

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Kasus

1. Persalinan

Persalinan dan kelahiran merupakan kebijakan fisiologis normal. Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks, dan janin turun ke jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran hasil konsepsi yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37—42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun janin. Persalinan dibagi menjadi 4 kala:

- a. Kala I dimulai dari saat persalinan mulai sampai pembukaan lengkap. Kala ini dibagi menjadi 2 fase yaitu, fase laten (pembukaan kurang dari 4 cm, biasanya berlangsung kurang dari 8 jam), fase aktif (pembukaan serviks dari 4—10 cm, biasanya berlangsung selama 7 jam)
- b. Kala II dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Proses kala dua biasanya berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida.
- c. Kala III dimulai saat setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, biasanya kala ini berlangsung paling lama 30 menit.
- d. Kala IV dimulai saat setelah keluarnya plasenta sampai 2 jam setelah postpartum. (Prawirohardjo, 2014: 100—101)

2. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

a. Passage (Jalan Lahir)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yaitu bagian tulang padat dasar panggul, vagina, dan entroitus. Meskipun jarinak khususnya lapisan otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi, tetapi panggul ibu jauh lebih berperan dalam proses persalinan. Janin harus menyesuaikan dirinya terhadap jalan yang relatif kaku.

Jalan lahir lunak, yakni segmen bawah rahim, serviks, vagina, intus vagina, dan vagina muskulus, serta ligamentum yang menyelubungi dinding dalam dan bawah panggul. (Elisabeth Siwi Walyani, 2016: 17)

Terdapat bidang-bidang hodge yaitu bidang semu sebagai pedoman untuk menentukan kemajuan persalinan, yakni seberapa jauh penurunan kepala melalui pemeriksaan dalam. Bidang hodge terdiri dari hodge I (yakni promontorium pinggir atas simfisis), hodge II (yakni hodge sejajar pinggir bawah simfisis), hodge III (yaitu shodge yang sejajar dengan spina ischiadika), hodge IV (yaitu hodge yang sejajar dengan ujung Cocxygis).

Terdapat pula ukuran ukuran ideal panggul, distansia spinarum (24—26 cm), distansia cristarum (28—30 cm), konjugata eksternal (18—20 cm),lingkar panggul (80—90 cm), konjugata diagonalis (12,5 cm), distansia tuberrum (10, 5 cm). (Fatimah, Prasetya Lestari, 2019:78)

b. Power (His dan Mengejan)

Kekuatan yang mendorong janin dalam persalinan adalah his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma, dan aksidari ligamen.

1. His (Kontraksi Uterus)

His adalah gelombang kontraksi ritmis otot polos dinding uterus yang dimulai dari daerah fundus uteri dimana tuba falopi memasuki dinding uterus, awal gelombang tersebut didapat dari dinding uterus tersebut. Perubahan- perubahan akibat his

- a) Pada uterus dan seviks: uterus teraba keras/ padat karena kontraksi. Tekanan hidrostatis air ketuban dan tekanan intrauteri naik serta menyebabkan serviks menjadi mendatar dan terbuka.
- b) Pada ibu: rasa nyeri akibat kontraksi uterus akan mengakibatkan naiknya tekanan darah.
- c) Pada janin: pertukaran oksigen pada sirkulasi uteroplacenta kulrang maka terjadi hipoksia janin. Denyut jantung jani9n melambat dan kurang jelas terdengar.

Terdapat pembagian his menurut sifatnya yaitu

1) His palsu atau pendahuluan

His ini memiliki kekuatan yang tidak teratur dan tidak terlalu kuat. His ini juga tidak menyebabkan dilatasi serviks atau pendataran serviks.

2) His pembukaan kala I

His ini terjadi saat mulai pembukaan serviks sampai terjadi pembukaan lengkap. His ini sudah mulai teratur dan makin sakit.

3) His pengeluaran

His ini terjadi pada kala II persalinan untuk mengeluarkan janin. His ini sangat kuat, teratur dan terkoordinasi dengan his kontraksi otot perut, kontraksi diafragma, dan ligamen.

4) His pelepasan uri

His ini terjadi pada kala III dengan kontraksi sedang untuk melepaskan plasenta.

5) His pengiring kala IV

His pada kala IV ini lemah, hanya sedikit nyeri karena pengecilan rahim dalam beberapa hari.

2. Mengejan

Dalam proses persalinan terdapat 3 komponen yang amat menentukan yakni, passenger (janin), power(kontraksi), dan passage(jalan lahir). Agar proses persalinan berjalan lancar, ketiga komponen itu harus sama-sama dalam kondisi baik. Bayi yang ukurannya tidak terlalu besar pasti lebih mudah melalui jalan lahir normal, jalan lahir yang baik akan memudahkan bayi keluar, dan kekuatan ibu mengejan akan mendorong bayi cepat keluar.

Proses mengejan yang dilakukan dengan baik dan benar dari segi kekuatan maupun keteraturan. Ibu harus mengejan sekuat mungkin selama instruksi yang diberikan. Biasanya ibu diminta untuk menarik nafas panjang dalam beberapa kali kontraksi terjadi lalu buang secara perlahan.

Ketika kontraksi mencapai puncaknya, doronglah janin dengan mengejan sekuat mungkin. Bila ibu mengikuti instruksi dengan baik pecanya pembuluh darah di sekitar mata dan wajah bisa dihindari. Sangat mungkin ibu hamil tidak memiliki power untuk mengejan. Itu biasanya dialami oleh ibu-ibu hamil yang sakit jantung atau asma yang membuat kemampuan mengejanya lemah. Dan bisa juga akibat pengaruh penyakit lain.

c. Passenger

Passenger terdiri dari

1. Janin

Selama janin dan plasenta berada dalam rahim belum tentu pertumbuhannya normal, adanya kelainan genetik dan kebiasaan ibu yang buruk dapat menjadikan pertumbuhan tidak normal:

- a) Kelainan bentuk dan besar janin anensefalu, hidrosefalus, janin makrosomia
- b) Kelainan pada letak kepala: presentasi puncak, presentasi muka, presentasi dahi dan presentasi oksiput.
- c) Letak janin: letak sungsang, lintang, letak mengelak, dan presentasi rangkap (kepala tangan, kepala kaki, kepala talipusat)
- d) Kepala janin merupakan bagian terpenting dalam proses persalinan dan memiliki ciri

(1) Bentuk kepala oval sehingga setelah bagian terbesar lahir maka bagian lainnya akan mudah.

(2) Persendian kepala berbentuk kogel, sehingga dapat digerakkan ke segala arah dan memberikan kemungkinan untuk melakukan putaran paksi dalam.

(3) Letak persendian kepala sedikit ke belakang sehingga kepala melakukan fleksi untuk melakukan putaran paksi dalam.

2. Plasenta

Plasenta berbentuk bundar atau oval, ukuran diameter 15-20 cm, tebal 2-3 cm, dan berat 500—600 gram.

Waktu bayi dilahirkan rahim mengecil dan uterus merupakan alat dengan dinding yang tebal sedangkan rongga rahim hampir tidak ada. Fundus uteri terdapat sedikit di bawah pusat, karena pengecilan rahim yang tiba-tiba tempat perlekatan plasenta juga mengecil. Plasenta juga mengalami pengecilan hingga menjadi dua kali lebih tebal pada permulaan persalinan dan karena itu perlekatan plasenta semakin kuat.

Plasenta biasanya terlepas 4—5 menit setelah bayi lahir selaput plasenta menebal dan berlipat-lipat karena pengecilan dinding rahim oleh karena kontraksi dan retraksi rahim terlepas sebagian karena tarikan waktu plasenta lahir.

3. Air Ketuban

Sebagai cairan pelindung dalam pertumbuhan dan perkembangan janin. Air ketuban berfungsi sebagai bantalan untuk melindungi janin terhadap trauma dari luar. Air ketuban juga berfungsi melindungi janin dari infeksi, menstabilkan perubahan suhu, menjadi sarana yang memungkinkan janin bergerak bebas. Seiring dengan pertambahan usia kehamilan, aktifitas organ tubuh janin juga mempengaruhi air ketuban. Saat usia kehamilan mulai memasuki 25 minggu, rata-rata air ketuban di dalam rahim 239 ml, yang kemudian meningkat menjadi 984 ml pada usia kehamilan 33 minggu.

Kelebihan air ketuban dapat berdampak pada kondisi janin. Untuk menjaga kestabilan air ketuban, bayi meminum air ketuban di dalam tubuh ibunya dan kemudian mengeluarkannya dalam bentuk kencing.

Kekurangan cairan ketuban bisa disebabkan berbagai hal diantaranya menurunnya fungsi plasenta akibat kehamilan yang melebihi waktu, ketuban yang bocor, atau kelainan janin yang berhubungan dengan penyumbatan kandung kemih,

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban pada saat pbelum permulaan persalinan tanpa memandang apakah pecahnya selaput ketuban terjadi pada kehamilan 244 atau 44 minggu.

(Elisabeth, Siwi Walyani,2016: 18—24)

3. Mekanisme Persalinan

Mekanisme persalinan adalah proses yang terjadi dalam persalinan atau pengeluaran kepala bayi. Persalinan dibagi menjadi 4 kala yaitu,

a. Kala I

Secara klinis dapat dinyatakan partus dimulai apabila timbul HIS dan keluar lendir bercampur darah. Lendir yang bercampur darah ini berasal dari lendir kanalis servikalis karena serviks mulai membuka atau mendatar. Sedangkan darah tersebut berasal dari pembuluh-pembuluh darah kapiler yang berada disekitar kanalis servikalis yang pecah akibat dari pergeseran-pergeseran ketika serviks membuka. Pada primigravida ostium uteri internum akan terlebih dulu membuka, sehingga serviks akan membuka dan menipis, baru kemudian ostium uteri internum dan eksternum akan terbuka. Penipisan dan pendataran serviks terjadi bersamaan pada pembukaan. Fase-fase persalinan dalam kala I:

1) Tahap Laten

Fase laten merupakan tahapan paling panjang dari kala I, dimulai sejak awal berkontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks. Kontraksinya singkat, tidak begitu kuat, dan jaraknya panjang dibanding tahap berikutnya. Selama fase ini serviks akan menipis dan melebar kira-kira 4 cm. Pada umumnya fase laten berlangsung 8 jam.

2) Tahap aktif

Saat fase laten mendekati akhir , pola persalinan akan berubah. Frekuensi dan lama kontraksi akan terus meningkat secara bertahap menjadi lebih sakit, sulit ditahan, dan berlangsung lama dengan jarak 3—5 menit sekali.

Dari pembukaan 4 hingga ke-10 cm biasanya terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm per jam (pada primigravida) atau lebih dan 1—2 cm per jam untuk multipara dan terjadi penurunan bagian terbawah janin.

Kala I selesai apabila pembukaan serviks uteri telah lengkap. Pada primigravida, kala I berlangsung kira-kira 13 jam. Sementara itu, pada multipara kira-kira 7 jam. Mekanisme pembukaan serviks adalah dengan adanya kontraksi segmen atas uterus dan retraksi ((regangan) segmen bawah uterus yang mengakibatkan pembukaan serviks. Akhirnya uterus semakin menipis, dan segmen atas uterus makin menebal.

b. Kala II

Pada kala II his menjadi lebih semakin kuat dan lebih cepat, kira-kira 2—3 menit sekali. Karena biasanya dalam hal ini kepala janin sudah masuk di ruang panggul, maka pada his dirasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflek menimbulkan rasa ingin mengejan. Wanita juga merasa ada tekanan pada rektum, sehingga merasa hendak buang air besar meskipun sebenarnya tidak. Kemudian perineum mulai menonjol dan menjadi lebar dengan anus membuka.

Labia mulai membuka dan tidak lama kemudian kepala janin akan tampak pada depan vulva pada waktu his. Bila dasar panggul sudah lebih berelaksasi kepala janin tidak masuk lagi diluar his. Dengan hisa dan kekuatan mengejan maksimal, kepala janin akan dilahirkan dengan suboksiput dibawah simfisis dan dahi, muka dan dagu melwati perineum.

Fase-fase kala II:

1) Tahap laten

Tahap laten atau istirahat dari kala II ditandai dengan tenangnya aktivitas di rahim, istirahat singkat untuk ibu, subuh jeda sesudah intensitas dan kebingungan yang ibu rasakan pada peralihan tahap pertama, serta kegairahan untuk menyambut kedatangan bayi sebentar lagi.

Kontraksi lemah dan berjarak jauh, selang sepuluh menit, gerak menurun bayi lambat atau berhenti sementara, dan desakan untuk mengejan tidak ada. Tahap istirahat ini terjadi karena kepala bayi sudah meluncur melalui leher rahim ke jalan lahir yang menyebabkan lahir terasa kencang karena ada bayi dan menjadi sedikit kendur.

Namun, posisi bayi sudah sangat rendah saat kala II dimulai atau ia turun dengan sangat cepat, ibu mungkin tidak mengalami istirahat atau hanya merasakan dalam waktu sangat singkat. Meskipun tanpa istirahat pikiran ibu tetap jernih dan harus di dukung secara emosional. Tahap laten berlangsung 15—20 menit, tenaga kesehatan bisa menyarankan untuk mengganti posisi seperti duduk, jongkok, dll. Ibu juga akan diminta untuk menekan ke bawah meski tidak merasakan keinginan untuk menahan nafas dan meregang.

2) Tahap Aktif

Selama tahap aktif dari kala II, ibu menjadi siaga, bayi akan bergerak turun dan ibu merasakan kontraksi yang kuat serta desakan tak terelakan untuk mengejan. Pada saat ini perasaan wanita berbeda-beda. Ibu dapat merasakan kepala bayi meregangkan vagina dan menekan dinding anus. Ibu mungkin akan terkejut merasakan pergangan yang mengembung dan penuh.

3) Kala Peralihan

Tahap ketiga dari kala II adalah tahap peralihan atau crowning dimana bayi melewati bagian dalam vagina ke bagian luar tubuh ibu. Tahap ini dimulai ketika kepala bayi muncul tidak lagi tertekan ke belakang di antara gerak menekan ke bawah. Tahap ini meliputi peregangan maksimal lubang vagina dengan sensasi panas dan menyengat. Tekanan ke bawah yang kuat pada saat ini akan menambah rasa sakit dan kemungkinan terjadinya robekan yang serius dari perineum.

Setelah istirahat sebentar, his mulai lagi untuk mengeluarkan badan tubuh bayi. Pada primigravida kala II berlangsung rata-rata 1,5 jam dan pada multi 0,5 jam. Jangan pimpin mengejan jika serviks belum membuka lengkap atau dilakukan jika tidak ada his karena hal tersebut akan menimbulkan prolaps uteri atau turunnya rahim di kemudian hari.

Perineum yang mengembung terjadi pada waktu kepala janin mencapai introitus vagina. Bertambah gelembung pada setiap kontraksi uterus, yang dapat mengakibatkan robekan perineum. Kecuali apabila dilakukan episiotomi saat kepala mulai tampak diantara labia minora.

c. Kala III

Kala ini dimulai setelah bayi lahir lengkap. Setelah bayi lahir uterus teraba keras dengan fundus uteri berada di atas pusat. Kemudian kala ini akan berakhir dengan lahirnya plasenta. Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya. Biasanya plasenta lepas dalam waktu 5—15 menit setelah bayi lahir, dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus. Pelepasan plasenta akibat dari retraksi otot-otot uterus setelah lahirnya janin yang akan menekan pembuluh darah ibu.

Tanda lepasnya plasenta yaitu tali pusat menjulur keluar atau jika ditarik tidak ada tahanan, semburan darah keluar dari vagina. Dengan menekan korpus uteri ke atas tidak lagi menarik tali pusat ke atas. Penyuntikan oksitosin untuk membuat rahim tetap berkontraksi.

d. Kala IV

Kala IV dimulai segera setelah plasenta dilahirkan dan langsung sampai 2 jam setelah postpartum. Pemberian perawatan seperti memeriksa tekanan darah, nadi, lochea, dan kontraksi. Dua jam pertama setelah persalinan merupakan waktu yang kritis untuk ibu dan bayi. Keduanya baru saja mengalami perubahan yang luar biasa dari fisik maupun psikologisnya.

Penanganan pada kala IV meliputi pemeriksaan setiap 15 menit sekali pada jam pertama dan setiap 30 menit sekali pada jam kedua yang diperiksa meliputi, tinggi fundus, kontraksi uterus tekanan darah, nadi, kandung kemih dan perdarahan. Bersihkan ibu dan biarkan ibu beristirahat. Biarkan bayi berada dekat ibu untuk meningkatkan hubungan bayi dan ibu. Tahapan persalinan terdiri dari:

- 1) Engagement , masuknya kepala ke pintu atas panggul
- 2) Descent, penurunan kepala bisa disebabkan oleh tekanan cairan amnion,tekanan langsung fundus pada kontraksi otot abdomen, ekstensi dan penelusuran badan janin, serta kekuatan mengejan.
- 3) Fleksi, disebabkan karena anak di dorong maju dan ada tekanan pada PAP, serviks, dinding panggul atau dasar panggul. Pada fleksi ukuran kepala yang melalui jalan lahir kecil karena diameter fronto occipito digantikan diameter sub occipito
- 4) Putaran paksi dalam, pada waktu terjadi pemutaran dari bagian depan sehingga bagian terendah janin memutar ke depan ke bawah simfisis.
- 5) Ekstensi, ubun-ubun kecil di bawah simfisis maka sub occiput sebagai hipomoklion, kepala mengadakan gerakan defleksi.
- 6) Putaran paksi luar, gerakan defleksi untuk menyesuaikan kedudukan kepala dengan punggung anak.
- 7) Ekspulsi, terjadi kelahiran seluruh badan bayi.

(Fatimah,Prasetya Lestari, 2019: 83—97)

4. Laserasi Jalan Lahir

Perdarahan dengan keadaan dimana plasenta telah lahir lengkap dan kontraksi rahim baik, dapat dipastikan bahwa perdarahan berasal dari perlukaan jalan lahir salah satunya yaitu robekan perineum. Robekan perineum terjadi pada hampir semua persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya.

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 panggul bawah dengan ukuran yang lebih besar. Terletak antara vulva dan anus, panjangnya kira-kira 4 cm (Prawirohardjo, 2014)

Jaringan yang terutama menopang perineum adalah diafragma pelvis dan urogenital. Diafragma pelvis terdiri dari muskulus levator ani dan muskulus koksigidis di bagian posterior serta selubung fasial dari otot-otot ini. Diafragma urogenitalis terletak di sebelah luar diafragma pelvis, yaitu di daerah segitiga antara tuberositas iskial dan simpisis pubis.

Persatuan antara mediana levatorani yang terletak antara anus dan vagina diperkuat oleh tendon sentralis perineum, tempat bersatu bubokarvenosus, muskulus perinalis transversalis superfisial, dan sfingter ani eksterna.

Luka perineum adalah luka yang disebabkan episiotomi. Luka perineum, dibagi menjadi 4 yaitu

- a. Tingkat I: robekan hanya pada selaput lendir vagina dengan atau tanpa mengenai kulit perineum.
- b. Tingkat II: robekan mengenai selaput lendir vagina dan otot perineum transversalis, tetapi tidak mengenai sfingter ani.
- c. Tingkat III: Robekan mengenai seluruh perineum dan otot sfingter ani.
- d. Tingkat IV : robekan sampai mukosa rektum

5. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Laserasi

a. Maternal

1. Partus Presipitarus

Partus presipitarus merupakan partus yang selesai kurang dari 3 jam. His yang terlalu kuat dan terlalu efisien menyebabkan persalinan selesai dalam waktu yang singkat. Bahaya bagi ibu dengan adanya partus ini adalah perlukaan jalan lahir, khususnya serviks, vagina, dan perineum.

2. Edema dan Kerapuhan pada Perineum

Pada proses persalinan jika terjadi edema pada perineum maka perlu dihindarkan persalinan pervaginam karena dapat dipastikan akan terjadi laserasi perineum yang luas.

3. Paritas

Seorang primipara adalah seorang wanita yang telah pernah melahirkan satu kali dengan janin kemungkinan besar hidup. Pada primipara perineum utuh dan kadang kurang elastis. Pada multipara tidak utuh, dan longgar. Sehingga sering terjadi robekan perineum pada primigravida karena perineum yang masih kaku dan dianjurkan untuk dilakukan episiotomi agar robekan tidak lebih luas.

4. Umur Ibu

Remaja wanita merupakan populasi resiko tinggi terhadap komplikasi kehamilan, penyulit ini terjadi karena pada remaja biasanya kebutuhan kalori yang lebih besar dari wanita tua. Sehingga akibatnya mortalitas, perinatal, dan morbiditas maternalsangat tinggi. Wanita usia subur dimana pada masa itu diharapkan telah mampu memecahkan masalah yang dihadapi dengan tenang secara emosional, dalam merawat orgsn reproduksinya.

5. Kesempitan Panggul

Merupakan disproporsi antara ukuran janin dan panggul, dimana bentuk panggul tidak cukup lebar untuk mengakomodasi kelahiran per vaginam. Apabila ketidaksesuaian antara pelvis dan janin normal dan letak tidak patologis, maka persalinan dapat ditunggu spontan. Apabila dipaksakan mungkin bisa namun akan terjadi trauma persalinan yang salah satunya yaitu laserasi.

6. Jaringan parut pada perineum dan vagina

Pemeriksaan pada daerah perineum bertujuan untuk menemukan jaringan parut akibat laserasi yang pernah terjadi sebelumnya atau bekas episiotomi, juga periksa adanya fistula, masa, lesi, dan peradangan.

Kadang setelah mengalami persalinan traumatik disertai laserasi yang mengenai sphincter anus, otot belum benar-benar pulih.

7. Persalinan dengan tindakan (vakum atau forcep)

Persalinan dengan tindakan menggunakan forcep menambah peningkatan cedera perineum ibu, trauma yang paling besar dengan menggunakan forcep yaitu trauma yang mungkin terjadi seperti perlukaan jalan lahir, cedera saluran kemih, ruptur uteri, atonia uteri, dan infeksi.

8. Jarak kelahiran

Jarak kelahiran adalah rentang waktu antara kelahiran anak sekarang dengan anak sebelumnya. Jarak kelahiran kurang dari 2 tahun tergolong resiko tinggi karena dapat menimbulkan komplikasi pada persalinan. Jarak kelahiran 2—3 tahun merupakan jarak kelahiran yang cukup aman bagi ibu dan janin, begitu pula dengan keadaan jalan lahir yang sudah pulih akibat persalinan yang lalu.

b. Faktor Janin

1. Lingkar kepala janin

Kepala janin merupakan bagian yang terbesar dan keras dari janin. Janin dapat mempengaruhi jalannya persalinan dengan besarnya dan posisi kepala tersebut. Kepala janin yang besar dapat mengakibatkan laserasi perineum.

2. Berat badan bayi

Berat badan bayi dapat mempengaruhi proses persalinan kala II. Berat bayi pada umumnya <4000 gram dan jarang melebihi 5000 gram. Pada janin yang memiliki berat badan > 4000 gram memiliki

kesukaran yang ditimbulkan dalam persalinan karena besarnya kepala atau kerasnya bahu.

3. Presentasi defleksi

Presentasi defleksi dibagi menjadi 3 yaitu defleksi ringan, sedang, dan maksimal. Pada sikap defleksi sedang janin dengan ukuran normal tidak akan lahir secara pervaginam.

4. Letak sungsang

Apabila terjadi kesukaran melahirkan kepala janin dengan cara morriceau, dapat digunakan cunam piper. Ekstraksi cunam adalah tindakan obstetrik yang bertujuan untuk mempercepat kala pengeluaran dengan jalan menarik bagian terbawah janin dengan alat cunam.

Komplikasi dapat timbul pada janin dan ibu, komplikasi pada janin hematom pada kepala, perdarahan dalam tengkorak, fraktur kranium, dll. Sedangkan komplikasi pada ibu adalah ruptur uteri, robekan portio, vagina peritoneum, syok, dan perdarahan.

5. Distosia bahu

Distosia bahu merupakan penyulit yang berat karena sering kali diketahui saat kepala sudah lahir dan tali pusat sudah terjepit antara panggul dan badan anak. Distosia bahu umumnya terjadi pada makrosomia yakni ukuran bayi yang relatif besar dari ukuran kepalanya.

c. Penolong persalinan

1. Cara berkomunikasi dengan ibu

Jalin kerjasama dengan ibu dapat mengatur kecepatan kelahiran bayi dan mencegah terjadinya laserasi. Kerja sama sangat bermanfaat saat kepala bayi diameter 5—6 cm di tengah vulva karena pengendalian kecepatan dan pengaturan diameter kepala saat melewati perineum dapat mengurangi kemungkinan laserasi.

2. Cara memimpin mengejan dan dorongan fundus uteri

Setelah terjadi pembukaan lengkap, anjurkan ibu hanya meneran apabila ada dorongan kuat dan spontan untuk meneran. Jangan menganjurkan untuk meneran berkepanjangan dan menahan nafas, anjurkan ibu beristirahat diantara kontraksi. Ibu dipimpin mengejan saat ada his atau kontraksi rahim, dan istirahat bila tidak ada his.

Pimpinan mengejan pada ibu bersalin yang tidak sesuai dengan his dapat mengakibatkan laserasi perineum derajat III dan IV.

3. Anjuran posisi meneran

Sebagai penolong persalinan harus membantu ibu untuk memilih posisi yang nyaman. Posisi meneran yang dianjurkan berbaring miring ke kiri, ibu dapat mengubah posisinya secara teratur. Posisi miring ke kiri dapat memudahkan ibu untuk istirahat diantara kontraksi jika ibu kelelahan dan mengurangi laserasi perineum.

6. Penanganan Laserasi Jalan Lahir

a. Penjahitan robekan serviks

- 1) Tinjau kembali prinsip perawatan umum dan olesan larutan antiseptik.
- 2) Berikan dukungan dan penguatan emosional. Anestesi tidak dibutuhkan pada sebagian besar robekan serviks. Berikan petidin dan diazepam melalui IV secara perlahan atau gunakan ketamin untuk robekan yang tinggi dan lebar.
- 3) Meminta bantuan asisiten untuk memberikan tekanan pada fundus dengan lembut untuk membantu mendorong serviks jadi terlihat.
- 4) Gunakan retraktor vagina untuk membuka serviks.
- 5) Pegang serviks dengan forcep cincin atau forcep spons dengan hati-hati. Letakkan forcep pada kedua sisi robekan dan

tarik dalam berbagai arah secara perlahan untuk melihat secara keseluruhan serviks.

6) Tutup robekan serviks dengan jahitan jelujur menggunakan benang kromik yang dimulai dari apeks (tepi atas robekan) yang sering menjadi sumber perdarahan.

7) Jika bagian panjang bibir serviks robek, jahit dengan jahitan jelujur menggunakan benang catgut kromik.

8) Jika apeks sulit diraih dan diikat, pegang apeks dengan forceparteri atau forcecep cicin. Pertahankan forcep terpasang selama 4 jam. Jangan terus berupaya mengikat tempat perdarahan karena upaya tersebut dapat memperburuk perdarahan. Setelah 4 jam buka forcep sebagian jangan semua, kemudian 4 jam berikutnya buka dan keluarkan seluruh forcep.

b. Penjahitan robekan Vagina dan perineum

Terdapat 4 derajat robekan yang bisa terjadi saat kelahiran:

1) Penjahitan derajat I dan II

- a) Sebagian besar tidak jahit pada derajat I
- b) Tinjauan kembali perawatan secara umum
- c) Gunakan anastesi dan pengaruh hormonal
- d) Gunakan anastesi lokal dengan lidocain
- e) Periksa uterus dan memastikan bahwa uterus berkontraksi
- f) Periksa vagina, serviks, perineum secara normal.

2) Penjahitan robekan perineum derajat III dan IV

- a) Jahit robekan di ruang operasi
- b) Tinjau kembali prinsip keperawatan umum
- c) Berikan dukungan dan penguatan emosional
- d) Gunakan anastesi dengan lidocain
- e) Gunakan blok pudendal, ketamin, atau anastesi spinal melalui IV dengan perlahan jika semua robekan dapat dilihat, tetapi hal ini jarang terjadi.

- f) Pastikan bahwa uterus berkontraksi dengan baik
- g) Untuk melihat apakah spingter ani robeks:
 - (1) Masukkan jari yang memakai sarung tanagn ke dalam anus
 - (2) Angkat jari dengan hati-hati dan identifikasi spinghter ani
 - (3) Periksa permukaan rektum dan perhatikan robekan dengan cermat
 - (4) Ganti sarung tangan yang bersih, steril atau yang DTT
 - (5) Oleskan larutan antiseptik robekan dan keluarkan materi fetal,
 - (6) Pastikan bahwa tidak alergi terhadap obat-obatan terkait
 - (7) Masukkan sekitar 10 ml larutan lignokain 0.5 % ke bawah mukosa vagina, kulit perineum, dan ke otot perintal dalam
 - (8) Tunggu selama 2 menit untuk kemudian jepit robekan dengan forcep
 - (9) Jahit rektum dengan jahitan putus-putus menggunakan benang 3-0 atau 4-0 dengan jarak 0,5 cm untuk menyatukan mukosa.
 - (10) Jika spingter robek pegang setiap ujung spingter dengan klem.
 - (11) Jahit dengan dua benang atau tiga jahitan putus putus menggunakan benang
 - (12) Oleskan larutan antiseptik ke area yang dijahit
 - (13) Periksa anus dengan memakai sarung tangan untuk memastikan penjahitan rektum dan spinghter dilakukan dengan benar

7. Posisi saat mengejan

Posisi pada saat mengejan tergantung pada keinginan ibu dalam memilih posisi yang paling nyaman dirasakan ibu, bantu ibu untuk memperoleh posisi yang paling nyaman. Ibu dapat mengubah - ubah posisi secara teratur selama kala II karena hal ini dapat membantu kemajuan persalinan, mencari posisi mengejan yang paling efektif dan menjaga sirkulasi utero-plasenta tetap baik. Ibu dapat melahirkan bayinya pada posisi apapun (Sulistyawati, 2013: 48).

a. Posisi berbaring atau litotomi

Ibu terlentang di tempat tidur bersalin dengan menggantung kedua pahanya pada penopang kursi khusus untuk bersalin. Kelebihan dan kelemahan posisi berbaring atau litotomi yaitu :

1) Kelebihan

Penolong lebih leluasa membentuk proses persalinan, jalan lahir pun menghadap ke depan sehingga penolong lebih mudah mengukur perkembangan pembukaan dan waktu persalinan bisa diprediksi secara akurat, kepala bayi lebih mudah dipegang dan diarahkan sehingga jika terjadi perubahan posisi kepala bayi maka penolong langsung bisa mengarahkan pada posisi yang seharusnya.

2) Kelemahan

Posisi berbaring membuat ibu sulit untuk meneran. Hal ini karena gaya berat tubuh ibu berada dibawah dan sejajar dengan posisi bayi. Posisi ini diduga bisa mengakibatkan perineum meregang.

Pengiriman oksigen melalui darah yang mengalir dari ibu ke janin melalui plasenta jadi relatif berkurang. Hal ini karena letak pembuluh darah besar berada dibawah posisi bayi dan tertekan oleh massa/berat badan bayi.

Akibatnya, tekanan pada pembuluh darah bisa meninggi dan menimbulkan perlambatan peredaran darah balik ibu. Menarik otot-otot perut yang membawa darah kepada bayi dan ibunya sehingga proses kelahiran akan menjadi lambat.



Gambar 2.1 Posisi Litotomi

b. Posisi miring kiri/ lateral

Posisi miring kiri membantu perbaikan oksiput yang melintang untuk berputar menjadi posisi oksiput anterior dan memudahkan ibu beristirahat diantara kontraksi jika ia mengalami kelelahan dan juga mengurangi resiko terjadinya laserasi perineum.

Posisi berbaring miring kekiri dapat mengurangi penekanan pada vena cava inferior sehingga dapat mengurangi kemungkinan terjadinya hipoksia karena suplay oksigen tidak terganggu dapat memberi suasana rileks bagi ibu yang mengalami kecapekan dan dapat pencegahan terjadinya laserasi/robekan jalan lahir. (Sumarah, dkk, 2011 : 102)

Posisi ini mengharuskan ibu berbaring miring ke kiri. Salah satu kaki diangkat, sedangkan kaki lainnya dalam keadaan lurus. Posisi yang akrab disebut posisi lateral ini, umumnya dilakukan bila posisi kepala bayi belum tepat. Normalnya, posisi ubun-ubun bayi berada di depan jalan lahir. Posisi kepala bayi dikatakan tidak normal jika posisi ubun-ubunnya berada di belakang atau di samping.

Dalam kondisi ini ibu akan diarahkan untuk mengambil posisi miring. Arah posisi ibu tergantung pada letak ubun-ubun bayi. Jika berada dikiri ibu dianjurkan mengambil posisi miring ke kiri sehingga bayi, bisa berputar. (Rohani, dkk, 2011 : 123)

Dalam hasil penelitian menunjukkan posisi persalinan secara lateral dapat mencegah terjadinya ruptur perineum dibandingkan dengan posisi bersalin setengah duduk, hal ini disebabkan karena pada posisi lateral merupakan posisi istirahat yang baik dan tidak dipengaruhi gaya tarik bumi sehingga dapat mengurangi peregangan yang berlebihan pada perineum. Kemudian posisi bersalin secara lateral dapat mengurangi terjadinya trauma pada perineum, bahkan setelah melihat paritas ibu dan penolong persalinan. Posisi lateral atau miring membantu mengurangi tekanan pada pembuluh darah balik ibu sehingga membuat peredaran darah balik ibu lancar, keadaan tersebut akan menyebabkan otot perineum dan vagina menjadi lebih rileks, membuat proses pembukaan akan berlangsung secara perlahan-lahan sehingga akan meminimalisir terjadinya resiko laserasi pada perineum dan persalinan akan berlangsung lebih nyaman.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Fraser, melahirkan dengan posisi lateral ditinjau dari segi psikologis akan memberikan perasaan tenang dan nyaman pada ibu sehingga ibu dapat mengurangi rasa takut dalam menghadapi persalinan. Karena, saat ibu mengalami perasaan takut, cemas, khawatir, dan panik saat persalinan maka hal ini dapat membuat ibu menjadi stres ketika menghadapi persalinan. Perasaan tidak nyaman seperti stres dapat membuat rasa sakit yang dialami terasa semakin berat dan ibu semakin kehilangan konsentrasi pada saat meneran. Hilangnya konsentrasi ibu dapat mengakibatkan ibu meneran tidak terkontrol yang berdampak terjadinya laserasi jalan lahir.



Gambar 2.2 Posisi Miring

1) Kelebihan

Peredaran darah balik ibu bisa mengalir lancar, pengiriman oksigen dalam darah dari ibu ke janin melalui plasenta tidak terganggu. Proses pembukaan akan berlangsung secara perlahan-lahan sehingga persalinan berlangsung lebih nyaman. Posisi berbaring miring ke kiri memberikan kemudahan bagi ibu untuk istirahat diantara kontraksi jika ibu mengalami kelelahan, mengurangi resiko terjadinya laserasi perineum.

2) Kelemahan

Posisi miring ini menyulitkan penolong untuk membantu proses persalinan karena letak kepala bayi susah dimonitor, dipegang, maupun diarahkan. Penolong persalinan mengalami kesulitan saat melakukan tindakan episiotomi.

c. Posisi Jongkok dan Merangkak

1. Posisi Jongkok

Posisi jongkok membantu mempercepat kemajuan kala II persalinan dan mengurangi rasa nyeri. Posisi jongkok memudahkan penurunan kepala janin, memperluas rongga panggul sebesar 28 % lebih besar pada pintu bawah panggul, memperkuat dorongan meneran. Posisi jongkok dapat memudahkan dalam pengosongan kandung kemih. Jika kandung kemih penuh akan dapat memperlambat penurunan bagian bawah janin. Posisi ini sudah dikenal sebagai posisi yang alami. Biasanya ibu berjongkok di atas bantalan empuk yang berguna menahan kepala dan tubuh bayi (Rohani, dkk, 2011 : 50).

1) Kelebihan

Merupakan posisi melahirkan yang alami, karena memanfaatkan gaya gravitasi bumi, sehingga ibu tidak usah terlalu kuat meneran. Mengurangi rasa nyeri yang hebat saat persalinan. Membantu perbaikan posisi oksiput yang melintang untuk berputar menjadi oksiput anterior dan mengurangi nyeri punggung.

2) Kelemahan

Berpeluang membuat cedera kepala bayi, posisi ini dinilai kurang menguntungkan karena menyulitkan pemantauan perkembangan pembukaan dan tindakan-tindakan persalinan, seperti episiotomi.



Gambar 2.3 Posisi Meneran Jongkok

2. Posisi Merangkak

Posisi merangkak membuat ibu lebih nyaman dan efektif untuk meneran dan membantu perbaikan oksiput yang melintang untuk berputar menjadi posisi oksiput anterior dan memudahkan ibu beristirahat diantara kontraksi jika ia mengalami kelelahan dan juga mengurangi resiko terjadinya laserasi perineum. Posisi merangkak sangat cocok untuk persalinan dengan rasa sakit pada punggung mempermudah janin dalam melakukan rotasi serta peregangan pada perineum berkurang. Pada posisi ini ibu merebahkan badan dengan posisi merangkak, kedua tangan menyanggah tubuh dan kedua kaki ditekuk sambil dibuka. (Rohani, dkk, 2011 : 51).

a) Keuntungan :

- 1) Membantu kesehatan janin dalam penurunan lebih dalam ke panggul.
- 2) Baik untuk persalinan dengan punggung yang sakit.
- 3) Membantu janin dalam melakukan rotasi.

- 4) Peregangan minimal pada perineum.
- 5) Posisi merangkak seringkali merupakan posisi yang paling baik bagi ibu yang mengalami nyeri punggung saat persalinan.
- 6) Mengurangi rasa sakit.
- 7) Mengurangi keluhan hemoroid. (Rohani, dkk, 2011 : 51)



Gambar 2.4 Posisi Meneran merangkak

d. Posisi Duduk

Posisi duduk dalam proses persalinan dilakukan dengan duduklah diatas tempat tidur dengan disangga beberapa bantal atau bersandar pada tubuh pasangan. Kedua kaki ditekuk dan dibuka tangan memegang lutut dan tangan pasangan membantu memegang perut ibu. (Rohani, dkk, 2011 : 52). Dengan posisi duduk penolong persalinan lebih leluasa dalam membantu kelahiran kepala janin serta lebih leluasa untuk dapat memperhatikan perineum.

1) Kelebihan

- a) Posisi ini memanfaatkan gaya gravitasi untuk membantu turunnya bayi.
- b) Memberi kesempatan untuk istirahat di antara dua kontraksi.
- c) Memudahkan melahirkan kepala bayi.

- d) Duduk menghadap dan membungkuk ke depan bisa membantu meringankan nyeri punggung pada persalinan yang umumnya terjadi ketika bayi menghadap ke perut atau posisi bayi posterior. (Rohani, dkk, 2011 : 53)



Gambar 2.5 Posisi Meneran Duduk

- e. Posisi Semi Duduk

Posisi ini merupakan posisi yang paling umum diterapkan diberbagai RS dan BPM di tanah air. Pada posisi ini, pasien duduk dengan punggung bersandar bantal, kaki ditekuk dan paha dibuka ke arah samping. Posisi ini cukup membuat ibu merasa nyaman Dengan posisi ini penolong persalinan lebih leluasa dalam membantu kelahiran kepala janin serta lebih leluasa untuk dapat memperhatikan perineum. (Rohani, dkk, 2011 : 52)

Pada posisi ini, ibu duduk dengan punggung bersandar di bantal, kaki di tekuk, dan paha dibuka kearah samping. Posisi ini cukup membuat ibu nyaman.

1) Kelebihan

Sumbu jalan lahir yang ditempuh janin untuk bisa keluar menjadi lebih pendek. Apalagi jika proses persalinan tersebut berlangsung lama. Posisi ini sering kali nyaman bagi ibu dan ibu bisa beristirahat dengan mudah diantara kontraksi. Memudahkan penolong melahirkan kepala bayi

2) Kelemahan .

- a) Akses mudah ke perineum.
- b) Pembukaan panggul sempit dan tekanan di tailbone (tulang ekor) banyak
- c) Meningkatkan tekanan pada perineum yang meningkatkan resiko laserasi
- d) Gerakan wanita dibatasi
- e) Membuat punggung ibu merasa pegal



Gambar 2.3 Posisi Meneran Jongkok

f. Posisi Berdiri

Posisi berdiri tegak untuk melahirkan mungkin adalah posisi yang paling kurang dimanfaatkan dari semua posisi lahir, terutama mengingat bahwa para praktisi penolong persalinan tidak bisa fleksibel ketika menolong. Namun ketika diberi pilihan, banyak wanita memilih untuk tetap tegak ketika bersalin. Posisi berdiri memudahkan penurunan kepala janin, memperluas rongga panggul sebesar 28 % lebih besar pada pintu bawah panggul, memperkuat dorongan meneran. (Rohani, 2011:53)

1) Keuntungan

- a) Memanfaatkan gaya grafitasi.
- b) Memudahkan melahirkan kepala.
- c) Memperbesar dorongan untuk meneran.
- d) Membuat kontraksi lebih efektif
- e) (Rohani , dkk , 2011 : 145)

2) Kekurangan

- a) Penolong sulit untuk membantu persalinan
- b) Lebih sulit untuk menangkap kepala janin saat ibu mengedan dan janin keluar
- c) Terjadinya trauma pada bayi



Gambar 2.7 Posisi Meneran Berdiri

8. Latihan Pernafasan pada saat Persalinan

Ibu harus menggunakan pernafasan terkontrol seperti yang dilakukan pada fase aktif kala 1 persalinan, selama kontraksi belum terasa ingin mendorong. Jenis pernafasan ini dimulai dengan nafas pembersihan, kemudian menjadi nafas dada lambat yang kecepatannya meningkat pada saat kontraksi mencapai puncaknya, kemudian melambat pada saat kontraksi mereda, dan diakhiri dengan nafas pembersihan lainnya.

a. Terjadi Kontraksi

Setelah terjadi kontraksi, tariklah napas dalam-dalam secara perlahan menggunakan hidung. Kemudian hembuskan napas melalui mulut yang panjang namun stabil. Saat menghembuskan napas, buatlah otot-otot wajah menjadi rileks.

b. Bernafas Secara Santai dan Dalam

Saat di puncak kontraksi bernapaslah secara santai dan juga nyaman. Bernapas dalam-dalam dengan santai berfungsi sebagai detoks alami. Dengan teknik ambil napas dalam-dalam, lalu mengeluarkan dengan perlahan dan rileks, akan mengeluarkan racun dan membantu menyingkirkan radikal bebas dari dalam tubuh.

Menurut peneliti, lebih dari 80 persen racun keluar karena melakukan teknik pernapasan dalam. Mintalah kepada suami untuk terus mengingatkan Ibu agar memperlambat napas, saat Ibu sudah bernapas terlalu cepat ketika menghadapi kontraksi yang terjadi secara intens.

c. Menjaga Posisi Bahu

Menjaga posisi bahu Ibu pada posisi ke bawah agar tetap rileks. Buatlah dada dan perut rileks, sehingga saat Ibu menarik napas keduanya akan mengembang dan dapat mengeluarkan napas kembali dengan normal.

d. **Jangan Panik**

Jangan bernapas dengan tergesa-gesa dan panik. Karena napas tergesa-gesa dapat dikatakan sebagai napas yang tidak alami, selain itu juga dapat membuat Ibu menjadi mudah lelah sehingga dapat mengurangi banyak oksigen yang menyebabkan terjadi hiperventilasi.

e. **Jangan Tergesa-gesa**

Jangan tergesa-gesa (terburu-buru) saat bernapas. Hal itu bisa menghasilkan karbon dioksida yang terlalu banyak. Selain itu dapat membuat Ibu mengalami sakit kepala atau pusing serta akan mengalami kesemutan pada jari tangan dan jari kaki dan bahkan pada wajah. Akan sangat nyaman bila memulai dengan pernafasan lambat jika diperlukan pada awal persalinan dan menggunakannya selama persalinan sepanjang hal itu membantu. Selanjutnya anda mungkin ingin menggantinya dengan pernafasan ringan atau salah satu variasi yang paling enak bagi Anda. Beberapa wanita menggunakan pernafasan lambat selama persalinan. Lainnya menggunakan ringan atau lambat saja.

1) **Pernafasan lambat**

Gunakan pernafasan lambat (tingkat pertama dari pernafasan terpola) sewaktu Anda mencapai satu titik pada persalinan saat kontraksi cukup kuat sehingga anda tidak dapat lagi berjalan atau berbicara tanpa berhenti sejenak.

Gunakan pernafasan lambat selama hal itu membantu biasanya sampai ke kala I persalinan. Bergantilah kepernafasan ringan atau variasinya jika Anda menjadi tegang dan tidak rileks selama kontraksi. Beberapa wanita hanya menggunakan pernafasan lambat sepanjang kala satu persalinan, pernafasan lambat dapat berupa pernafasan dada maupun perut, yang lebih penting dari pada apakah itu pernafasan dada atau perut adalah bahwa pernafasan ini membantu rileks. Implementasi saat persalinan :

- a) Segera setelah kontraksi dimulai, ambil nafas yang banyak, dan hembuskan nafas dengan kuat. Ini dapat digunakan sebagai pernafasan “pengatur” atau sinyal pada pasangan. Lepaskan semua ketegangan sewaktu Anda mengeluarkan nafas, dan kendurkan semua otot dari kepala sampai ujung kaki.
 - b) Pusatkan perhatian
 - c) Dengan perlahan hirup nafas melalui hidung dan keluarkan melalui mulut, dengan membiarkan semua udara mengalir keluar. Berhenti sejenak sampai udara seolah-olah ingin masuk kembali. Bernafaslah enam sampai sepuluh tarikan per menit .
 - d) Tarik nafas dengan cepat, tetapi keluarkan nafas dengan bersuara dengan mulut sedikit terbuka dan rileks. Bunyi yang terdengar sewaktu mengeluarkan nafas adalah seperti desah lega. Pada saat persalinan, Anda boleh berteriak atau bergumam waktu mengeluarkan nafas.
 - e) Jaga bahu dalam posisi kebawah dan rileks. Relaksan dada dan perut sehingga keduanya mengembung waktu menarik nafas dan kembali normal waktu mengeluarkan nafas.
 - f) Saat kontraksi berakhir, beri sinyal pada pasangan bahwa kontraksi sudah berlalu atau ambil nafas yang dalam dan rileks, diakhiri dengan desahan .
 - g) Rilekskan seluruh tubuh, ganti posisi, minum, dst.
- Catatan : Saat berlatih dan belajar pola pernafasan ini, beberapa wanita merasa kurang nyaman bila menarik nafas melalui hidung dan mengeluarkannya melalui mulut. Selama kontraksi persalinan, gunakan pola ini selama 60 sampai 90 detik. Berlatihlah dengan berbagai posisi berbaring ke kiri . Saat mengeluarkan nafas pusatkan perhatian untuk merilekskan berbagai bagian

tubuh sehingga dapat merilekskan semua bagian tubuh yang tidak diperlukan untuk mempertahankan posisi.

2) Pernafasan Ringan

Pernafasan ringan sangat bermanfaat jika dan saat menemukan bahwa tidak dapat relaks selama kontraksi, kontraksi terlalu sakit untuk pernafasan lambat, atau secara naluri mempercepat pernafasan. Sebagian besar wanita meskipun tidak semuanya, merasa perlu berpindah ke pernafasan ringan pada saat tertentu selama dalam masa persalinan aktif- khususnya jika kontraksi jaraknya sangat dekat dan sangat kuat. Biarkan insensitas kontraksi membimbing dalam memutuskan kapan menggunakan pernafasan ringan.

Untuk melakukan pernafasan ringan, tarik dan keluarkan pernafasan dengan cepat dan ringan melalui mulut-kira-kira satu tarikan nafas setiap satu atau dua detik. Jaga pernafasan tetap dangkal dan ringan. Tarik nafas dengan tenang, tetapi keluarkan dengan bersuara baik berupa desahan pendek atau bunyi ringan. Tarikan nafas yang tenang membantu memastikan bahwa tidak mengambil nafas berlebihan atau hiperventilasi. Pola ini tidak mudah dikuasai seperti pernafasan lambat.

Bernafaslah dengan kecepatan ini selama 30 detik sampai 2 menit. Saat sudah mampu melakukan pernafasan ringan dengan mudah, nyaman, dan konsisten selama satu sampai dua menit. Selama proses melahirkan normal, pernafasan ringan tanpa lebih alami karena rahim bekerja sangat keras sehingga membutuhkan lebih banyak oksigen. Sama seperti berlari membuat bernafas dengan cepat untuk memenuhi kebutuhan oksigen, meningkatnya intensitas dan frekuensi kontraksi juga meningkatkan kebutuhan akan oksigen.

Kecepatan pernafasan selama persalinan secara alami akan diatur oleh kebutuhan oksigen serta rasa sakit dan frekuensi kontraksi. Pernafasan ringan melalui mulut terbuka akan

membuat mulut kering, jadi gunakan satu atau beberapa anjuran berikut ini. . Sewaktu menarik nafas, sentuhkan ujung lidah pada langit-langit tepat dibelakang gigi. Cara ini akan membuat udara basah saat menarik nafas. . Dengan jari-jari regang, tutup hidung dan mulut sehingga telapak tangan merefleksikan cairan dari udara pernafasan . Diantara kontraksi, minumlah air atau cairan lain, atau mangisap es batu atau es buah beku.

f. **Jangan Tahan Napas**

Jangan menahan napas. Hal itu akan membuat Ibu mengalami kelelahan. Selain itu dapat menghalangi Ibu dan juga bayi dalam mendapatkan oksigen.

g. **Ingatkan Saat Kontraksi**

Komunikasi yang intes sangat penting sebelum melahirkan. Jangan meninggalkan si ibu. Ingatkan pada suami agar memberi tahu Ibu saat kontraksi telah berakhir, agar Ibu dapat mengambil napas cukup dalam serta rileks dan akhiri dengan mendesah. Hal tersebut dipercaya dapat membuat ibu nyaman.

Proses pernafasan saat membantu menolong persalinan dengan posisi persalinan lateral dapat diringkas dengan cara:

1. Membantu ibu untuk mengatur posisi senyaman mungkin, penulis menganjurkan posisi miring ke kiri. Ibu diminta berbaring ke kiri dengan satu kaki kanan diangkat, lutut ditekuk dan tangan ibu berada dilipatan paha atau melingkar ke bagian bawah paha sampai siku, kemudian kaki kiri tetap lurus, dengan pandangan ibu tetap ke arah perut dengan mata terbuka.
2. Membimbing cara meneran yang baik, ibu diminta menarik nafas dalam waktu yang lama dengan kedua mulut dikatupkan dan mengejan ke arah bawah dengan pandangan ibu ke arah perut. Pastikan ibu dalam kondisi tenang dan tidak panik. Kemudian, berusaha mengejan seperti ketika mau buang air besar.

3. Ketika kontraksi yang dirasakan intensitasnya menurun sebentar, cobalah rehat sejenak. Manfaatkan waktu istirahat ini untuk menarik napas dalam-dalam. lalu, hembuskan perlahan-lahan seperti meniup lilin. Ini sebagai upaya mengumpulkan kembali energi atau tenaga sebagai persiapan mengejan selanjutnya
4. Mengatur pola pernapasan saat kontraksi dan saat relaksasi. Menganjurkan ibu mengikuti irama perut saat mengejan, jangan menahan nafas saat mengejan karena dapat membuat proses mengejan tidak maksimal. Anjuran ini dimaksudkan untuk mengurangi laserasi jalan lahir ibu.
5. Instruksikan Ibu untuk berhenti mengejan ketika kepala bayi sudah muncul. Ini bertujuan agar bayi lahir secara perlahan, sehingga proses persalinan lebih lancar dan mencegah perineum terlalu meregang.
- 6.

9. Peran Bidan

Peran bidan adalah memantau dengan seksama dan memberikan dukungan serta kenyamanan pada ibu, baik dalam segi perasaan maupun dama segi fisik, seperti:

a. Perawatan Tubuh

Perawatan tubuh dan perawatan penunjang selama kala II persalinan merupakan kelanjutan asuhan yang dimulai selama kala I persalinan, dimodifikasi untuk memnuhi perubahan kebutuhan wanita saat persalinan.

1) Pernafasan

Ibu harus menggunakan pernafasan terkontrol seperti yang dilakukan pada fase aktif kala 1 persalinan, selama kontraksi belum terasa ingin mendorong.

Jenis pernafasan ini dimulai dengan nafas pembersihan, kemudian menjadi nafas dada lambat yang kecepatannya meningkat pada saat kontraksi mencapai puncaknya, kemudian melambat pada saat kontraksi mereda, dan diakhiri dengan nafas pembersihan lainnya.

2) Posisi ibu

Seorang bidan hendaknya membiarkan ibu bersalin dan melahirkan memilih sendiri posisi persalinan yang diinginkannya dan bukan berdasarkan keinginan bidannya sendiri. Dengan kebebasan untuk memutuskan posisi yang dipilihnya, ibu akan lebih merasa aman. Namun, bidan juga boleh memberikan saran untuk posisi agar keadaan ibu lebih baik dan kondisi janin juga baik sehingga kepala akan cepat turun ke PAP dan proses persalinan berlangsung cepat.

b. Pendampingan oleh keluarga dan petugas kesehatan

Suami sebagai pendamping istri ikut memainkan peran penting dalam mengikuti proses persalinan. Berbagai cara yang dilakukan suami saat istrinya melahirkan antara lain: menopang istriya saat kontraksi, memijat punggung istrinya, menyuguhkan minum, memberikan semangat dan dukungan pada istri. Selain suami bidan juga memiliki peranan penting dalam proses pendampingan, antara lain:

- 1) Mendengarkan keluhan pasien dan empati terhadap kondisi pasien
- 2) Membuat kontak fisik dengan membasuh muka pasien, menggosok punggungnya, memegang pasien
- 3) Terus memberikan semangat kepada pasien dan memberi tahu kemajuan persalinan
- 4) Bersikap tenang dan menempatkan pasien dalam kondisi yakin pada dirinya untuk bisa melewati proses persalinannya

c. Bebas dari nyeri persalinan

Menjelaskan tentang cara manajemen nyeri persalinan dengan mendukung persalinan, mengatur posisi, relaksasi, latihan nafas, menjaga privasi, memberikan KIE tentang proses atau kemajuan persalinan, prosedur pertolongan persalinan. Penyebab rasa sakit dalam persalinan antara lain:

- 1) Kontraksi uterus
 - a) Umumnya dimulai dari bawah pinggang menyebar ke bagian bawah perut dan kaki.
 - b) Dalam medis nyeri akibat kontraksi adalah hal yang fisiologis dalam proses persalinan
 - c) Merupakan nyeri primer melibatkan pinggang, punggung, perut, dan pangkal paha
 - d) Menyebabkan nyeri sekunder seperti mual, muntah, panas dingin, kram, dan pusing.
- 2) Penurunan kepala janin
 - a) Menyebabkan peregangan jaringan perineum
 - b) Ibu merasakan sakit akibat perobekan jaringan
 - c) Bersifat tajam dan panas

Cara mengurangi rasa sakit persalinan yaitu dengan mengurangi rasa sakit langsung pada sumbernya, memberikan rangsangan alternatif yang kuat serta mengurangi reaksi mental negatif emosional dan fisik ibu terhadap rasa sakit. (Kismoyo, C.P., dkk. 2014)

B. Kewenangan Bidan Terhadap Kasus Tersebut

1. Permenkes RI No. 28 Tahun 2017

Pasal 18

Dalam penyelenggaraan praktik kebidanan, bidan memiliki kewenangan untuk memberikan

- a) Pelayanan kesehatan ibu,
- b) Pelayanan kesehatan anak, dan
- c) Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.

Pasal 19

- 1) Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud Pasal 18 huruf (a) diberikan pada masa sebelum hamil, masa hamil, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui, dan masa antara dua kehamilan.
- 2) Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi pelayanan
 - (a) Konseling pada masa sebelum hamil.
 - (b) Antenatal pada kehamilan normal.
 - (c) Persalinan normal.
 - (d) Ibu nifas normal.
 - (e) Ibu menyusui.
 - (f) Konseling pada masa antara dua kehamilan.
- 3) Dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (2), bidan berwenang melakukan
 - (a) Episiotomi.
 - (b) Pertolongan persalinan normal
 - (c) Penjahitan luka lahir tingkat I dan II
 - (d) Penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan rujukan.
 - (e) Pemberian tablet tambah darah pada ibu hamil.
 - (f) Pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas.

- (g) Fasilitas atau bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi ASI eksklusif.
- (h) Pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala tiga dan postpartum.
- (i) Penyuluhan dan konseling.
- (j) Bimbingan pada kelompok ibu hamil.
- (k) Pemberian surat keterangan kehamilan dan kelahiran.

2. Standar Pelayanan Kebidanan

a) Standar 3 : identifikasi ibu hamil

Bidan melakukan kunjungan rumah dan berinteraksi dengan masyarakat secara berkala untuk memberikan penyuluhan dan motivasi ibu, suami, dan anggota keluarga agar mendorong ibu untuk memriksakan kehamilannya sejak dini.

b) Standar 4: Pemeriksaan dan Pemantauan Antenatal

Bidan memberikan 4 kali pelayanan antenatal. Pemeriksaan meliputi anamnesis, dan pemantauan ibu dan janin dengan seksama untuk menilai apakah perkembangan berlangsung dengan normal.

Bidan juga harus mengenali kehamilan rist/kelainan, khususnya anemia, kurang gizi, hipertensi, PMS/infeksi HIV, memberikan pelayanan imunisasi, nasehat dan penyuluhan, serta tugas terkait lainnya yang diberikan oleh puskesmas. Mereka harus mencatat data yang tepat pada setiap kunjungan. Bila ditemukan kelainan, mereka harus mampu mengambil tindakan rujukan.

c) Standar 8: Persiapan Persalinan

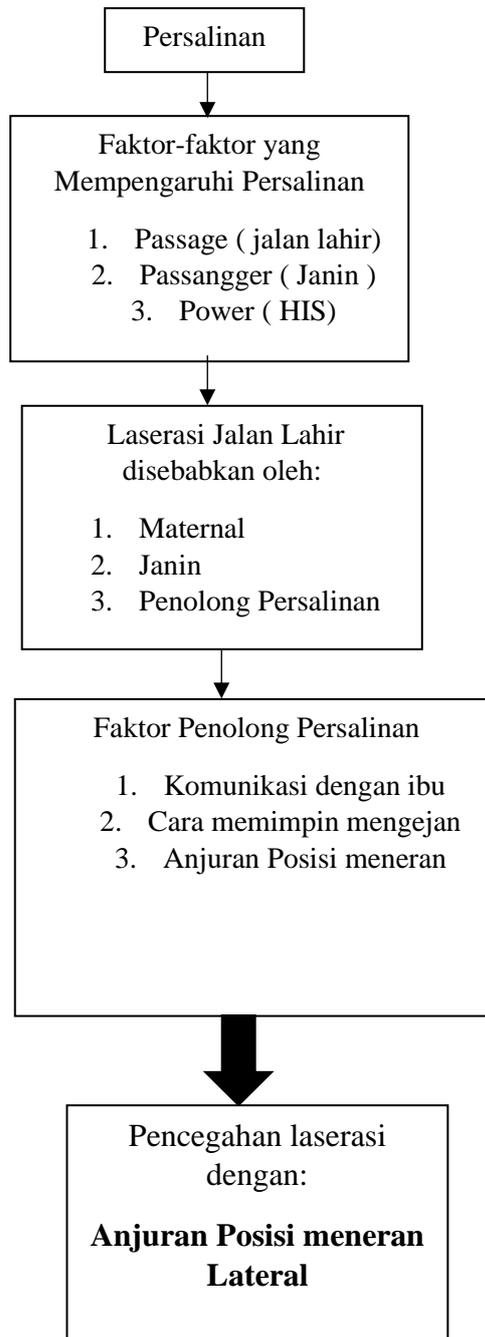
Bidan memberikan saran yang tepat kepada ibun hamil, suami, serta keluarganya pada trimester ke-3, untuk memastikan bahwa persiapan persalinan yang bersih dan aman serta suasana yang menyenangkan akan direncanakan dengan baik, disamping persiapan transportasi, dan biaya merujuk apabila tiba-tiba terjadikeadaan gawat darurat. Bidan hendaknya melakukan kunjungan rumah.

C. Hasil Penelitian Terkait

Berdasarkan jurnal kesehatan hasil penelitian dari Ahmad Hidayat, Istiqomah, Fitriani Salbiyah (Vol.9 No. 1 Juli, 2018) yang berjudul "Hubungan Posisi Meneran dengan Kejadian Laserasi pada Persalinan Normal Di RS. Dr. R Soeharsono Banjarmasin" menerangkan bahwa Hasil penelitian yang di dapatkan dari 30 orang pada posisi meneran seperti posisi setengah duduk, miring dan jongkok dengan masing-masing dibagi menjadi 10 orang yang bersalin normal di RS Dr. R. Soeharsono Banjarmasin. Pada ke-3 posisi tersebut yang mengalami kejadian laserasi terbanyak adalah posisi setengah duduk yaitu 9 orang (90%) sedangkan yang tidak mengalami kejadian laserasi ada 1 orang (10%), posisi miring ada 5 orang (50%) sedangkan yang tidak mengalami kejadian laserasi ada 5 orang (50%) dan jongkok ada 4 orang (40%) sedangkan yang tidak mengalami kejadian laserasi ada 4 orang (40%).

Berdasarkan jurnal kesehatan Hestri Norhapifah, Moh. Anwar, dan Farida Kartini² (Vol. 9 No. 1, Agustus 2016) yang berjudul "Pengaruh Posisi Bersalin Lateral atau Miring dan Setengah Duduk terhadap ruptur perineum pada kala II" menerangkan bahwa kejadian ruptur perineum pada kelompok posisi lateral lebih sedikit yaitu 13 (41,9%) dibandingkan dengan kelompok posisi setengah duduk yaitu 28 (90,3%). Terdapat pengaruh posisi bersalin lateral terhadap kejadian ruptur perineum dengan nilai p-value 0,00 dan RR sebesar 6,00 (95% CI : 1,96-18,3) yang berarti posisi persalinan lateral memiliki resiko 6,00 kali lebih besar untuk tidak mengalami ruptur dibandingkan dengan posisi setengah duduk. Terdapat pengaruh posisi bersalin Lateral dalam mencegah terjadinya ruptur perineum pada ibu primipara dimana didapatkan nilai RR sebesar 6,00 (95% CI : 1,96-18,3). Posisi persalinan lateral berpeluang 6,00 kali lebih besar untuk tidak mengalami ruptur perineum dibandingkan dengan posisi setengah duduk.

D. Kerangka Teori



Gambar 2.2 : Farida Widi Wulandari, Turlina. L, dan Meyvis .I.