

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Persalinan

1. Definisi Persalinan

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup di luar uterus melalui vagina ke dunia luar. Persalinan normal adalah persalinan yang dimulai secara spontan, beresiko rendah pada awal persalinan dan tetap demikian selama proses persalinan, bayi lahir secara spontan dalam persentasi belakang kepala pada usia kehamilan 37 – 42 minggu lengkap dan setelah persalinan ibu maupun bayi berada dalam kondisi sehat.(1)

Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin 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 pada janin. (8)

Persalinan normal adalah bayi lahir secara spontan setelah usia kehamilan cukup bulan (37 – 42 minggu) dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam tanpa tanpa terjadi komplikasi serta keadaan ibu dan bayi setelah persalinan dalam kondisi sehat.

2. Jenis Persalinan

Jenis persalinan adalah sebagai berikut(8), yaitu :

- a. Persalinan normal atau disebut juga persalinan spontan. Pada persalinan ini, proses kelahiran bayi pada letak belakang kepala (LBK) dengan tenaga ibu sendiri berlangsung tanpa bantuan alat serta tidak melukai ibu dan bayi yang umumnya berlangsung kurang dari 24 jam.
- b. Persalinan abnormal atau buatan. Persalinan pervaginam dengan menggunakan alat, seperti ekstraksi dengan forceps atau vakum atau melalui dinding perut dengan operasi section caesarea atau SC.

- c. Persalinan anjuran. Persalinan tersebut tidak dimulai dengan sendirinya, tetapi baru berlangsung setelah dilakukan perangsangan, seperti dengan pemecahan ketuban dan pemberian prostaglandin.

3. Etiologi Persalinan

Berikut ini adalah teori – teori penyebab terjadinya persalinan(1).

- a. Teori Penurunan Kadar Hormon Progesteron

Pada akhir kehamilan terjadi penurunan kadar progesteron yang mengakibatkan peningkatan kontraksi uterus karena sintesa prostaglandin di korioamnion.

- b. Teori Rangsangan Esterogen

Esterogen menyebabkan irritability myometrium, esterogen memungkinkan sintesa prostaglandin pada decidua dan selaput ketuban sehingga menyebabkan kontraksi uterus (miometrium).

- c. Teori Reseptor Oksitosin dan Braxton Hicks

Oksitosin adalah hormone yang dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars anterior. Distribusi reseptor oksitosin, dominan pada fundus dan korpus uteri, ia makin berkurang jumlahnya di segmen bawah rahim dan praktis tidak banyak dijumpai pada serviks uteri.

- d. Teori keregangan

Rahim yang menjadi besar dan meregang menyebabkan iskemia otot – otot, sehingga mengganggu sirkulasi utero plasenta.

- e. Teori Fetal Membran

Meningkatnya hormone esterogen menyebabkan terjadinya esteified yang menghasilkan arachnoid acid, arachnoid acid bekerja untuk pembentukan prostaglandin.

- f. Teori Plasenta Sudah Tua

Pada umur kehamilan 40 minggu mengakibatkan sirkulasi pada plasenta menurun segera terjadi degenerasi trofoblast maka akan terjadi penurunan produksi hormone.

g. Teori Tekanan Cerviks

Fetus yang berpresentasi baik dapat merangsang akhiran syaraf sehingga serviks menjadi lunak dan terjadi dilatasi internum yang mengakibatkan SAR (Segmen Atas Rahim) dan SBR (Segmen Bawah Rahim) bekerja berlawanan sehingga terjadi kontraksi dan retraksi.

4. Tanda Persalinan

Tanda – tanda persalinan itu sendiri ditandai dengan his persalinan, yang mempunyai ciri seperti pinggang terasa sakit yang menjalar ke depan, his bersifat teratur, interval semakin pendek dan kekuatan semakin besar, dan mempunyai pengaruh terhadap perubahan serviks. Selain his, persalinan ditandai juga dengan pengeluaran lendir dari kanalis servikalis karena terjadi pembukaan dan pengeluaran darah dikarenakan kapiler pembuluh darah pecah.(9)

Persalinan juga dapat disebabkan oleh pengeluaran cairan ketuban yang sebagian besar baru pecah menjelang pembukaan lengkap dan tanda in partu, yaitu meliputi:

- a. Adanya his
- b. Keluarnya lendir bercampur darah (bloody Show)
- c. Peningkatan rasa sakit
- d. Perubahan bentuk serviks
- e. Pendataran dan pembukaan serviks
- f. Pengeluaran cairan yang banyak atau selaput ketuban yang pecah dengan sendirinya.

5. Tahapan Persalinan

Tahapan persalinan dibagi menjadi 4 fase atau kala(1), yaitu :

a. Kala I

Kala I atau kala pembukaan berlangsung dari pembukaan nol (0 cm) samapai pembukaan lengkap (10 cm). Kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam, sedangkan multigravida sekitar 8 jam. Berdasarkan

kurva Friedman, diperhitungkan pembukaan primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multi gravid 2cm/jam.

Kala I pembukaaan dibagi menjadi dua fase, yakni:

1) Fase Laten

- a) Pembukaan serviks berlangsung lambat
- b) Pembukaan 0 sampai pembukaan 3 cm
- c) Berlangsung dalam 7-8 jam

2) Fase Aktif

Berlangsung selama 6 jam dan dibagi menjadi tiga subfase, yaitu:

- a) Periode akselerasi, Berlangsung 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm.
- b) Periode dilatasi maksimal (steady) selama 2 jam, pembukaaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.
- c) Periode deselerasi, berlangsung lambat, dalam waktu 2 jam pembukaan menjadi 10 cm atau lengkap.

b. Kala II

Kala II atau disebut juga kala “pengeluaran”, dimulai dengan pembukaaan lengkap dari serviks (10cm) dan berakhir dengan kelahiran bayi.

Gejala utama dari kala II adalah:

- 1) His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit dengan durasi 50 sampai 100 detik.
- 2) Menjelang akhir ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
- 3) Ketuban pecah pada pembukaan mendeteksi lengkap diikuti keinginan mengejan, karena
- 4) Kedua kekuatan, his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga terjadi: kepala membuka pintu, subocciput bertindak sebagai hipomoglion berturut – turut lahir ubun – ubujn besar, dahi, hidung, dan muka serta kepala seluruhnya.
- 5) Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putar paksi luar, yaitu penyesuaian kepala pada punggung.

- 6) Setelah putar paksi luar berlangsung, maka persalinan ditolong dengan jalan:
 - a) Kepala dipegang pada os occiput dan dibawah dagu, ditarik cunam kebawah untuk melahirkan bahu belakang
 - b) Setelah kedua bahu lahir, ketiak dikait untuk melahirkan sisa badan bayi
 - c) Bayi lahir diikuti oleh air ketuban
- 7) Pada primigravida kala II berlangsung rata – rata 1,5 jam dan pada multipara rata – rata 0,5 jam.

c. Kala III

Setelah kala II, kontraksi uterus berhenti sekitar 5 sampai 10 menit. Dengan lahirnya bayi, sudah mulai pelepasan plasentanya pada lapisan Nitabuch, karena sifat retraksi otot rahim. Lepasnya plasenta sudah dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda – tanda:

- 1) Uterus menjadi bundar
- 2) Uterus mendorong keatas karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim
- 3) Tali pusat bertambah panjang
- 4) Terjadinya perdarahan

Melahirkan plasenta dilakukan dengan dorongan ringan secara erede pada fundus uteri. Biasanya plasenta lepas dalam 6 samapai 15 menit setelah bayi lahir.

d. Kala IV

Kala IV dimaksudkan untuk melakukan observasi karena perdarahan postpartum paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Observasi yang dilakukan adalah pemeriksaan tanda – tanda vital, kontraksi uterus dan perdarahan.

6. Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

Faktor – faktor yang mempengaruhi persalinan, diantaranya adalah sebagai,(10) berikut :

a. Passage

Passage atau faktor jalan lahir dibagi atas:

- 1) Bagian keras: tulang – tulang panggul (rangka panggul)
- 2) Bagian lunak: otot – otot, jaringan – jaringan dan ligament - ligament

b. Passanger

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

c. Power

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

d. Psikis

Kehadiran suami walau sekedar menemani, memegang tangan istri dan membisikkan kata – kata penghibur kepada istri, akan memberikan dorongan kekuatan mental ekstra bagi istri. Walaupun tak dapat mengurangi rasa sakit, tetapi kekuatan mental yang diperoleh istri akan membuatnya lebih kuat menahan sakit, yang pada akhirnya akan mempermudah proses kelahiran.

e. Penolong

Penolong persalinan berpengaruh terhadap proses persalinan karena penolong sebagai instruktur saat proses persalinan berlangsung. Ibu dan keluarga biasanya mengharapkan penolong persalinan bisa memberikan yang terbaik selama proses persalinan.

7. Mekanisme Persalinan

Selama proses persalinan, janin melakukan serangkaian gerakan untuk melewati panggul (*seven cardinal movement of labor*)(10), yang terdiri dari:

a. Engangement

Terjadi ketika diameter terbesar dari persentasi bagian janin telah memasuki rongga panggul. Engangement telah terjadi ketika bagian tetrendah janin telah memasuki station nol atau lebih rendah.

b. Descent

Terjadi ketika bagian terbawah janin telah melewati panggul. Descent/penurunan terjadi akibat tiga kekuatan yaitu tekanan dari cairan amnion, tekanan langsung kontraksi fundus pada janin, dan kontraksi diafragma serta otot – otot abdomen ibu pada saat persalinan, dengan sumbu jalan lahir:

- 1) Sinklitismus: ketika sutura sagitalis sejajar dengan sumbu jalan lahir
- 2) Asinklitismus anterior: kepala janin mendekati ke arah promotarium sehingga os parietalis lebih rendah
- 3) Asinklitismus posterior: kepala janin mendekati ke arah simfisis dan tertahan oleh simfisis pubis

c. Fleksi

Segera setelah bagian terbawah janin yang turun tertahan oleh serviks, dinding panggul, atau dasar panggul, dalam keadaan normal fleksi terjadi dan dagu didekatkan ke arah dada janin.

d. Putaran Paksi Dalam

Putaran paksi dimulai pada bidang setinggi spina ischiadika. Setiap kali terjadi kontraksi, kepala janin diarahkan ke bawah lengkung pubis dan kepala berputar saat mencapai otot panggul

e. Ekstensi

Saat kepala janin mencapai perineum, kepala akan defleksi ke arah anterior oleh perineum. Mula – mula oksiput melewati permukaan bawah simfisis pubis, kemudian kepala keluar mengikuti sumbu jalan lahir akibat ekstensi.

f. Putaran Paksi Luar

Putaran paksi luar terjadi ketika kepala lahir dengan oksiput anterior, bahu harus memutar secara internal sehingga sejajar dengan diameter

anteroposterior panggul. Rotasi eksternal kepala menyertai rotasi internal bahu bayi.

g. Eksplusi

Setelah bahu keluar, kepala dan bahu diangkat ke atas tulang pubis ibu dan badan bayi dikeluarkan dengan gerakan fleksi lateral ke arah simfisis pubis.

B. Inersia Uteri

1. Definisi Inersia Uteri

Inersia uteri adalah suatu kontraksi dengan karakteristik yang dimulai dan berpusat pada fundus uteri, tetapi kontraksinya frekuensi lama, durasinya singkat. Definisi lain menyebutkan bahwa inersia uteri adalah kelainan his dengan kekuatan yang lemah atau tidak adekuat untuk melakukan pembukaan serviks atau mendorong anak keluar.(11)

Inersia uteri adalah pemanjangan fase laten atau fase aktif atau kedua – duanya pada kala pembukaan. Pemanjangan fase laten dapat disebabkan karena belum matang atau penggunaan analgetik terlalu dini. Pemanjangan fase aktif ditemukan pada disproporsi sefalopelvik atau kelainan anak.(3).

2. Pembagian Inersia Uteri

Dulu inersia uteri dibagi menjadi(3) :

- a) Inersia uteri primer, yaitu jika his lemah dari awal persalinan
- b) Inersia uteri sekunder, yaitu jika mula – mula his baik, tetapi kemudian melemah karena otot – otot rahim lelah akibat persalinan berlangsung lama.

Dalam obstetric modern, partus lama disertai kelelahan ibu tidak boleh terjadi. Oleh sebab itu, inersia uteri sekunder menurut pengertian diatas jarang ditemukan. Walau demikian, inersia uteri karena kelelahan masih sering terjadi di Indonesia karena 70 – 80 % persalinan berlangsung di luar rumah sakit dan tidak dipimpin oleh tenaga kesehatan terlatih.

Pembagian inersia yang sekarang berlaku ialah:

- a) Inersia uteri hipotonis, yaitu kontraksi terkoordinasi tapi lemah. Pada KTG tekanan tampak kurang dari 15 mmHg. Pada palpasi, frekuensi his eraba jarang, dan pada puncak kontraksi dinding, rahim masih dapat ditekan ke dalam. His disebut baik bila tekanan intrauterine mencapai 50 – 60 mmHg pada KTG. Oleh karena biasa terjadi dalam fase aktif atau kala II, kelainan ini dinamakan juga kelemahan his sekunder. Jarang terjadi asfiksia pada bayi, dan reaksi terhadap pitosin baik sekali.
- b) Inersia uteri hipertonis, yaitu kontraksi tidak terkoordinasi, misalnya kontraksi segmen tengah lebih kuat dari segmen atas. Inersia uteri ini sering disebut inersia spatias.

3. Etiologi Inersia Uteri

Penyebab inersia uteri(3), yaitu diantaranya :

- a. Penggunaan analgetik terlalu cepat
- b. Kesempitan panggul
- c. Letak defleksi (muka atau dahi)
- d. Kelainan posisi (POPP/Positio Occipito Posterior Persistens, transverse arrest)
- e. Regangan dinding rahim berlebihan (hidramion, kehamilan ganda)
- f. Rasa takut atau cemas ibu

4. Penyulit

Penyulit inersia uteri adalah sebagai berikut (12):

- a. Inersia uteri dapat menyebabkan kematian atau kesakitan
- b. Kemungkinan infeksi bertambah dan juga meningkatnya kematian perinatal
- c. Kehabisan tenaga ibu dan dehidrasi yaitu tanda – tandanya denyut nadi naik, suhu meninggi, astetonuria, napas cepat, meteorismus, dan turgor berkurang.

Persalinan tidak boleh berlangsung lebih lama dari 24 jam. Oleh karena itu, untuk mencegah timbulnya penyulit, persalinan harus dipantau dengan menggunakan partograf.

5. Penatalaksanaan Inersia Uteri

Jika his tidak adekuat sedangkan disproporsi dan obstruksi dapat disingkirkan maka dapat dilakukan, yaitu:(13)

- a. Pecahkan ketuban dan lakukan akselerasi persalinan dengan oksitosin kolaborasi dengan dokter SpOG
 - 1) Lakukan Amniotomi: kaji ulang indikasi, periksa detak jantung janin (DJJ), lakukan pemeriksaan serviks dan catat hasil pemeriksaan dengan menggunakan sarung tangan DTT, masukan ½ kocher yang dipegang tangan dan dengan bimbingan telunjuk dan jari tangan kanan hingga menyentuh selaput ketuban, gerakan kedua ujung jari tangan dalam bentuk untuk menorehkan gigi kocher hingga merobek selaput ketuban, catat hasil warnanya.
 - 2) Setelah amniotomi, periksa detak jantung janin (DJJ) pada saat kontraksi dan sesudah kontraksi uterus. Apabila ada kelainan detak jantung janin (DJJ) (kurang dari 100 atau lebih dari 180 DJJ permenit) suspek gawat janin.
 - 3) Jika kelahiran diperkirakan tidak terjadi dalam 18 jam, berikan antibiotika pencegahan: penisilin G 2 unit I.V atau ampisilin 2 g I.V (ulangi tiap 6 jam sampai kelahiran). Jika pasien tidak ada tanda -tanda infeksi sesudah kelahiran, antibiotik dihentikan.
 - 4) Jika proses persalinan yang baik tidak terjadi 1 jam setelah amniotomi, mulailah dengan infus oksitosin.
- b. Evaluasi kemajuan persalinan dengan pemeriksaan vaginal 2 jam setelah his adekuat
 - 1) Jika tidak ada kemajuan, laporkan untuk lakukan sectio sesarea
 - 2) Jika ada kemajuan, lanjutkan infus oksitosin dan evaluasi setiap 2 jam hasil dari kolaborasi dengan dokter SpOG.

C. Protokol Tindakan RSUD Sekarwangi

Tatalaksana penanggulangan inersia uteri di RSUD Sekarwangi, adalah sebagai berikut:

- a. Inersia Uteri Hipotonik
 - 1) Kalau ketuban positif, lakukan amniotomi dan pemberian tetes oksitosi.
 - 2) Kalau ketuban telah pecah dilakukan pemberian tetesan oksitosin
- b. Inersia ueteri hipertoniik
 - 1) Memberikan obat tokolitik
 - 2) Tetes oksitosin diberikan setelah gejala hipertonus menghilang

Tatalaksana pemberian tetesan oksitosin yaitu:

1. Memberikan 5UI oksitosin dalam 500cc dextrose 5% diberikan kecepatan awal 20 tetes per menit setiap 15 menit sampai didapatkan his yang memadai, 3 sampai 4 kali per 10 menit atau sampai batas waktu yang maksimal 60 tetes/menit Untuk grande multipara: kehamilan ganda dan bayi besar, maksimal 40 tetes per menit.
2. Tetesan oksitosin diberikan maksimal 2 labu dengan istirahat diantaranya 2 jam kecuali untuk letak sungsang hanya 1 labu.

D. Konsep Akselerasi Persalinan

Akselerasi persalinan adalah suatu tindakan terhadap ibu hamil inpartu untuk meningkatkan frekuensi, lama, dan kekuatan kontraksi uterus dalam persalinan. Akselerasi berbeda dengan induksi persalinan, induksi persalinan adalah suatu tindakan untuk merangsang uterus untuk memulai terjadinya persalinan sebelum adanya tanda dan gejala persalinan. Indikasi terjadinya akselerasi persalinan, yaitu: (13)

- a. Indikasi pada ibu : pre-eklampsia/eklampsia, hipertensi, diabetes melitus, dan kala I lama.
- b. Indikasi pada janin: kehamilan lewat waktu, ketuban pecah dini, makrosomia janin dan kematian janin.

Sedangkan kontra indikasi terjadinya akselerasi persalinan, yaitu:

- a. Malposisi dan malpresentasi janin.
- b. Insufisiensi plasenta.
- c. Disporposi sefalopelvik.
- d. Cacat rahim, misalnya pernah mengalami seksio sesarea.
- e. Grande multipara.
- f. Gemelli.
- g. Distensi rahim yang berlebihan misalnya pada hidramnion.
- h. Plasenta previa

Untuk metode akselerasi pada persalinan adalah metode drip/infus oksitosin. Oksitosin dianggap merangsang pengeluaran prostaglandin sehingga terjadi kontraksi otot rahim. Prosedur pemberian oksitosin adalah sebagai berikut:

- a. Pantau denyut nadi, tekanan darah, kontraksi ibu hamil, dan periksa denyut jantung janin (DJJ).
- b. Kaji ulang indikasi.
- c. Baringkan ibu hamil miring kiri.
- d. Catat semua pengamatan pada partograf tiap 30 menit, kecepatan infus oksitosin, frekuensi dan lamanya kontraksi, dan denyut jantung janin (DJJ). Dengar DJJ tiap 30 menit, dan selalu langsung setelah kontraksi. Apabila DJJ kurang dari 100 per menit, segera hentikan infus.
- e. Infuskan oksitosin 2,5 unit dalam 500 ml dekstrose (atau garam fisiologik) mulai dengan 10 tetes per menit.
- f. Naikkan kecepatan infus 10 tetes per menit tiap 30 menit sampai kontraksi adekuat (3 kali tiap 10 menit dengan lama lebih dari 40 detik) dan pertahankan sampai terjadi kelahiran.
- g. Jika terjadi hiperstimulasi (lama kontraksi lebih dari 60 detik) atau lebih dari 4 kali kontraksi dalam 10 menit, hentikan infus dan kurangi hiperstimulasi dengan Terbutalin 250 mcg intra vena
- h. pelan-pelan selama 5 menit, atau Salbutamol 50 mg dalam 500 ml cairan (garam fisiologik atau Ringe Laktat) 10 tetes per menit.
- i. Jika tidak tercapai kontraksi yang adekuat (3 kali dalam 10 menit dengan lama lebih dari 40 detik) setelah infus oksitosin mencapai 60 tetes per menit,

naikkan konsentrasi oksitosin menjadi 5 unit dalam 500 ml dekstrose (atau garam fisiologik) dan sesuaikan kecepatan infus sampai 30 tetes per menit. Naikkan kecepatan infus 10 tetes/menit tiap 30 menit sampai kontraksi adekuat (3 kali tiap 10 menit dengan lama lebih dari 40 detik) atau setelah infus oksitosin mencapai 60 tetes / menit.

- j. Jika masih tidak tercapai kontraksi yang adekuat dengan kontraksi yang lebih tinggi, pada multigravida induksi dianggap gagal, lakukan seksio sesarea. Pada primigravida, infus oksitosin bisa dinaikkan konsentrasinya yaitu 10 unit dalam 500 ml dekstrose (garam fisiologik) 30 tetes/ menit, naikkan 10 tetes tiap 30 menit sampai kontraksi adekuat. Jika kontraksi tetap tidak adekuat setelah 60 tetes/menit, lakukan seksio sesarea.

Yang disebut akselerasi persalinan berhasil dalam obstetri modern ialah bayi lahir pervaginam dengan skor APGAR baik >6. Komplikasi yang dapat terjadi adalah tetania uteri, ruptur uteri, dan gawat janin. Kondisi atau kesiapan serviks sangat penting bagi keberhasilan akselerasi. Karakteristik fisik serviks dan segmen bawah uterus serta ketinggian bagian presentasi janin (stasion) juga penting. Salah satu metode terukur yang dapat memprediksi keberhasilan induksi persalinan adalah skor Bishop.

Tabel 2.1 Penilaian skor bishop

Score	0	1	2	3
Pembukaan serviks (cm)	0	1 - 2	3 - 4	5 - 6
Pendataran serviks %	0 - 30 %	40 - 50 %	60 - 70 %	80 %
Penurunan Kepala	-3	-2	-1 atau 0	+1 atau +2
Konsistensi serviks	kaku	sedang	lunak	amat lunak
Posisi Ostium serviks	posterior	tengah	anterior	Anterior

Keberhasilan akselerasi persalinan:

- 1) Skor bishop 0-4 = angka keberhasilan induksi persalinan 50-60%
- 2) Skor bishop 5-9 = angka keberhasilan induksi persalinan 80 -

90%

- 3) Skor bishop >9 = angka keberhasilan induksi persalinan mendekati 100 %(14)

E. Konsep kecemasan

Menurut kamus kedokteran Dorland, kata kecemasan atau disebut dengan anxiety adalah keadaan emosional yang tidak menyenangkan, berupa respon – respon psikofisiologis yang timbul sebagai antisipasi bahaya yang tidak nyata atau khayalan, tampaknya disebabkan oleh konflik intrapsikis yang tidak disadari secara langsung. Sedaangkan menurut Maharani & Fakhurrozi kecemasan merupakan suatu pengalaman emosional yang timbul karena adanya ancaman yang tidak jelas penyebabnya, baik itu ancaman yang berasal dari luar maupun dari dalam individu itu sendiri. Maka dapat disimpulkan bahwa kecemasan adalah respon – respon fisik dan psikis berupa keadaan emosional yang tidak menyenangkan akibat adanya ancaman dari luar maupun dari dalam individu itu sendiri. Aspek – aspek kecemasan sendiri terbagi tiga yaitu:

1. Aspek fisik, seperti pusing, sakit kepala, tangan mengeluarkan keringat menimbulkan rasa mual pada perut, mulut kering, grogi dan lain-lain.
2. Aspek emosional, seperti timbulnya rasa panik dan rasa takut.
3. Aspek mental atau kognitif, seperti timbulnya gangguan terhadap perhatian dan memori, rasa khawatir ketidak karuanan dalam berfikir, bingung dan tidak mau ditinggal sendiri.

Gejala aspek-aspek kecemasan yaitu:

1. Aspek kognitif: sulit konsentrasi, pikiran membingungkan, pikiran yang mengganggu selalu muncul berulang.
2. Aspek afektif: takut, khawatir, gelisa.
3. Aspek motor rik: gemetar, pusing, telapak tangan berkeringat.

Berdasarkan dari aspek-aspek di atas dapat disimpulkan bahwa, aspek dari kecemasan adalah seseorang akan merasa khawatir, emosional yang tidak stabil, terjadinya hambatan dalam menyelesaikan sesuatu, sulit berkonsentrasi, pikiran

terganggu, serta tubuh merasakan gemeteran, pusing dan tangan berkeringat. Untuk Faktor – faktor yang mempengaruhi kecemasan yaitu:

1. Pengalaman negatif masa lalu
2. Pikiran tidak rasional yaitu seperti:
 - a. Kegagalan ketastropik, yaitu adanya sumsi dari individu bahwa sesuatu ynag buruk akan terjadi pada dirinya.
 - b. Kesempurnaan, individu mengharapkan kepada dirinya untuk berperilaku sempurna dan tidak memiliki cacat.
 - c. Persetujuan
 - d. Generalisasi yang tidak tepat.

Tingkat kecemasan diantaranya:

1. Ansietas ringan

Berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari, ansietas ini menyebabkan individu menjadi waspada dan meningkatkan lapang persepsinya. Ansietas ini dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan serta kreativitas.

2. Ansietas sedang

Memungkinkan individu untuk berfokus pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain. Ansietas ini mempersempit lapang persepsi individu. Dengan demikian, individu mengalami tidak perhatian yang selektif namun dapat berfokus pada lebih banyak area jika diarahkan untuk melakukannya.

3. Ansietas berat

Sangat mengurangi lapang persepsi individu. Individu cenderung berfokus pada sesuatu yang rinci dan spesifik serta tidak berpikir tentang hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan. Individu tersebut memerlukan banyak arahan untuk berfokus pada area lain.

4. Tingkat panik

Berhubungan dengan terperangah, ketakutan, dan teror. Hal yang rinci terpecah dari proporsinya karena mengalami kehilangan kendali, individu yang mengalami panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan arahan. Panik mencakup disorganisasi kepribadian dan menimbulkan

peningkatan aktivitas motorik, menurunnya kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang, dan kehilangan pemikiran yang rasional.

Kecemasan sendiri dapat diredakan dengan mengontrol pikiran – pikiran, restrukturisasi kognitif, bahkan dapat dibantu melalui layanan konseling ringkas berfokus solusi, dan konseling kognitif behavior. Berbagai upaya dalam meredakan kecemasan selama kehamilan atau persalinan yaitu:

1. Dukungan keluarga terutama suami sangat dominan dalam mengurangi kecemasan selama kehamilan. Dukungan suami adalah dorongan, motivasi terhadap istri baik secara moral maupun material. Kehadiran suami bagi seorang ibu yang mengalami kesulitan dapat memberikan moril, fisik sehingga dapat mengurangi beban yang dirasakan, khususnya pada masa kehamilan dan saat menghadapi proses persalinan.
2. Konseling tenaga kesehatan sebagai professional seperti dokter spesialis kandungan, dokter umum, bidan tidak kalah peran dalam membantu meredakan kecemasan selama kehamilan dan proses persalinan. Konseling yang dilakukan secara benar sangat memengaruhi mekanisme coping dan berdampak pada timbulnya kepercayaan diri sendiri serta penurunan kecemasan dalam menghadapi persalinan.
3. Melakukan meditasi dan relaksasi yaitu dengan pejamkan mata dan pikirkan suatu tempat atau situasi yang membuat merasa tenang dan damai. Sambil memikirkannya, atur napas sepele dan sedalam mungkin untuk membantu menenangkan pikiran menjelang persalinan.

Selain upaya – upaya diatas hal – hal ini juga dapat mengurangi rasa cemas yaitu dengan art therapy, aromatherapy, hipnotis, terapi musik, berfikiran positif, distraksi dengan hal – hal lain seperti berbincang dengan orang lain.

F. Kewenangan Bidan

Pada undang – undang nomor 4 tahun 2019 tentang kebidanan dalam pasal 49 ayat (1) yang berbunyi “Dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 ayat (1) huruf a, Bidan berwenang:

- a. Memberikan Asuhan Kebidanan pada masa sebelum hamil
- b. Memberikan Asuhan Kebidanan pada masa kehamilan normal
- c. Memberikan Asuhan Kebidanan pada masa persalinan dan menolong persalinan normal
- d. Memberikan Asuhan Kebidanan pada masa nifas
- e. Melakukan pertolongan pertama kegawatdaruratan ibu hamil, bersalin, nifas, dan rujukan; dan

Melakukan deteksi dini kasus risiko dan komplikasi pada masa kehamilan, masa persalinan, pascapersalinan, masa nifas, serta asuhan pascakeguguran dan dilanjutkan dengan rujukan.”(15)

G. Aplikasi Manajemen Kebidanan Persalinan Pada Inersia Uteri

Kala I(16)

A. Data Subjektif

1. Identitas Ibu

Untuk mengkaji nama, usia/tanggal lahir (menentukan apakah ibu dalam persalinan beresiko), agama, pendidikan terakhir, suku/bangsa, alamat. Data ini untuk mengenali identitas pasien.

2. Riwayat pasien

a. Keluhan utama

Kapan mulai terasa kencang-kencang diperut, bagaimana intensitas dan frekuensinya adekuat/tidak, teratur/tidak. Serta keluhan lain yang ibu rasakan seperti kelelahan, merasa cemas, pusing dll.(7)

b. Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas lalu

Untuk mengetahui apakah ibu memiliki riwayat penyulit saat kehamilan, persalinan dan nifas seperti mengalami anemia, bayi besar, disproporsi janin yang dapat menyebabkan inersia uteri. Serta untuk mengetahui apakah ibu primigravida atau multigravida. (2)

c. Riwayat kesehatan

Sebagai data “warning” atau kemungkinan terjadinya penyulit saat persalinan. Serta riwayat – riwayat yang dapat menimbulkan terjadinya inersia uteri seperti adanya anemia.(7)

B. Data Objektif

1. Keadaan umum : Baik/Lemah atau Kelelahan
2. Kesadaran : Compos Mentis/Somnolen/Koma/Apatis
3. Tanda-tanda vital : Tekanan darah 120/80 mmHg atau 110/70mmHg diukur 4 jam sekali, Nadi 60-100x/menit (jika >100x/menit, adanya infeksi/perdarahan), Suhu 36.5°C diukur 4 jam sekali (jika <36.5°C, adanya infeksi).
4. Pemeriksaan fisik
 - a. Mata : Sklera tidak kuning dan konjungtiva tidak pucat (anemia/tidak)
 - b. Abdomen :

Palpasi Leopold

(untuk mengetahui posisi janin apakah terjadi disproporsi yang dapat menyebabkan inersia uteri)(3)

Leopold I: Mengukur TFU. Teraba lunak, bulat dan tidak melenting (bokong)

Leopold II:Bagian kiri perut teraba bagian kecil dan tidak beraturan (ekstremitas). Bagian kanan perut ibu teraba rata, memanjang keras seperti papan (punggung)

Leopold III:Bagian terbawah janin teraba keras, melenting, tidak dapat digerakkan (presentasi kepala, kepala sudah masuk panggul)

Leopold IV:Kedua tangan tidak bertemu (divergen) dan
penurunan kepala (kepala sudah masuk Pintu Atas Panggul

Palpasi Abdomen

Kontraksi menghitung frekuensi, durasi, intensitas. Contoh kontraksi 3x
tiap 10 menit, kuat, teratur. Durasi 40-50 detik. Jika kontraksi dibawah
3x10' lamanya kurang dari 40-50 detik kemungkinan dapat terjadi
inersia. (13)

Auskultasi Abdomen

DJJ 120-160x/menit, jelas dan teratur, punctum maksimum di kanan
bawah pusat

c. Genetalia : tidak ada edema, tidak ada varises, adanya
pengeluaran pervagina lendir darah. Porsio tebal
lunak, pembukaan 1-10 cm, presentasi janin,
penurunan kepala, selaput ketuban utuh/pecah

d. Anus : Tidak terdapat haemoroid

5. Pemeriksaan penunjang

USG dan Laboratorium (Hb, golongan darah, protein urine, glukosa
urine). Hb normal ibu hamil 11,0 gr/dl jika kurang maka kemungkinan
mengalami anemia yang salah satunya dapat menyebabkan inersia uteri.(7)

C. Analisa

Ny.....Usia.....Hamil.... minggu dengan Inersia Uteri

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu hasil pemeriksaan.
2. Observasi keadaan pasien, janin, dan kemajuan persalinan serta pastikan
kandung kemih kosong. Serta melakukan pemeriksaan apakah terjadi
disproporsi dan obstruksi yang dapat menyebabkan terjadinya inersia
uteri. Jika tidak ada hal tersebut dapat melakukan:(13)
 - a. Pecahkan ketuban dan lakukan akselerasi persalinan dengan
oksitosin kolaborasi dengan dokter SpOG

- 1) Lakukan Amniotomi: kaji ulang indikasi, periksa detak jantung janin (DJJ), lakukan pemeriksaan serviks dan catat hasil pemeriksaan dengan menggunakan sarung tangan DTT, masukan ½ kocher yang dipegang tangan dan dengan bimbingan telunjuk dan jari tangan kanan hingga menyentuh selaput ketuban, gerakan kedua ujung jari tangan dalam bentuk untuk menorehkan gigi kocher hingga merobek selaput ketuban, catat hasil warnanya.
 - 2) Setelah amniotomi, periksa detak jantung janin (DJJ) pada saat kontraksi dan sesudah kontraksi uterus. Apabila ada kelainan detak jantung janin (DJJ) (kurang dari 100 atau lebih dari 180 DJJ permenit) suspek gawat janin.
 - 3) Jika kelahiran diperkirakan tidak terjadi dalam 18 jam, berikan antibiotika pencegahan: penisilin G 2 unit I.V atau ampicilin 2 g I.V (ulangi tiap 6 jam sampai kelahiran). Jika pasien tidak ada tanda-tanda infeksi sesudah kelahiran, antibiotik dihentikan.
 - 4) Jika proses persalinan yang baik tidak terjadi 1 jam setelah amniotomi, mulailah dengan infus oksitosin.
- b. Evaluasi kemajuan persalinan dengan pemeriksaan vaginal 2 jam setelah his adekuat
- 1) Jika tidak ada kemajuan, laporkan untuk lakukan sectio sesarea
 - 2) Jika ada kemajuan, lanjutkan infus oksitosin dan evaluasi setiap 2 jam hasil dari kolaborasi dengan dokter SpOG
3. Bidan terus memantau tanda-tanda vital ibu tekanan darah setiap 4 jam pada fase laten dan fase aktif, suhu badan setiap 4 jam fase laten dan 2 jam fase aktif, nadi setiap 30-60 menit fase laten dan fase aktif, denyut jantung anin setiap 1 jam fase laten dan 30 menit fase aktif, kontraksi setiap 1 jam fase laten dan 30 menit fase aktif, pembukaan serviks setiap 4 jam fase laten dan aktif, penurunan setiap 4 jam fase laten dan aktif (partograf).
 4. Bidan harus tetap menjaga privasi ibu dalam persalinan.

Kala II(16)

A. Data Subjektif

Terdapat keluhan tanda gejala kala II pada ibu seperti ingin meneran atau terasa ingin buang air besar.

B. Data Objektif

1. Kondisi Umum : Baik/lemah
2. Tanda-tanda vital : Tekanan darah 120/80 mmHg, Nadi 60-100x/menit, Pernapasan normal, teratur, dengan frekuensi 16-20 kali per menit, kecuali ada gangguan khusus pada sistem pernapasan, suhu 36,5°C.

3. Pemeriksaan Abdomen

Kontraksi (normal durasi lebih dari 40 detik, frekuensi lebih dari 3 kali dalam 10 menit, intensitas kuat/tidak, teratur/tidak), DJJ 120-160x/menit, cek kandung kemih penuh/kosong.

4. Pemeriksaan Genetalia

Pemeriksaan tanda gejala kala II seperti perineum menonjol, vulva membuka serta kemajuan persalinan, pembukaan dan penipisan serviks sudah lengkap, selaput ketuban apabila selaput ketuban sudah tidak ada maka periksa karakteristik air ketuban, presentasi dan penurunan kepala.

C. Analisa

Inpartu Kala II

D. Penatalaksanaan

1. Jaga kebersihan pasien
2. Atur posisi persalinan
3. Berikan hidrasi
4. Libatkan suami dalam pendampingan persalinan
5. Berikan dukungan mental
6. Lakukan pertolongan persalinan kala II.

Kala III(16)

A. Data Subjektif

Pasien mengatakan bayinya telah lahir dan mengatakan ari-arinya belum keluar. Ibu merasa mulas.

B. Data Objektif

1. Kondisi umum : baik/lemah

2. Abdomen

Pemeriksaan bentuk dan tinggi uterus, pemeriksaan adanya janin kedua. Kontraksi baik

3. Genetalia

Pemeriksaan adanya tali pusat memanjang di depan vulva serta terdapat semburan darah secara tiba-tiba.

C. Analisa

Inpartu Kala III

D. Penatalaksanaan

1. Berikan pujian kepada pasien dan suami

2. Berikan hidrasi pada pasien

3. Berikan suntikan oksitosis dosis 0,5 cc secara IM

4. Lakukan pemotongan tali pusat

5. Membersihkan bagian bawah bokong pasien dari air ketuban dan darah

6. Atur posisi pasien.

7. Melakukan manajemen aktif kala III yaitu memberikan suntik oksitosin, mengendalikan tegangan pada tali pusat, masase fundus uteri segera mungkin setelah plasenta lahir.

8. Kontraksi uterus baik, mengecek kelengkapan plasenta (plasenta lahir spontan, jumlah kotiledon, selaput ketuban utuh/tidak, perdarahan sedang.

Kala IV(16)

A. Data Subjektif

Ibu merasakan mulas setelah plasenta lahir.

B. Data Objektif

1. Kondisi umum : baik/lemah
2. Tanda-tanda vita : Pemeriksaan tekanan darah, nadi, respirasi, suhu setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua setelah persalinan.
3. Abdomen

TFU 1-2 jari dibawah pusat diperiksa setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua, serta periksa kandung kemih kosong/penuh dan kontraksi baik.
4. Genetalia

Mengecek pengeluaran darah dipantau selama 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua. Apakah perdarahan lebih dari 500 cc dan memeriksa vagina, dan perineum ibu apakah ada laserasi yang membutuhkan jahitan.

C. Analisa

Inpartu Kala IV

D. Penatalaksanaan

1. Observasi tanda vital pasien, kontraksi uterus, kandung kemih tiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua.
2. Bimbing pasien dan pantau pelaksanaan IMD selama kala IV
3. Observasi jalan lahir dan perdarahan dilanjutkan dengan penjahitan luka perineum
4. Menganjurkan ibu untuk makan dan minum agar memulihkan tenaga ibu lagi dan tidak terjadinya dehidrasi.
5. Bidan membersihkan ibu dan memberikan pakaian bersih serta kering, mempersilahkan ibu untuk istirahat, menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya, dan membantu ibu jika ingin ke kamar mandi.
6. Melakukan pendokumentasian dan meengkapi partograf
7. Memberikan terapi oral kepada ibu yaitu Amoksilin sebanyak 1x500mg, Fe 1 tablet, dan paracetamol 1x500 mg.