologi yang digunakan memiliki dasar ilmiah yang kuat. Adapun woman-centered care menegaskan bahwa keputusan penggunaan teknologi harus mempertimbangkan kebutuhan, kenyamanan, dan preferensi ibu.

C. Teknologi monitoring ibu dan janin

Monitoring ibu dan janin merupakan komponen krusial dalam asuhan persalinan. Tujuan utama monitoring adalah memastikan kesejahteraan janin, menilai kemajuan persalinan, serta mendeteksi dini tanda-tanda komplikasi.

Tabel 1. Perbandingan Teknologi Monitoring Persalinan Konvensional dan Modern

Aspek	Teknologi konvensional	Teknologi modern
Alat monitoring	Pinard fetoskop, observasi manual	CTG digital, doppler fetal nirkabel
Akurasi data	Bergantung keterampilan pemeriksa	Lebih objektif dan terdokumentasi
Mobilitas ibu	Terbatas	Lebih fleksibel dan mendukung mobilisasi
Dokumentasi	Manual (kertas)	Digital dan terintegrasi sistem
Deteksi dini risiko	Terbatas	Lebih cepat dan responsif

1. Cardiotocography (CTG)

Cardiotocography (CTG) merupakan teknologi monitoring elektronik yang merekam denyut jantung janin dan aktivitas kontraksi uterus secara simultan. CTG modern telah dilengkapi dengan sistem digital yang mampu menyimpan data secara kontinu, memvisualisasikan pola denyut jantung janin, serta membantu interpretasi klinis melalui algoritma analisis.

CTG merupakan alat penting dalam persalinan berisiko tinggi, seperti pada ibu dengan preeklamsia, diabetes gestasional, atau ketuban pecah dini. Namun, FIGO dan WHO juga mengingatkan bahwa interpretasi CTG harus dilakukan secara hati-hati dan oleh tenaga kesehatan yang terlatih, karena kesalahan interpretasi dapat meningkatkan angka intervensi obstetri yang tidak perlu (FIGO, 2023).

2. Doppler Fetal Nirkabel dan Mobilisasi Ibu



Gambar 1. Doppler fetal nirkabel dalam persalinan aktif yang memungkinkan ibu tetap bergerak selama pemantauan denyut jantung janin

Penggunaan doppler fetal nirkabel merupakan inovasi penting dalam mendukung persalinan fisiologis. Teknologi ini memungkinkan pemantauan denyut jantung janin tanpa membatasi posisi dan mobilitas ibu. Penelitian terbaru menunjukkan bahwa mobilisasi ibu selama persalinan dapat memperpendek durasi persalinan, mengurangi nyeri, serta meningkatkan kepuasan ibu terhadap pengalaman melahirkan (NICE, 2023).

D. Teknologi penilaian kemajuan persalinan

Penilaian kemajuan persalinan secara akurat sangat penting untuk mencegah persalinan lama dan komplikasi intrapartum.

1. Partograf Digital



Gambar 17.2 Tampilan partograf digital dengan sistem peringatan dini kemajuan persalinan

Partograf digital merupakan pengembangan dari partograf manual yang telah lama digunakan dalam praktik kebidanan. Partograf digital memungkinkan pencatatan data secara real-time, analisis otomatis, serta pemberian peringatan dini apabila kemajuan persalinan berada di luar batas normal. WHO (2021) melalui Labour Care Guide menekankan bahwa partograf digital berperan penting dalam meningkatkan kualitas pemantauan persalinan, terutama di fasilitas pelayanan kesehatan primer.

2. Artificial Intelligence (AI) dalam Prediksi Persalinan

Perkembangan kecerdasan buatan (Artificial Intelligence/AI) membuka peluang baru dalam pelayanan persalinan. AI mampu menganalisis data klinis ibu, riwayat obstetri, pola kontraksi, dan parameter janin untuk memprediksi risiko persalinan lama, kebutuhan tindakan operatif, serta kemungkinan

komplikasi intrapartum. Studi terkini menunjukkan bahwa sistem berbasis AI memiliki potensi besar dalam meningkatkan akurasi pengambilan keputusan klinis (Esteva et al., 2022).

E. Teknologi manajemen nyeri persalinan

Metode persalinan modern tidak hanya berfokus pada penggunaan alat dan teknologi digital, tetapi juga pada pendekatan manajemen nyeri yang lebih aman, efektif, dan berpusat pada ibu. Salah satu metode yang termasuk dalam persalinan modern adalah Intra Labor Analgesia (ILA), yang saat ini banyak digunakan di fasilitas kesehatan rujukan.

1. Metode Persalinan ILA (Intra Labor Analgesia)



Intra Labor Analgesia (ILA) merupakan salah satu uterus, dilatasi dan penipisan serviks, serta tekanan dan peregangan jaringan lunak pelvis oleh bagian terendah janin. Nyeri yang tidak terkelola dengan baik dapat memicu respon stres berupa peningkatan katekolamin, yang berdampak pada vasokonstriksi pembuluh darah uteroplasenta dan

berpotensi mengganggu kesejahteraan janin. Oleh karena itu, pengelolaan nyeri persalinan melalui pendekatan modern seperti ILA memiliki peran penting dalam menjaga stabilitas fisiologis ibu dan janin.

ILA bekerja dengan cara menghambat transmisi impuls nyeri dari uterus dan jalan lahir ke sistem saraf pusat melalui pemberian agen analgesik tertentu. Pendekatan modern ILA menggunakan prinsip dosis rendah (low-dose analgesia) yang bertujuan menurunkan nyeri tanpa menyebabkan hilangnya refleks motorik secara signifikan. Dengan demikian, ibu tetap mampu berpartisipasi aktif dalam proses persalinan, termasuk pada kala II saat mengejan.

Jenis-jenis ILA yang umum digunakan dalam praktik klinis meliputi analgesia epidural, analgesia spinal dosis rendah, serta kombinasi spinal-epidural (combined spinal-epidural/CSE). Epidural analgesia merupakan metode yang paling banyak digunakan, dengan pemberian obat anestesi lokal dan opioid dalam dosis rendah secara kontinu. Teknik patient-controlled epidural analgesia (PCEA) memungkinkan ibu mengontrol kebutuhan analgesianya sendiri dalam batas aman yang telah ditetapkan.

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2024) menyatakan bahwa ILA merupakan metode manajemen nyeri yang aman dan efektif selama persalinan, serta tidak terbukti meningkatkan risiko seksio sesarea maupun persalinan operatif apabila diberikan sesuai indikasi dan protokol. Studi sistematis juga menunjukkan bahwa ILA dapat meningkatkan kepuasan ibu terhadap pengalaman persalinan tanpa berdampak negatif yang signifikan pada luaran neonatal.

Meskipun demikian, penggunaan ILA memerlukan pemantauan ketat terhadap kondisi ibu dan janin. Efek samping yang mungkin terjadi antara lain hipotensi maternal, penurunan sensasi motorik sementara, serta perubahan pola kontraksi uterus. Oleh karena itu, kolaborasi antara bidan,

dokter spesialis obstetri dan ginekologi, serta dokter anestesi menjadi kunci keberhasilan penerapan ILA.

Dalam konteks asuhan kebidanan, bidan memiliki peran strategis dalam persalinan dengan ILA. Peran tersebut meliputi pemberian edukasi dan konseling kepada ibu dan keluarga mengenai pilihan manajemen nyeri, memastikan adanya informed consent, melakukan pemantauan kemajuan persalinan dan kesejahteraan janin, serta memberikan dukungan emosional dan psikologis selama proses persalinan. Bidan juga berperan penting dalam mendeteksi dini komplikasi dan melakukan koordinasi rujukan apabila diperlukan.

Penggunaan metode persalinan ILA harus tetap berlandaskan prinsip metode persalinan modern yang berfokus pada manajemen nyeri selama proses persalinan dengan tetap mempertahankan kesadaran ibu dan tidak menghambat mekanisme fisiologis persalinan. ILA berkembang seiring meningkatnya kebutuhan akan pelayanan persalinan yang aman, nyaman, dan berpusat pada ibu (*woman-centered care*), terutama di fasilitas pelayanan kesehatan sekunder dan tersier.

Secara fisiologis, nyeri persalinan timbul akibat kontraksi

asuhan sayang ibu, menghormati pilihan dan preferensi ibu, serta mempertimbangkan indikasi klinis secara individual. Dengan pendekatan yang tepat, ILA dapat menjadi bagian integral dari pelayanan persalinan modern yang aman, bermutu, dan humanistik. Manajemen nyeri merupakan aspek penting dalam asuhan persalinan karena nyeri yang tidak terkelola dapat meningkatkan kecemasan dan memperburuk pengalaman persalinan.

Tabel 2. Perbandingan Manajemen Nyeri Persalinan Konvensional dan Modern

Aspek	Konvensional	Modern
Pendekatan	Farmakologis sederhana	Farmakologis & nonfarmakologis terpadu
Teknologi	Terbatas	Epidural modern, TENS, VR
Kenyamanan ibu	Variatif	Lebih individual dan terkendali
Efek samping	Relatif lebih tinggi	Lebih minimal dan terkontrol

2. Epidural Analgesia Modern

Epidural analgesia modern menggunakan teknik patient-controlled epidural analgesia (PCEA) dengan dosis rendah, sehingga ibu tetap dapat bergerak dan berpartisipasi aktif dalam persalinan. menyatakan bahwa epidural modern aman dan efektif bila diberikan sesuai indikasi. ACOG (2024)

3. Teknologi Nonfarmakologis Berbasis Alat



Gambar 17.3 Birth ball sebagai teknologi ergonomis untuk membantu posisi persalinan dan mengurangi nyeri

Teknologi nonfarmakologis seperti TENS, birth ball, dan virtual reality terbukti efektif dalam menurunkan persepsi nyeri dan kecemasan ibu bersalin tanpa efek samping obat. Pendekatan ini sejalan dengan prinsip persalinan fisiologis dan asuhan sayang ibu (Smith et al., 2023).

F. Teknologi Pendukung Keselamatan dan Mutu Persalinan

Rekam medis elektronik dan Clinical Decision Support System (CDSS) membantu tenaga kesehatan mengikuti panduan klinis terkini dan meningkatkan keselamatan pasien. WHO (2023) menyebutkan bahwa integrasi sistem digital dalam pelayanan maternal dapat menurunkan keterlambatan penanganan kegawatdaruratan obstetri. Simulasi persalinan menggunakan manekin berteknologi tinggi berperan penting dalam pendidikan dan pelatihan bidan. Simulasi ini meningkatkan keterampilan teknis, kerja tim, dan kesiapsiagaan klinis (Issenberg et al., 2021).

G. Tantangan, Etika, dan Arah Masa Depan teknologi Persalinan

Meskipun memberikan banyak manfaat, penggunaan teknologi modern dalam persalinan juga menghadapi tantangan, seperti ketimpangan akses teknologi, risiko over-medicalization, serta potensi berkurangnya sentuhan humanistik. Oleh karena itu, bidan perlu menerapkan prinsip etika, profesionalisme, dan komunikasi terapeutik dalam setiap penggunaan teknologi. Ke depan, teknologi persalinan diprediksi akan semakin terintegrasi dengan sistem digital, kecerdasan buatan, dan telehealth. Namun, peran bidan sebagai pendamping utama ibu dalam persalinan tetap tidak tergantikan. Integrasi teknologi dan pendekatan humanistik menjadi kunci utama dalam mewujudkan pelayanan persalinan yang aman, bermutu, dan berkelanjutan.

DAFTAR PUSTAKA

- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2024). *Practice bulletin: Labor and delivery management*. ACOG.
- Esteva, A., Robicquet, A., Ramsundar, B., Kuleshov, V., DePristo, M., Chou, K., Cui, C., Corrado, G., Thrun, S., & Dean, J. (2022). Artificial intelligence in maternal and fetal health care. *The Lancet Digital Health*, 4(5), e321–e330. [https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(22\)00041-8](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(22)00041-8)
- FIGO. (2023). *FIGO guidelines on intrapartum fetal monitoring*. International Federation of Gynecology and Obstetrics.
- Issenberg, S. B., McGaghie, W. C., Petrusa, E. R., Lee Gordon, D., & Scalese, R. J. (2021). Simulation-based education in obstetrics. *BMJ Quality & Safety*, 30(7), 561–570. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2020-011883>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2023). *Intrapartum care for healthy women and babies*. NICE. <https://www.nice.org.uk>
- Smith, C. A., Levett, K. M., Collins, C. T., Armour, M., Dahlen, H. G., & Sukanuma, M. (2023). Non-pharmacological pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2023(4), CD009234. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009234.pub3>
- World Health Organization. (2021). *WHO labour care guide: User manual*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2022). *WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2023). *Digital health interventions for maternal health*. World Health Organization.

BIODATA PENULIS



Bd. Fausiyah Annisa, S.ST., M.Kes. lahir di Sampeang, pada 20 Desember 1993. Ia menyelesaikan pendidikan Magister Kesehatan di Universitas Muslim Indonesia pada tahun 2016. Sosok yang akrab disapa Icha ini telah menekuni dunia pendidikan sejak tahun 2014 dan terus berkiprah hingga kini. Dalam kehidupan pribadinya, Icha merupakan pendamping hidup dari Brigpol Ns.Nurtakbir Alifatwa, S.Kep serta ibu dari dua buah hati yang menjadi penyemangatnya: Nurerinka Medina Falisyah Ramadhani, dan Nurkaafi Shakeel Sauqi Qautsarraki. Selain aktif sebagai pendidik dan peneliti di bidang kebidanan, Icha juga telah menghasilkan karya tulis dalam bentuk buku kebidanan, yang menjadi wujud nyata kontribusinya terhadap pengembangan ilmu dan praktik kebidanan di Indonesia. dan sebelumnya telah menulis Buku tentang kebidanan, dengan judul:

BAB 16

Asuhan Bayi Baru Lahir Segera

Yufdel, S.Kep,Ns,M.Kes

A. Pendahuluan

Asuhan segera pada bayi baru lahir (BBL) dalam satu jam pertama fokus pada menjaga kehangatan, kebersihan, dan inisiasi menyusui dini (IMD) melalui kontak kulit-ke-kulit dengan ibu, membersihkan jalan napas, serta pemantauan awal tanda vital untuk mencegah hipotermia dan memastikan pernapasan adekuat, dilanjutkan dengan perawatan tali pusat dan pemberian vitamin K/salep mata. untuk pencegahan infeksi, pemantauan eliminasi (BAB/BAK) untuk memastikan kesejahteraan bayi. Tujuannya adalah mendukung kelangsungan hidup, ikatan ibu-bayi, dan perkembangan optimal dengan fokus pada intervensi minimal yang esensial untuk mencegah masalah umum seperti hipotermia dan infeksi (Kemenkes RI, 2023).

Bayi baru lahir merupakan fase paling kritis dalam siklus kehidupan manusia. Perubahan drastis dari lingkungan intrauterin ke ekstrauterin menyebabkan bayi harus menyesuaikan diri secara cepat. Asuhan bayi baru lahir segera berperan penting untuk memastikan transisi ini berjalan aman dan meminimalkan risiko mortalitas dan morbiditas neonatal.

Bayi baru lahir atau neonatus adalah masa kehidupan (0-28 hari), dimana terjadi perubahan yang sangat besar dari kehidupan di dalam rahim menuju luar rahim dan terjadi pematangan organ hampir pada semua sistem. Bayi hingga umur kurang satu bulan merupakan golongan umur yang memiliki risiko gangguan kesehatan paling tinggi dan berbagai

masalah kesehatan bisa muncul, sehingga tanpa penanganan yang tepat bisa berakibat fatal (KIA, 2023).

B. Konsep Bayi Baru Lahir

1. Definisi Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir atau neonatus adalah masa kehidupan (0–28 hari), dimana terjadi perubahan yang sangat besar dari kehidupan di dalam rahim menuju luar rahim dan terjadi pematangan organ hampir pada semua sistem. Bayi hingga umur kurang satu bulan merupakan golongan umur yang memiliki risiko gangguan kesehatan paling tinggi dan berbagai masalah kesehatan bisa muncul, sehingga tanpa penanganan yang tepat bisa berakibat fatal (KIA, 2023).

Bayi baru lahir (Neonatus) adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran, berusia 0-28 hari. Bayi tersebut memerlukan penyesuaian fisiologis berupa maturasi, adaptasi (menyesuaikan diri dari kehidupan intrauterine ke kehidupan ekstrauterin) dan toleransi bagi bayi baru lahir untuk dapat hidup dengan baik (Asmawadi, 2023).

Bayi baru lahir adalah individu yang baru saja dilahirkan hingga usia 28 hari pertama kehidupan masa ini dikenal sebagai periode neonatal yang memiliki kemungkinan konflik fisiologis yang tinggi (Walyani,E, 2020).



Gambar : Cara Merawat Bayi Baru Lahir

2. Perawatan Segera BBL

- a. Melakukan Penilaian dan Inisiasi Pernafasan Spontan Skor

Apgar didefinisikan sebagai ukuran fisik kondisi bayi yang baru lahir, Skor APGAR memiliki poin maksimal, dengan dua kemungkinan untuk setiap detak jantung, otot, respons terhadap stimulasi, dan pewarnaan kulit.

Tabel 1. Komponen Penilaian APGAR Skor

NO	KOMPONEN	SKOR		
		0	1	2
1	Frek.Jantung	Tidak ada	<100 x/i	>100 x/i
2	Kemampuan bernafas	Tidak ada	Lambat/tidak teratur	Menangis kuat
3	Tonus otot	Lumpuh	Eksremitas agak fleksi	Gerakan aktif
4	Refleks	Tidak ada	Gerakan sedikit	Gerakan Kuat/melawan
5	Warna kulit	Biru pucat	Tubuh kemerah-merahan/e kstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan

Sumber: Hidayah A.Aziz Alimul 2008

Keterangan:

- 1) Nilai 1-3 asfiksia berat
 - 2) Nilai 4-6 asfiksia sedang
 - 3) Nilai 7-10 normal
- b. Menjaga Bayi Tetap Hangat
Upaya yang dapat dilakukan untuk mencegah kehilangan panas dari tubuh bayi adalah:
 - 1) Keringkan bayi secara seksama
Pastikan tubuh bayi dikeringkan segera setelah bayi lahir untuk mencegah kehilangan panas secara evaporasi. Selain untuk menjaga kehangatan tubuh

- bayi, mengeringkan dengan menyeka tubuh bayi juga merupakan rangsangan taktil yang dapat merangsang pernafasan bayi.
- 2) Selimuti bayi dengan selimut atau kain bersih, kering dan hangat Bayi yang di selimuti kain yang sudah basah dapat terjadi kehilangan panas secara konduksi. Untuk itu setelah mengeringkan tubuh bayi, ganti kain tersebut dengan selimut atau kain yang bersih, kering dan hangat.
 - 3) Tutup bagian kepala bayi.
Bagian kepala bayi merupakan permukaan yang relatif luas dan cepat kehilangan panas. Untuk itu tutupi bagian kepala bayi agar bayi tidak kehilangan panas.
 - 4) Anjurkan ibu untuk memeluk dan menyusui bayinya Selain untuk memperkuat jalinan kasih sayang ibu dan bayi, kontak kulit antara ibu dan bayi akan menjaga kehangatan tubuh bayi. Untuk itu anjurkan ibu untuk memeluk bayinya.
 - 5) Perhatikan cara menimbang bayi atau jangan segera memandikan bayi baru lahir.
- c. Mekanisme pengaturan suhu pada bayi belum berfungsi dengan baik sehingga beresiko mengalami hipotermi. Hipotermi mengakibatkan hipoglikemi dan bahkan kematian. Mekanisme kehilangan panas
- 1) Evaporasi, kehilangan panas pada bayi karna tidak segera dikeringkan
 - 2) Konduksi, kehilangan panas melalui kontak langsung antara bayi dan ibu
 - 3) Konveksi, kehilangan panas pada bayi bila ditempatkan di suhu ruangan dibawah 250 C
 - 4) Radiasi, kehilangan panas jika bayi ditempatkan dekat kipas angin atau dekat jendela terbuka.
- d. Merawat mata bayi
Dengan memberikan salep mata antibiotika tetrasiklin 1% pada kedua mata setelah satu jam kelahiran bayi.
- e. Memotong dan mengikat tali pusat dengan teknik aseptik dan antiseptik.

f. Inisiasi Menyusui Dini (IMD).

1) Manfaat untuk bayi

- a) Mempertahankan suhu bayi supaya tetap hangat
- b) Menenangkan ibu dan bayi serta meregulasi pernafasan dan detak jantung
- c) Kolonisasi bakterial di kulit usus bayi dengan bakteri badan ibu yang normal, bakteri yang berbahaya dan menjadikan tempat yang baik bagi bakteri yang menguntungkan, dan mempercepat pengeluaran kolostrum.
- d) Mengurangi bayi menangis sehingga mengurangi stress dan tenaga yang dipakai bayi.
- e) Memungkinkan bayi untuk menemukan sendiri payudara ibu untuk mulai menyusui.
- f) Mengatur tingkat kadar gula dalam darah, dan biokimia lain dalam tubuh bayi
- g) Mempercepat keluarnya mekonium
- h) Bayi akan terlatih motoriknya saat menyusui sehingga mengurangi kesulitan menyusui
- i) Membantu perkembangan persarafan bayi
- j) Memperoleh kolostrum yang sangat bermanfaat bagi system kekebalan bayi.
- k) Mencegah terlewatnya puncak reflex mengisap pada bayi yang terjadi 20-30 menit setelah lahir.

2) Manfaat untuk ibu

Manfaatnya yaitu dapat merangsang produksi oksitosin dan prolaktin, oksitosin dapat menstimulasi kontraksi uterus dan menurunkan risiko perdarahan postpartum, merangsang pengeluaran kolostrum, dan meningkatkan produksi ASI, prolaktin dapat meningkatkan ASI, memberi efek relaksasi, dan menunda ovulasi.

g. Pemberian Vitamin K

Pemberian Vitamin K pada BBL untuk mencegah terjadinya perdarahan karena defisiensi. BBL yang lahir normal dan cukup bulan berikan Vit.K1 mg secara

intramuscular di paha kanan lateral. Suntikan vit K1 dilakukan setelah proses IMD.

- h. Penilaian dilakukan dengan 3 aspek yaitu :
- 1) Antropometri yaitu ukuran – ukuran tubuh
 - 2) Sistem organ tubuh yaitu melihat kesempurnaan bentuk tubuh
 - 3) Neurologik yaitu perkembangan organ syaraf
 - 4) Tehnik pemeriksaan yang dilakukan secara komprehensif :
 - a) Inspeksi
 - b) Palpasi
 - c) Auskultasi
 - d) Perkusi

3. Perubahan Fisiologis Setelah Lahir

Transisi kehidupan mencakup:

- a. Adaptasi pernapasan: inisiasi napas pertama.
- b. Sirkulasi: penutupan ductus arteriosus.
- c. Termoregulasi: mempertahankan suhu tubuh (Saugstad & Rootwelt, 2020).

4. Metode dan Komponen Utama Asuhan Bayi Baru Lahir Segera (UNICEF, 2024)

a. Penilaian dan Tindakan Awal

- 1) Pengeringan dan Stimulasi:
Bayi diangkat dari permukaan dan segera dikeringkan dengan handuk hangat. Pengeringan yang cepat sangat penting untuk mencegah kehilangan panas yang dapat menyebabkan hipoglikemia, pernapasan terganggu, bahkan kematian.
- 2) Penilaian Pernapasan dan Warna Kulit:
Petugas kesehatan mengevaluasi apakah bayi bernapas spontan dan kulitnya berwarna merah muda. Bila bayi tidak bernapas, resusitasi segera dimulai.
- 3) Skoring APGAR:
Penilaian APGAR dilakukan pada 1 dan 5 menit setelah lahir untuk menilai status bayi (Appearance, Pulse, Grimace, Activity,

Respiration). Skor APGAR rendah menandakan perlunya intervensi segera.

b. Termoregulasi (Pengaturan Suhu Tubuh)

Hipotermia adalah ancaman utama pada bayi baru lahir karena kapasitas termoregulasi yang belum matang. Tindakan pentingnya:

- 1) Kontak kulit-ke-kulit dengan ibu (*kangaroo care*)
- 2) Menggunakan selimut hangat dan topi kepala
- 3) Menunda mandi sampai suhu bayi stabil
- 4) Memberikan perawatan di lingkungan hangat

Kangaroo Care tidak hanya membantu menghangatkan bayi tetapi juga memperkuat ikatan ibu-anak serta mendukung keberhasilan pemberian ASI.

c. Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

IMD adalah strategi pemberian ASI mulai dalam 1 jam pertama setelah lahir. IMD memiliki bukti kuat dapat:

- 1) Meningkatkan keberhasilan ASI eksklusif
- 2) Mengurangi mortalitas neonatal
- 3) Memperkuat ikatan ibu-anak
- 4) Meningkatkan kolonisasi mikrobiota yang bermanfaat pada usus bayi

d. Perawatan Tali Pusat

Perawatan tali pusat yang baik membantu mencegah infeksi (*omphalitis*) dan komplikasi lainnya. Evidence saat ini menunjukkan bahwa tali pusat sebaiknya dibiarkan terbuka tanpa balutan ketat agar proses pengeringan lebih cepat dan risiko infeksi menurun.

e. Pencegahan Infeksi

Infeksi neonatal adalah penyebab utama morbiditas dan mortalitas. Tindakan preventifnya meliputi:

- 1) Cuci tangan dan kebersihan alat
- 2) Perawatan tali pusat yang sterile
- 3) Edukasi ibu tentang tanda bahaya
- 4) Imunisasi awal seperti Hepatitis B0 dan vitamin K pascapersalinan (berdasarkan protokol klinis penyedia layanan)

f. **Imunisasi dan Administrasi Vitamin**

- 1) Pemberian suntikan vitamin K untuk mencegah perdarahan
- 2) Imunisasi Hepatitis B0 sesuai jadwal nasional
- 3) Tindakan ini dikelola oleh tenaga kesehatan

g. **Pemantauan dan Edukasi Keluarga**

Asuhan segera tidak berhenti hanya di ruang persalinan, tetapi dilanjutkan dengan:

- 1) Observasi intensif pada 6–48 jam pertama
- 2) KIE (Komunikasi, Informasi, Edukasi) tentang tanda bahaya neonatal
- 3) Edukasi teknik menyusui eksklusif
- 4) Kunjungan neonatus sesuai pedoman nasional dan internasional (misalnya SOAP-based management)

5. Indikator Keberhasilan Asuhan

Indikator mencakup:

- a. Keberhasilan napas pertama dalam 1 menit.
- b. Suhu tubuh stabil.
- c. Menyusu efektif.
- d. Tidak terjadi infeksi awal.

DAFTAR PUSTAKA

- A.Aziz Alimul Hidayah,(2008), Pengantar Ilmu Kesehatan Anak Untuk Pendidikan Kebidanan.Jakarta Salemba Medika
- Asmawadi. (2023). Asuhan keperawatan Neonatus pada bayi. In Nucl. Phys. (Vol. 13, Issue 1).
- Buku KIA. (2023). Kesehatan Ibu dan Anak, Kementerian Kesehatan Evidence Midwifery Journal, kasus asuhan bayi baru lahir normal dan perawatan tali pusat (2024).
- Kementerian Kesehatan RI. Pengkajian dan Pemeriksaan Fisik pada Bayi Baru Lahir.Kementeri Kesehat RI,. 2023
- UNICEF data on newborn care practices and their dampak pada mortalitas neonatal (2024)
- Walyani, E. &. (2020). Asuhan kebidanan Persalinan & Bayi Baru Lahir.Yogyakarta: Pustaka Baru Press
- WHO neonatal care standards (2020): pengeringan bayi, skin-to-skin, IMD, resusitasi .
- Yusri D.L,dkk (2021), Buku Ajar Asuhan Segera Bayi Baru Lahir Normal, Fakultas Kesehatan Diploma III Kebidanan Universitas Nurul Jadid, Purbolinggo,2021
- Zahrah, Dheska, Ratnaningsih, & Ester. (2020). Buku Ajar Fisiologi Kehamilan,Persalinan, Nifas dan Bayi Baru Lahir. Universitas Respati Yogyakarta

BIODATA PENULIS



Yufdel, S.Kep.Ns.,M.Kes. Lahir di Binjai, pada 25 Juni 1964. Menyelesaikan Pendidikan S1 di Fakultas Kedokteran Program S1 Keperawatan Universitas Sumatera Utara dan S2 di Fakultas Kesehatan Masyarakat (Kespro) Universitas Sumatera Utara. Sampai saat ini sebagai Dosen di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Medan.

BAB

17

Tantangan dan Masa Depan Kebidanan dalam Persalinan

* Sesca Diana Solang,S.SiT,M.Kes *

A. Pendahuluan

Persalinan merupakan momen penting dalam kehidupan seorang wanita dan merupakan fokus utama dari praktik kebidanan. Kebidanan dalam persalinan merupakan praktik profesional yang berfokus pada pendampingan perempuan secara holistik selama proses kehamilan, persalinan, dan nifas dengan pendekatan *women-centered care*. Persalinan adalah proses keluarnya bayi, plasenta, dan selaput keuban dari rahim ibu. Proses ini dianggap normal jika terjadi pada usia kehamilan cukup bulan, yaitu setelah 37 minggu, dan tidak ada komplikasi. Proses ini dimulai dengan kontraksi uterus, yang menyebabkan perubahan pada serviks, seperti membuka dan menipis, dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap (Sursilah, 2010). Persalinan pada wanita merupakan proses alami dalam siklus reproduksi. Namun, komplikasi seperti perdarahan, eklampsia, dan infeksi dapat menyebabkan angka kematian ibu (AKI) yang lebih tinggi. Oleh karena itu, asuhan yang tepat dan sayang ibu sangat penting untuk mendeteksi dan mencegah komplikasi selama persalinan baik sebelum maupun saat masalah muncul, dan saat memberikan rujukan segera, agar ibu dan bayi selamat.

Bidan sebagai tenaga kesehatan profesional memiliki tanggung jawab besar dalam memberikan asuhan persalinan yang aman, efektif, dan bermartabat. Asuhan kebidanan tidak hanya melibatkan keterampilan klinis tetapi juga pendekatan yang berpusat pada perempuan (*woman-centered care*) dan kesinambungan asuhan (*continuity of care*) sejak kehamilan

hingga masa nifas. Secara teoretis, praktik kebidanan dalam persalinan berakar pada model midwifery-led care, yaitu model asuhan yang menempatkan bidan sebagai penanggung jawab utama pelayanan persalinan normal. Model ini didasarkan pada teori bahwa kontinuitas asuhan oleh bidan yang sama atau tim kecil bidan akan meningkatkan rasa aman, kepercayaan, dan kepuasan ibu, serta menurunkan intervensi obstetri yang tidak diperlukan (Sandall et al., 2016). Dalam kerangka ini, bidan tidak hanya berperan sebagai pelaksana tindakan klinis, tetapi juga sebagai pendamping yang memberdayakan perempuan dalam mengambil keputusan selama persalinan.

Renfrew et al. (2014) mengembangkan kerangka teoretis kebidanan berbasis bukti yang menekankan empat komponen utama, yaitu praktik berbasis bukti, sistem kesehatan yang mendukung, filosofi asuhan yang berfokus pada perempuan, serta tenaga kebidanan yang kompeten dan dihargai. Kerangka ini menegaskan bahwa kualitas asuhan persalinan tidak hanya ditentukan oleh keterampilan individu bidan, tetapi juga oleh konteks sistemik dan kebijakan yang melingkupinya.

Dari sudut pandang teori keselamatan pasien (patient safety theory), persalinan merupakan fase kritis yang rentan terhadap kejadian tidak diharapkan apabila tidak ditangani secara tepat. WHO (2016) menekankan bahwa peningkatan kualitas pelayanan persalinan harus mencakup aspek keselamatan klinis, efektivitas, ketepatan waktu, serta penghormatan terhadap hak dan martabat ibu. Dalam konteks ini, bidan memiliki tanggung jawab profesional untuk menerapkan standar praktik, mengenali keterbatasan kewenangan, dan melakukan rujukan tepat waktu.

Selain itu, pendekatan respectful maternity care menjadi landasan teoretis penting dalam kebidanan modern. Pendekatan ini berpijak pada teori hak asasi manusia yang menegaskan bahwa setiap perempuan berhak mendapatkan pelayanan persalinan yang bebas dari kekerasan, diskriminasi, dan perlakuan tidak manusiawi. Bidan dipandang sebagai aktor kunci dalam mewujudkan pelayanan persalinan yang

menghormati otonomi, privasi, dan pilihan perempuan (WHO, 2018).

B. Tantangan Dan Masa Depan Kebidanan Dalam Persalinan

1. Tantangan Kebidanan Dalam Persalinan

a. Kompleksitas Klinis dalam Asuhan Persalinan

Salah satu tantangan utama kebidanan dalam persalinan adalah meningkatnya kompleksitas kondisi ibu bersalin. Saat ini, bidan semakin sering menghadapi kehamilan dan persalinan dengan faktor risiko tinggi, seperti hipertensi dalam kehamilan, preeklamsia, diabetes gestasional, anemia, obesitas, serta penyakit kronis yang telah ada sebelum kehamilan. Kondisi ini menuntut bidan untuk memiliki kompetensi klinis yang kuat dalam melakukan skrining, pemantauan persalinan, serta deteksi dini komplikasi. Persalinan yang sebelumnya dianggap sebagai proses fisiologis normal kini sering kali berada dalam spektrum risiko yang lebih luas. Bidan dituntut untuk mampu membedakan antara persalinan normal dan persalinan dengan potensi komplikasi, sekaligus memahami batas kewenangan praktik kebidanan. Tantangan ini semakin besar di fasilitas kesehatan primer, di mana keterbatasan alat dan tenaga medis spesialis sering menjadi hambatan dalam penanganan kegawatdaruratan obstetri.

b. Beban Kerja dan Tekanan Profesional Bidan

Tantangan lain yang signifikan dalam kebidanan persalinan adalah beban kerja yang tinggi. Di banyak fasilitas pelayanan kesehatan, terutama di daerah dengan keterbatasan tenaga kesehatan, bidan sering harus menangani beberapa ibu bersalin dalam waktu bersamaan. Kondisi ini diperberat dengan tuntutan administratif, pencatatan, serta pelaporan yang memakan waktu dan energi. Beban kerja yang berlebihan dapat berdampak pada kelelahan fisik dan mental bidan, bahkan menyebabkan burnout. Tekanan emosional dalam menghadapi risiko komplikasi persalinan, kematian ibu

atau bayi, serta tanggung jawab profesional yang besar dapat memengaruhi kesejahteraan psikologis bidan. Jika tidak ditangani dengan baik, kondisi ini berpotensi menurunkan kualitas asuhan persalinan dan kepuasan kerja tenaga kebidanan.

c. Keterbatasan Sarana, Prasarana, dan Sistem Rujukan

Keterbatasan sarana dan prasarana masih menjadi tantangan nyata dalam praktik kebidanan persalinan, khususnya di daerah terpencil dan tertinggal. Tidak semua fasilitas kesehatan memiliki ruang bersalin yang layak, peralatan obstetri yang memadai, serta ketersediaan obat-obatan esensial. Selain itu, sistem rujukan yang belum optimal sering menyebabkan keterlambatan penanganan kasus kegawatdaruratan obstetri. Dalam kondisi tersebut, bidan sering berada pada posisi sulit karena harus memberikan pelayanan terbaik dengan sumber daya yang terbatas. Ketimpangan akses terhadap pelayanan persalinan yang berkualitas juga mencerminkan adanya masalah keadilan sosial dalam sistem kesehatan, di mana keselamatan ibu dan bayi sangat bergantung pada lokasi geografis dan kondisi sosial ekonomi.

d. Tantangan Sosial Budaya dalam Persalinan

Asuhan persalinan tidak dapat dilepaskan dari pengaruh nilai sosial dan budaya masyarakat. Kepercayaan tradisional, praktik persalinan yang tidak aman, serta pengambilan keputusan oleh keluarga tanpa melibatkan ibu secara penuh sering menjadi tantangan bagi bidan. Dalam situasi ini, bidan dituntut untuk mampu berkomunikasi secara efektif, menghormati nilai budaya, sekaligus tetap mengutamakan keselamatan ibu dan bayi. Selain itu, masih terdapat persepsi masyarakat yang kurang tepat terhadap peran bidan. Di satu sisi, bidan kadang dianggap hanya sebagai pelaksana teknis, sementara di sisi lain dibebani ekspektasi yang terlalu besar. Kondisi ini menuntut bidan untuk terus

memperkuat identitas profesional dan meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap kompetensi kebidanan.

e. Dilema antara Pendekatan Medis dan Humanistik

Dalam praktik persalinan modern, bidan sering menghadapi dilema antara penerapan intervensi medis dan upaya mempertahankan persalinan sebagai proses fisiologis yang alami. Peningkatan penggunaan teknologi dan intervensi obstetri, seperti induksi dan tindakan invasif, sering kali tidak selalu sejalan dengan prinsip asuhan kebidanan yang berpusat pada perempuan. Bidan dituntut untuk mampu menyeimbangkan keselamatan klinis dengan pendekatan humanistik yang menghormati hak, pilihan, dan martabat ibu bersalin. Tantangan ini membutuhkan pemahaman etika profesi, praktik berbasis bukti, serta kemampuan advokasi terhadap kebutuhan perempuan dalam proses persalinan.

f. Tantangan Pendidikan dan Pengembangan Profesional

Perkembangan ilmu kebidanan yang pesat menuntut bidan untuk terus meningkatkan kompetensi melalui pendidikan dan pelatihan berkelanjutan. Namun, akses terhadap pengembangan profesional masih belum merata. Kurangnya kesempatan pelatihan, keterbatasan sumber literatur ilmiah, serta minimnya keterlibatan bidan dalam penelitian kebidanan menjadi tantangan tersendiri. Selain keterampilan klinis, bidan juga dituntut memiliki kompetensi non-klinis, seperti kepemimpinan, pengambilan keputusan etis, kerja tim interprofesional, dan manajemen stres. Tantangan ini menunjukkan bahwa praktik kebidanan dalam persalinan memerlukan penguatan kapasitas secara holistik.

g. Tantangan Komunikasi dan Psikososial dalam Asuhan Persalinan

Tantangan komunikasi dan aspek psikososial merupakan komponen krusial dalam asuhan kebidanan persalinan yang sering kali kurang mendapat perhatian

dibandingkan aspek klinis. Kecemasan terhadap persalinan, rasa takut akan nyeri, kekhawatiran terhadap keselamatan ibu dan bayi, serta pengalaman traumatis sebelumnya dapat memengaruhi kesiapan mental perempuan dalam menghadapi proses melahirkan. Penelitian menunjukkan bahwa kecemasan persalinan yang tinggi berhubungan dengan peningkatan intervensi obstetri, persalinan lama, serta pengalaman persalinan yang negatif (Nilsson et al., 2018).

Komunikasi yang tidak efektif antara bidan dan ibu bersalin dapat memperburuk kondisi psikologis ibu, meningkatkan rasa tidak berdaya, dan menurunkan kepercayaan terhadap tenaga kesehatan. Bohren et al. (2015) dalam studi globalnya melaporkan bahwa kurangnya komunikasi, sikap tidak empatik, serta minimnya keterlibatan perempuan dalam pengambilan keputusan selama persalinan berkontribusi terhadap pengalaman persalinan yang tidak menyenangkan dan bahkan bersifat traumatis. Kondisi ini dapat berdampak jangka panjang, seperti meningkatnya risiko depresi pascapersalinan dan ketakutan terhadap persalinan berikutnya.

2. Masa Depan Kebidanan Dalam Persalinan

a. Transformasi Peran dan Otonomi Bidan

Masa depan kebidanan dalam persalinan ditandai dengan transformasi peran bidan sebagai tenaga kesehatan profesional yang memiliki otonomi dan kepemimpinan. Model pelayanan kebidanan modern menempatkan bidan sebagai penjaga utama persalinan fisiologis, dengan kemampuan deteksi dini komplikasi dan pengambilan keputusan berbasis bukti. Penguatan peran ini memerlukan dukungan regulasi, sistem rujukan yang efektif, serta pengakuan terhadap kompetensi bidan dalam tim kesehatan multidisiplin. Dengan demikian, bidan tidak hanya berperan sebagai pelaksana pelayanan,

tetapi juga sebagai pengambil keputusan klinis yang bertanggung jawab.

b. Praktik Berbasis Bukti dan Inovasi Teknologi

Penerapan praktik berbasis bukti menjadi fondasi utama masa depan kebidanan dalam persalinan. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa asuhan persalinan yang dipimpin bidan, berkesinambungan, dan berpusat pada perempuan mampu meningkatkan luaran maternal dan neonatal serta kepuasan ibu. Selain itu, perkembangan teknologi digital, seperti rekam medis elektronik, telehealth, dan aplikasi pemantauan kehamilan, membuka peluang besar untuk meningkatkan akses dan kontinuitas asuhan. Tantangan ke depan adalah memastikan bahwa pemanfaatan teknologi tetap mendukung pendekatan humanistik dan tidak menggantikan hubungan interpersonal antara bidan dan ibu.

c. Pendekatan Humanistik dan Respectful Maternity Care

Arah masa depan kebidanan dalam persalinan semakin menekankan pentingnya pendekatan humanistik dan respectful maternity care. Perempuan berhak mendapatkan pelayanan persalinan yang aman, bermartabat, serta menghormati pilihan dan otonominya. Bidan memiliki peran strategis dalam memastikan bahwa persalinan menjadi pengalaman yang positif dan bebas dari kekerasan atau diskriminasi. Pendekatan ini sejalan dengan prinsip hak asasi manusia dan upaya global untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan maternal.

d. Pendidikan, Kepemimpinan, dan Kebijakan

Masa depan kebidanan dalam persalinan sangat bergantung pada kualitas pendidikan dan pengembangan profesional bidan. Kurikulum kebidanan perlu terus diperbarui agar selaras dengan perkembangan ilmu, teknologi, dan kebutuhan masyarakat. Selain kompetensi klinis, bidan masa depan perlu dibekali kemampuan kepemimpinan, etika profesi, dan advokasi kebijakan.

Dukungan kebijakan yang kuat, investasi berkelanjutan, serta distribusi bidan yang merata menjadi kunci dalam mewujudkan pelayanan persalinan yang berkualitas dan berkeadilan.

Tantangan dan masa depan kebidanan dalam persalinan merupakan dua sisi yang saling berkaitan. Berbagai tantangan yang dihadapi bidan saat ini menuntut adanya transformasi peran, penguatan kompetensi, serta dukungan sistem kesehatan yang berkelanjutan. Dengan komitmen terhadap praktik berbasis bukti, pendekatan humanistik, dan penguatan kebijakan, kebidanan memiliki masa depan yang strategis dalam menjamin keselamatan dan kesejahteraan ibu serta bayi.

DAFTAR PUSTAKA

- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., et al. (2015). *The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A mixed-methods systematic review*. **PLoS Medicine**, 12(6), e1001847.
- Filby, A., McConville, F., & Portela, A. (2016). What prevents quality midwifery care? A systematic mapping of barriers in low and middle-income countries. *PLoS ONE*, 11(6), e0153391.
- Homer, C. S. E., et al. (2019). The role of midwifery in improving maternal and newborn health. *The Lancet*, 394(10210), 1775–1786.
- International Confederation of Midwives. (2019). Essential competencies for midwifery practice. The Hague: ICM.
- Nilsson, L., Thorsell, T., Hertfelt Wahn, E., & Ekström, A. (2018). *Factors influencing positive birth experiences of first-time mothers*. **Nursing Research and Practice**, 2018, 1–9.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *Pedoman Pelayanan Kebidanan Berkesinambungan*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Renfrew, M. J., et al. (2014). Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet*, 384(9948), 1129–1145.
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4.
- World Health Organization. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2016). *Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities*. Geneva: WHO.

BIODATA PENULIS



Sesca Diana Solang, S.SiT,M.Kes lahir di Manado, pada tanggal 15 September 1970. Lulusan Universitas Gadjra Mada, Diploma IV Bidan Pendidik dan S2 Kesehatan Masyarakat. Dosen tetap di Poltekkes Kemenkes Manado sejak tahun 2005 s/d sekarang. Pernah bekerja di Puskesmas Ongkaw Kecamatan Tenga Kabupaten Minahasa Sulawesi Utara tahun 1992 s/d 1997. Aktif di kegiatan Ikatan Bidan Indonesia sebagai Pengurus Daerah IBI Provinsi Sulawesi utara.

TENTANG BUKU

Buku ini merupakan panduan lengkap bagi mahasiswa kebidanan, bidan, serta tenaga kesehatan tentang pentingnya memberikan asuhan persalinan yang aman, bermutu, berbasis bukti, dan berorientasi pada kemanusiaan serta kebutuhan perempuan selama proses melahirkan.



Buku ini mengakan **strategi** yang satu dipersda untuk satu atru dengan proses persemanan dan pertiana:

- ♥ Memahami **perubahan fisiologis** yang terjadi selama proses persalinan.
- ♥ Melakukan **penilaian** awal terhadap kondisi ibu dan janin secara tepat.
- ♥ Mengelola setiap tahapan persalinan dari awal kontraksi hingga tangis pertama bayi.
- ♥ Memberikan dukungan emosional dan pemantauan yang berkelanjutan kepada ibu dalam persalinan.
- ♥ Menerapkan asuhan yang berpusat pada perempuan dan berbasis bukti.

