

Buku Referensi

SARI KURMA

UNTUK KEMAJUAN PERSALINAN
KALA 1 FASE LATEN PRIMIPARA

Lidia Widia.,S.ST.M.Kes
Dr. Widia Shofa Ilmiah.,SST.M.Kes
Rusmilawaty, SKM,M.PH
Hj. Erni Setiawati.SST.,M.Pd



SARI KURMA

UNTUK KEMAJUAN PERSALINAN KALA 1 FASE LATEN PRIMIPARA

Lidia Widia.,S.ST.M.Kes

Dr. Widia Shofa Ilmiah.,SST.M.Kes

Rusmilawaty, SKM,M.PH

Hj. Erni Setiawati.SST.,M.Pd



Sari Kurma Untuk Kemajuan Persalinan Kala I Fase Laten Primipara

Penulis:

Lidia Widia.,S.ST.M.Kes

Dr. Widia Shofa Ilmiah.,SST.M.Kes

Rusmilawaty, SKM,M.PH

Hj. Erni Setiawati.SST.,M.Pd

ISBN: 978-623-8063-36-9

Editor:

Kholid Rosyidi MN

Desain Cover:

KHD Production

Penerbit:

KHD Production

CV. KHD Production

Jl Dusun Kalianyar Selatan RT 19 RW04 Kec. Tamanan Kab. Bondowoso Tlp 082282813311

Website: <http://www.khdproduction.com/>

Anggota IKAPI No: 235/JTI/2019

Cetakan Pertama, Juli 2023

Dilarang memperbanyak, memperbanyak sebagian atau seluruh isi dari buku ini dalam bentuk apapun, tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, puji syukur kita panjatkan kehadiran Tuhan yang Maha Esa atas limpahan Rahmat dan Karunia-Nya sehingga penulis buku yang berjudul “Sari Kurma Untuk Kemajuan Persalinan Kala I Fase Laten pada Primipara” Dapat terselesaikan dengan Baik.

Buku ini disusun untuk memberikan informasi atau panduan kepada tenaga kesehatan terutama bidan, pasien dan keluarga pasien ibu hamil dalam upaya untuk kemajuan persalinan kala 1 fase laten pada primipara.

Penulis menghaturkan terimakasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penulisan buku ini khususnya pada responden dan tim pelayanan kesehatan yang memberikan motivasi informasi.

Kami menyadari bahwa tulisan ini masih memiliki kekurangan sehingga kami membuka diri untuk menerima masukan

Hormat Kami

Tim Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	v
DAFTAR GAMBAR	vii
DAFTAR TABEL	viii
BAB I SARI KURMA	1
A. Definisi Kurma.....	1
B. Jenis-Jenis Kurma	3
C. Manfaat Kurma	6
D. Cara Pembuatan Sari Kurma untuk Ibu Bersalin	8
BAB II PERSALINAN	13
A. Definisi Persalinan.....	13
B. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Persalinan	14
C. Teori Penyebab Terjadinya Persalinan	15
D. Tanda-Tanda Persalinan.....	17
E. Tanda-Tanda Timbulnya Persalinan.....	18
F. Tahapan Persalinan.....	19
G. Perubahan Fisiologis dan Psikologis Pada Kala I.....	22
H. Perubahan Psikologis Pada Kala I	23
I. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Lama Persalinan.....	23
J. Manajemen Kala I.....	25
K. Sari Kurma untuk Kemajuan Persalinan Kala I Fase Laten Primipara	26
BAB III FISILOGI PERSALINAN KALA I	28
A. Uterus.....	28
B. Serviks.....	28
C. Lendir Percampur Darah	30
D. Ketuban.....	31
E. Tekanan Darah	31
F. Metabolisme	32
G. Suhu Tubuh.....	32
H. Detak Jantung	32
I. Perubahan Pernapasan.....	33
J. Perubahan Renal.....	33
K. Gastointestinal.....	34

L. Hematologi.....	35
BAB IV PEMERIKSAAN OBSTETRI KALA I	36
A. Pemeriksaan Fisik Umum	36
B. Pemeriksaan Khusus Obstetric	36
C. Palpasi Abdomen Pada Kehamilan	36
D. Vaginal Toucher pada Kasus Obstetri	38
BAB V MANAJEMEN ASUHAN KALA I.....	40
A. Pengkajian.....	40
B. Merumuskan Diagnosa/Masalah kebidanan	41
C. Antisipasi Diagnosa/Masalah Potensial	40
D. Menetapkan Kebutuhan Tindakan Segera	41
E. Merencana Asuhan Secara Menyeluruh.....	42
F. Implementasi.....	43
G. Evaluasi	43
H. Partograf	43
BAB VI ANATOMI OTOT DAN TULANG PANGGUL	50
A. Anatomi Panggul.....	50
B. Otot Dasar Panggul.....	53
C. Lantai Panggul	57
D. Anatomi Persalinan dan Tulang Panggul.....	59
BAB VII PARTUS TAK MAJU	63
A. Definisi Partus Tak Maju	63
B. Klasifikasi Partus Lama	66
C. Dampak Persalinan Lama.....	67
D. Klasifikasi Partus Lama	70
E. Penanganan Partus Lama	72
DAFTAR PUSTAKA.....	75
CV Penulis	78

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1. Ruthab (kurma basah)	1
Gambar 1.2. Tamr (kurma kering)	2
Gambar 1.3 Kurma Ajwah.....	2
Gambar 1.4 Blender	8
Gambar 1.5 Gelas ukur	8
Gambar 1.6 Kurma ajwah.....	9
Gambar 1.7 Air	9
Gambar 1.8 Gelas Minum atau Kemasan Botol Higienis	9
Gambar 1.13 Blender Kurma Basah Sampai Tercampur	11
Gambar 1.14 Blender Kurma Basah Sampai Tercampur	11
Gambar 1.15 Tuangkan Dalam Gelas Atau Kemasan Sari Kurma Ajwah	11
Gambar 1.16 Kemasan Sari Kurma Ajwah	12
Gambar 2.1 Ibu Bersalin.....	13
Gambar 2.2 Ibu Hamil Kontraksi	14
Gambar 2.3 Kala II Persalinan	20
Gambar 2.4 Kala III Persalinan	20
Gambar 3.1 Uterus.....	28
Gambar 3.2 Penipisan serviks (effacement).....	29
Gambar 3.2 Bloody Show	30
Gambar 3.3 Ketuban.....	31
Gambar 3.4 Metabolisme	32
Gambar 5.1 Partograf	49
Gambar 6.1 Anatomi Panggul Wanita.....	50
Gambar 6.2 Anatomi Otot Dasar Panggul Wanita	54
Gambar 7.1 Rupture Uteri.....	67
Gambar 7.2 Fistula.....	68
Gambar 7.3 Sepsis Puerpuralis	68
Gambar 7.4 Cedera Otot Dasar Panggul	69
Gambar 7.5 Kaput Suksedaneum.....	69
Gambar 7.6 Molase	70

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Rincian Kandungan Gizi Kurma Secara Umum (per 100 gr).....	4
Tabel 1.2 Kandungan Kimiawi Kurma Ajwah (gr/100 gr)	5
Tabel 1.3 Kandungan Mineral Kurma Ajwah (mg/100gr).....	5
Tabel 6.1 Diameter Kepala Janin dalam Kaitannya dengan Presentasi	6

A. Definisi Sari Kurma

Kurma, atau dalam bahasa ilmiahnya *dactylifera phoenix*, adalah buah-buahan yang berasal dari Jazirah Arab, Timur Tengah, dan Afrika Utara. Kurma memiliki warna yang bervariasi mulai coklat muda sampai warna hampir hitam. Kurma juga diketahui memiliki bentuk yang beragam mulai persegi panjang, bulat kecil sampai buahnya yang panjang. Jenis kurma yang di ekspor yaitu jenis kurma kering. Komposisi kurma diketahui memiliki nutrisi yang tinggi antara lain fitokimia, air, dan gula alami yang dapat dimanfaatkan menjaga kesehatan. Kurma juga memiliki komposisi fruktosa dan glukosa yang berfungsi sebagai sumber energi yang banyak mengandung asam amino. Berikut jenis-jenis kurma:

1. *Ruthab* (Kurma Basah)

Kurma jenis ini bermanfaat untuk mencegah pendarahan pada perempuan yang melahirkan, mempercepat proses persalinan dan mempercepat kembalinya rahim ke posisi normal sebelum kehamilan selanjutnya. Hal ini dikarenakan kurma *ruthab* mengandung hormon yang mirip dengan oksitosin yang dapat membantu dalam proses persalinan. Oksitosin adalah hormon yang berfungsi mempercepat proses persalinan dengan memicu timbulnya kontraksi dan membantu perempuan dalam proses kelancaran menyusui.

2. *Tamr* (Kurma Kering)

Senyawa oksitosin yang dihasilkan dari buah kurma berperan dalam membantu perempuan pada proses persalinan dan laktasi, karena mengandung serat yang bertugas untuk mengontrol buang air besar dan memperkuat rahim saat persalinan.



Gambar 1.1. *Ruthab* (kurma basah)

Sumber: kurmasehat.com (2017)



Gambar 1.2. *Tamr* (kurma kering)

Sumber: kurmasehat.com (2017)



Gambar 1.3 Kurma *Ajwah*

Sumber: Novembryana (2018)

B. Jenis-Jenis Kurma

1. Kurma *Ajwah*

Jenis kurma *Ajwah* di Pasaran merupakan kurma yang paling banyak diberi judul. Kurma *Ajwah* tumbuh terutama di kota Madinah, bentuknya lebih kecil dan warnanya lebih gelap. Kurma jenis ini mungkin adalah kurma favorit Nabi Muhammad SAW.

Kandungan gula yang terdapat pada kurma jenis ini relatif tinggi, sehingga kurma ajwah dapat memberikan energi tambahan. Kandungan gula pada kurma *ajwah* berbeda dengan gula pada buah lainnya. Kurma *Ajwah* tidak hanya tinggi gula, tetapi juga mengandung potasium, yang berfungsi mengobati stres, sembelit, kelemahan otot. Selain itu, kandungan Fe dan Ca pada kurma *ajwah* dapat mengurangi risiko penyakit berbahaya seperti penyakit jantung dan diabetes.

Kurma *ajwah* mengandung hormon potuchin yang memiliki fungsi dapat memperkuat otot rahim, sehingga dapat meminimalisir terjadinya risiko keguguran. Selanjutnya, dalam kurma jenis ini terdapat hormon oksitosin yang bertugas merangsang kontraksi otot rahim sehingga memperlancar persalinan. Hormon ini memiliki fungsi lain dalam mendukung produksi ASI pada ibu laktasi.

Kandungan gula yang tinggi pada kurma *ajwah* yang dikonsumsi, selanjutnya diubah menjadi energi di dalam tubuh. Bagi ibu yang akan melahirkan, energi ini sangat penting, dengan mengkonsumsi kurma *ajwah*, calon ibu mendapatkan cadangan energi yang cukup saat proses persalinan.

2. Kurma *Deglet Noor*

Kurma emas, jenis kurma ini memiliki tekstur tidak terlalu kering, tidak terlalu manis, merupakan varietas unggulan yang dikenal di Libya, Aljazair, Amerika dan Tunisia. Bagi yang tidak suka manis, kurma ini menjadi pilihan karena rasanya yang tidak terlalu manis dan daging buahnya tidak terlalu keras.

3. Kurma *Amer Hajj*

Kurma jenis ini disebut juga sebagai Amir Haji. Varietas kurma ini memiliki ciri daging buahnya yang sangat lembut serta tebal. Dalam banyak tradisi, tanggal jenis ini sering disebut sebagai hari penyambutan atau hari tamu.

4. Kurma *Mozafati*

Jenis ini dapat disimpan pada suhu -5 derajat hingga 2 tahun. Kurma *Mozafati* adalah kurma berwarna gelap, bertekstur lembut, berukuran sedang. Seperti namanya, kurma jenis ini tersebar luas di wilayah Mozafat.

5. Kurma *Halawi*

Kurma jenis ini dikenal sebagai kurma *holwah*, artinya "manis" dalam bahasa Arab. Kurma jenis ini memiliki rasa yang sangat manis dibandingkan jenis kurma lainnya.

6. Kurma *Umelkhashab*

Kurma jenis ini memiliki kombinasi rasa yaitu manis dan sedikit pahit. Varietas kurma ini berasal dari Arab Saudi. Selain rasanya yang unik, *umelkhabi* memiliki warna yang sedikit kemerahan.

7. Kurma *Thoory*

Kurma jenis ini memiliki kombinasi rasa manis serta sedikit pahit. Varietas kurma ini berasal dari Arab Saudi. Selain rasanya yang unik, *umelkhabi* memiliki warna yang sedikit kemerahan. Di Indonesia jenis kurma *Thoory* atau *Thuri* ini sudah umum. Hal ini dikarenakan umurnya yang panjang. Ciri utamanya yaitu daging dan buahnya sangat kering. Meskipun kering, kulit kurma ini biasanya keras serta sulit dimakan. Akan tetapi, rasa daging buahnya manis dan hampir seperti kacang.

8. Kurma *Zaghloul*

Bentuknya panjang, agak lonjong. Warnanya merah tua serta sangat manis. Rasa manis yang khas dari kurma ini tetap melekat di lidah.

Tabel 1.1 Rincian Kandungan Gizi Kurma Secara Umum (per 100 gr)

No.	Unsur	Nilai Gizi
1.	Energi	277 kkal
2.	Karbohidrat	74,97 gr

No.	Unsur	Nilai Gizi
3.	Protein	0,81 gr
4.	Total lemak	0,15 gr
5.	Sodium	1 mg
6.	Serat makanan	6,7 gr
7.	Asam folat	15 mcg
8.	Niacin	610 mg
9.	Gula	56,38 gr
10.	Asam pantotenat	0,805 mg
11.	Piridoksin	0,249 mg
12.	Riboflavin	0,249 mg
13.	Thiamin	0,50 mg
14.	Vitamin A	1,49 IU
15.	Vitamin K	2,7 mcg
16.	Potasium	696 mg
17.	Kalsium	64 mg
18.	Tembaga	0,362 mg
19.	Besi	0,90 mg
20.	Magnesium	54 mg
21.	Mangan	0,296 mg
22.	Fosfor	62 mg
23.	Seng	0,44 mg

Sumber : *USDA National Nutrient Database (2010)*

Tabel 1.2 Kandungan Kimiawi Kurma *Ajwah* (gr/100 gr)

No.	Kandungan Kimiawi	Gr/100 gr
1.	Air	22,8
2.	Total gula	74,3
3.	Sukrosa	3,2
4.	Glukosa	51,3
5.	Fruktosa	48,5
6.	Protein	2,91
7.	Lipid	0,47
8.	Zat lain (<i>ash</i>)	3,43

Sumber : *USDA National Nutrient Database (2010)*

Tabel 1.3 Kandungan Mineral Kurma *Ajwah* (mg/100gr)

No.	Kandungan Mineral	Mg/100gr
1.	Kalsium	187
2.	Fosfor	27
3.	Potassium	476,3
4.	Sodium	7,5
5.	Magnesium	150

Sumber : *USDA National Nutrient Database (2010)*

C. Manfaat Kurma

Terdapat 8 manfaat buah kurma untuk kesehatan tubuh:

1. Sumber Energi

Kandungan gula alami berupa glukosa, sukrosa, fruktosa pada kurma dapat meningkatkan energi tubuh. Oleh karena itu, sangat dianjurkan untuk mengkonsumsi kurma ketika hendak berbuka puasa karena bisa menggantikan kalori yang berkurang setelah puasa. Kurma juga kaya mineral serta mengandung fitonutrien, zat yang dapat meningkatkan imunitas.

2. Mencegah Anemia

Kurma kering kaya akan Fe, yang membantu meningkatkan kadar hemoglobin sebagai preventif anemia. Kurma adalah sumber Fe yang terbaik. Fe adalah komponen Hb dalam erytrosit, yang menentukan kapasitas pembawa O₂ dalam darah.

3. Mencegah Kanker Usus Besar

Kandungan tinggi serat pada kurma dapat mencegah penyerapan kolesterol LDL dari usus. Selain itu, juga membantu melindungi lapisan usus dengan menurunkan stres dan link ke bahan kimia yang menyebabkan kanker kolon. Kandungan serat pada kurma yang sangat tinggi juga dapat membantu mencegah kanker kolon.

4. Mengatasi Masalah Sembelit

Kurma dapat bermanfaat sebagai makanan pencahar, untuk memperlancar buang air besar serta mencegah sembelit. Kandungan seratnya yang tinggi dapat membantu membersihkan kolon dan memperbaiki pencernaan.

5. Mencegah Penyakit Jantung dan *Stroke*

Kandungan K⁺ pada kurma merupakan komponen penting dari sel dan cairan tubuh yang membantu mengatur detak jantung serta tekanan darah, melindungi dari penyakit arteri koroner dan stroke. Selain itu, kurma juga mengandung potasium 260 persen lebih banyak dari jeruk dan 64 persen lebih banyak dari pisang. Dalam pengobatan tekanan darah tinggi, kurma menjaga dinding pembuluh darah tetap elastis dan mengikat karbondioksida dalam darah. Orang Arab Badui yang rutin makan kurma memiliki tingkat kanker dan penyakit jantung yang sangat rendah.

6. Mencegah Kanker Paru-Paru dan Kanker Rongga Mulut

Kandungan antioksidan flavonoid yang tinggi pada kurma seperti *beta-karoten*, *lutein* dan *zeaxanthin*. Zat antioksidan tersebut memiliki fungsi untuk melindungi sel-sel tubuh dari radikal bebas, sehingga tubuh terlindung dari kanker paru-paru serta rongga mulut. Kurma juga kaya vitamin A yang dapat melindungi dari kanker paru-paru dan mulut.

7. Menjaga Kesehatan Mata

Komposisi vitamin A yang terdapat pada kurma sebagai antioksidan yang merupakan mikronutrien penting untuk kesehatan mata, serta kandungan *zeaxanthin* pada kurma dapat menjaga kesehatan mata serta terlindung dari degenerasi makula.

8. Menjaga Kesehatan Gigi dan Tulang

Kurma juga diketahui kaya akan Ca dan mineral penting lainnya seperti Mg, P, K, Cu, Mn dan Se, yang memiliki efek positif pada pembentukan tulang dan persendian. Selain

itu, mengandung tepung yang dapat memperlambat kerusakan gigi. Kandungan *fluoride* berfungsi untuk mencegah penumpukan plak karena memperkuat enamel gigi. Enamel terdiri dari hidroksiapatit (*hidroksiapatit*), ketika kontak dengan fluorida membentuk *hidroksi fluoroapatit* yang tahan karies (*hidroksi fluoroapatit*). *Fluoride* tidak dapat memperbaiki kerusakan gigi, tetapi mencegah kerusakan gigi.

D. Cara Pembuatan Sari Kurma Untuk Ibu Bersalin

Cara membuat sari kurma untuk ibu bersalin, yaitu:

1. Persiapan Alat dan Bahan

a. Blender



Gambar 1.4 Blender

Sumber: Dokumentasi Pribadi (2019)

b. Gelas ukur



Gambar 1.5 Gelas ukur

Sumber: Dokumentasi Pribadi (2019)

c. Kurma *ajwah* sebanyak 100 gr



Gambar 1.6 Kurma *ajwah*
Sumber: Dokumentasi Pribadi (2019)

d. Air dingin yang sudah matang sebanyak 200 cc



Gambar 1.7 Air
Sumber: Dokumentasi Pribadi (2019)

e. Gelas minum atau kemasan botol higienis



Gambar 1.8 Gelas Minum atau Kemasan Botol Higienis
Sumber: Dokumentasi Pribadi (2019)

2. Cara Membuat

a. Pisahkan kurma basah dari bijinya



Gambar 1.9 Memisahkan Kurma Basah Dari Bijinya

Sumber: Dokumentasi Pribadi (2019)

b. Masukkan air 200 cc kedalam blender



Gambar 1.10 Memasukkan Air Kedalam Blender

Sumber: Dokumentasi Pribadi (2019)

c. Masukkan kurma ajwah 100 gr kedalam blender



Gambar 1.11 Masukkan Kurma Ajwah 100gr Ke Dalam Blender

Sumber: Dokumentasi Pribadi (2019)

d. Blender kurma basah sampai tercampur



Gambar 1.12 Blender Kurma Basah Sampai Tercampur

Sumber: Dokumentasi Pribadi (2019)

e. Setelah tercampur, saring jus kurma tuangkan dalam gelas



Gambar 1.13 Blender Kurma Basah Sampai Tercampur

Sumber: Dokumentasi Pribadi (2019)

f. Tuangkan Dalam Gelas Atau Kemasan Sari Kurma Ajwah



Gambar 1.14 Tuangkan Dalam Gelas Atau Kemasan Sari Kurma Ajwah

Sumber: Dokumentasi Pribadi (2019)

g. Sari kurma ajwah siap dihidangkan



Gambar 1.15 Kemasan Sari Kurma Ajwah

Sumber: Dokumentasi Pribadi (2019)

Pengaruh tanggal pada awal pekerjaan. Seperti buah lainnya, kurma memiliki nilai gizi yang sangat baik. Kandungan gula pada kurma dapat langsung diserap oleh tubuh. Kandungan gula pada kurma berbeda dengan kandungan gula makanan lainnya karena kandungan gula biasanya perlu dipecah terlebih dahulu baru kemudian diserap oleh tubuh, 200 ml jus kurma dalam waktu satu jam sangat bermanfaat bagi ibu yang akan melahirkan. Hal ini karena kurma mengandung bahan untuk membantu meredakan depresi pada ibu dan memperkaya ASI melalui zat yang mendukung kesehatan dan imunitas bayi. Selain itu, terdapat hormon oksitosin yang membantu merangsang kontraksi otot rahim.

A. Definisi Persalinan

Kelahiran didefinisikan sebagai proses keluarnya bayi, plasenta, dan cairan ketuban dari rahim ibu. Melahirkan dikategorikan normal jika proses berlanjut tanpa komplikasi pada usia kehamilan aterm (setelah 37 minggu). Persalinan dimulai (inpartu) ketika rahim berkontraksi dan menyebabkan perubahan serviks (pembukaan, penipisan) serta diakhiri dengan lahirnya plasenta secara penuh. Jika kontraksi rahim tidak menyebabkan perubahan pada leher rahim, berarti ibu belum melahirkan.



Gambar 2.1 Ibu Bersalin

Sumber: kajianpustaka.com (2016)

Saat lahir, produk pembuahan yang layak dikeluarkan dari rahim ke luar. Persalinan merupakan proses fisiologis yang memicu beberapa perubahan penting pada ibu agar dapat melahirkan janinnya melalui jalan lahir. Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi selama kehamilan penuh (37-42 minggu), Kelahiran spontan dalam waktu 18 jam dalam pikiran tanpa komplikasi bagi ibu dan janin.

Ada 4 jenis kelahiran yaitu :

1. Kelahiran spontan adalah ketika kelahiran terjadi dengan sendirinya serta melalui jalan lahir.
2. Istilah persalinan buatan biasanya digunakan ketika persalinan dibantu oleh kekuatan eksternal, seperti pengangkatan dengan forceps atau sc/section caesaria

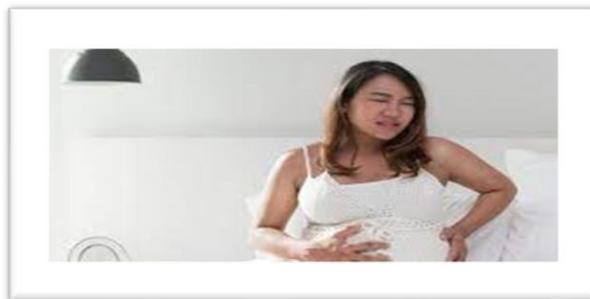
3. Kelahiran yang dianjurkan biasanya adalah kelahiran yang terjadi ketika bayi sudah cukup besar untuk tinggal di luar rahim, tetapi tidak terlalu besar sehingga menyebabkan penyulit persalinan.
4. Dengan persalinan normal, seluruh persalinan memakan waktu 24 jam tanpa luka dan robekan.

B. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

1. Kekuatan mendorong janin keluar (*power*)

Disebut juga kekuatan/ tenaga. Kekuatan terdiri dari kontraksi otot perut seseorang, dan kontraksi diafragma serta aksi ligamen.

- a) *His* atau kontraksi *uterus*



Gambar 2.2 Ibu Hamil Kontraksi

Sumber: alodokter.com (2019)

Kontraksi rahim terjadi karena otot polos rahim dengan sifat-sifatnya bekerja dengan benar dan tanpa kesalahan:

- 1). Kontraksi terkoordinasi dan simetris
- 2). Fundus dominan, diikuti oleh relaksasi
- 3). Kekuatannya seperti meremas isi rahim
- 4). Otot rahim yang berkontraksi tidak kembali ke panjang aslinya, menyebabkan retraksi serta pembentukan bagian bawah rahim.
- 5). Berubah
- 6). Terasa nyeri adekuat
- 7). Kadang-kadang dapat dipengaruhi dari luar baik secara fisik, kimia serta psikologis

- b) Kontraksi otot perut.
- c) Fungsi ligamen.
- 2. Faktor janin (*passager*)
 - Status janin, estimasi/observasi tinggi/berat janin, posisi (lokasi), posisi presentasi, postur (kebiasaan), jumlah janin/janin.
- 3. Faktor jalan lahir (*passage*) dibagi atas :
 - a) Bagian keras tulang panggul (*pelvic body*)
 - b) Bagian lunak: otot, jaringan, ligamen.
- 4. Faktor psikologi ibu
 - Respon psikologis terhadap persalinan fisiologis ditentukan oleh pengalaman sebelumnya, kesiapan psikis, persiapan, sistem pendukung, dan lingkungan.
- 5. Faktor penolong
 - Tugas dokter kandungan atau bidan yaitu mengantisipasi dan menangani kemungkinan komplikasi pada ibu serta janin. Prosesnya tergantung keterampilan dan kemauan penolong dalam mengatur persalinan.

C. Teori Penyebab Terjadinya Persalinan

Peristiwa kelahiran tidak diketahui secara pasti, namun ada beberapa teori yang menegaskan kemungkinan kelahiran. Teori-teori ini antara lain:

1. Teori penurunan kadar hormon *progesteron*

Progesteron adalah hormon yang melemaskan otot-otot rahim. Pada saat yang sama, hormon estrogen meningkatkan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan, kadar progesteron dan estrogen dalam darah seimbang. Progesteron mencegah kontraksi rahim selama kehamilan, sehingga mencegah pengeluaran janin. Sebaliknya, estrogen cenderung meningkatkan laju kontraksi rahim. Progesteron dan estrogen disekresikan dalam jumlah yang meningkat secara bertahap selama kehamilan, tetapi sejak bulan ke-7 kehamilan, sekresi estrogen meningkat sementara sekresi progesteron tetap

konstan atau bisa juga berkurang sehingga pada akhir kehamilan terjadi kontraksi *braxton hicks* yang kemudian bertindak sebagai persalinan.

2. Teori reseptor oksitosin dan kontraksi *Braxton Hicks*

Kontraksi tidak terjadi tiba-tiba tetapi berlangsung walam waktu cukup lama karena suplemen meningkatkan reseptor oksitosin. Oksitosin yaitu salah satu hormon yang disekresikan oleh kelenjar hipofisis posterior. Distribusi reseptor oksitosin, yang terletak terutama di fundus dan korpus, secara bertahap mengecil di bagian bawah rahim dan hampir tidak ada di dalam rahim. Perubahan keseimbangan kedua hormon ini dapat mengubah sensitivitas otot rahim sehingga menyebabkan *Braxton-hicks*. Penurunan kadar progesteron karena akhir kehamilan meningkatkan jumlah oksitosin dan memungkinkan dimulainya persalinan.

3. Teori Kerenggangan

Otot-otot rahim memiliki kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah periode berakhir, pekerjaan terjadi, memungkinkan pekerjaan dimulai. Kondisi rahim yang terus membesar dan meregang menyebabkan iskemia otot rahim. Ini bisa menjadi faktor yang dapat mengganggu aliran darah uteroplasenta, menyebabkan degenerasi plasenta. Pada kehamilan ganda, persalinan sering terjadi setelah beberapa kali mengejan yang menginduksi persalinan.

4. Teori *Fetal Membran*

Teori fosfolipid-asam nukleat-prostaglandin membran janin. Peningkatan hormon estrogen mengesterifikasinya untuk menghasilkan asam arakidat, yang membentuk prostaglandin dan menyebabkan miometrium berkontraksi.

5. Teori *Prostaglandin*

Pada usia kehamilan 15 minggu, konsentrasi prostaglandin yang dikeluarkan oleh desidua meningkat. Pemberian prostaglandin selama kehamilan dapat

menyebabkan otot rahim berkontraksi, menyebabkan persalinan. Prostaglandin diyakini sebagai induksi persalinan.

6. Teori Penurunan Progesteron

Proses penebaran plasenta dimulai pada usia kehamilan 28 minggu saat jaringan ikat menumpuk, pembuluh darah menyempit dan tersumbat. Perubahan korion liar dan produksi progesteron menurun, membuat otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin. Akibatnya, setelah sedikit penurunan kadar progesteron, otot-otot rahim mulai berkontraksi.

D. Tanda-Tanda Persalinan

1. Terjadinya *lightening*

Pada usia 36 minggu, tanda primigravida adalah mengecilnya ukuran dasar rahim karena kepala bayi sudah masuk ke pintu panggul karena sebab-sebab sebagai berikut: Kontraksi *Braxton-Hicks*, ketegangan perut, ketegangan ligamen bundar, dan gravitasi janin dengan kepala menunduk. Akses bayi ke pintu panggul memberi ibu sensasi :

- a) Ringan dan perasaan tegang mereda
- b) Perut bagian bawah ibu terasa penuh dan kembung
- c) Kesulitan berjalan
- d) Miksi

2. Terjadinya *his* permulaan

Di akhir usia kehamilan, produksi estrogen dan progesteron semakin menurun, produksi oksitosin meningkat sehingga his semakin sering terjadi. Berikut ini karakteristiknya:

- a) Nyeri ringan di punggung bawah
- b) Datangnya tidak teratur
- c) Tidak ada perubahan serviks atau tanda-tanda kemajuan persalinan

- d) Durasinya singkat
- e) Tidak aktif tumbuh

E. Tanda-Tanda Timbulnya Persalinan

1. Terjadinya *his* persalinan

Ini *his* nyata yang menyebabkan sakit perut dan dapat menyebabkan dilatasi serviks. Yang menyebabkan serviks mengembang dengan kecepatan tertentu disebut efisien. Sikapnya yang efisien: Pada fundus uteri, kontraksi uterus mendominasi (dominan fundus), keadaan berjalan serempak dan harmonis, terdapat kepekaan dan frekuensi yang semakin sering, durasinya bervariasi antara 45 sampai 60 detik.

Pengaruhnya untuk memungkinkan dia: Tekanan pada daerah rahim meningkat, janin menyusut, dinding tubuh rahim menebal, tanah genting rahim mengembang dan menipis, terjadi atrofi dan pembukaan saluran serviks.

2. Keluarnya lendir bercampur darah *pervaginam* (*show*)

Lendir keluar dari lubang vagina, yang melepaskan lendir dari saluran serviks. Pendarahan disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah saat serviks terbuka.

3. Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya

Beberapa perempuan hamil mengeluarkan cairan ketuban dengan sendirinya karena pecahnya selaput ketuban. Jika cairan ketuban telah pecah, tujuannya adalah dapat melahirkan maksimal dalam 24 jam. Namun, jika tidak berhasil, persalinan harus dihentikan dengan beberapa intervensi, seperti vakum ekstraksi atau operasi SC.

4. *Dilatasi dan effacement*

Pelebaran berarti pembukaan bertahap saluran serviks di bawah pengaruhnya. Penguapan adalah perataan atau pemendekan saluran serviks, awalnya sepanjang 1-2 cm, yang kemudian menghilang sepenuhnya, hanya menyisakan tulang tipis seperti kertas.

F. Tahapan Persalinan

Tahapan persalinan dibagi menjadi 4 fase atau kala, yaitu:

1. Persalinan Kala I

Seorang pasien dalam tahap pertama persalinan ketika serviks telah melebar dan his terjadi secara teratur setidaknya dua kali setiap 10 menit selama 40 detik. Fase pertama yaitu fase pembukaan, yang membutuhkan bukaan 0-10 cm (bukaan penuh). Pada awalnya bukaan tidak langsung begitu kuat sehingga ibu yang akan melahirkan masih bisa berjalan-jalan.

Tahap primigravida pertama berlangsung dalam 12 jam, sedangkan pada multipara berlangsung sekitar 8 jam. Berdasarkan **kurva Friedman**, dilatasi primigravida 1 cm per jam dan multigravida 2 cm per jam. Dengan estimasi ini, total waktu pembukaan dapat diperkirakan. Fase dalam persalinan dibagi menjadi dua, yaitu:

- a) Fase laten (8 jam) di mana serviks melebar 3 cm.
- b) Fase aktif (7 jam) dimana serviks melebar 3-10 cm (penuh).

Selama fase aktif, his menjadi lebih kuat dan lebih sering.

Fase aktif dibagi menjadi tiga fase diantaranya:

- a) Fase akselerasi, yaitu dalam waktu 2 jam setelah dilatasi 3-4 cm.
- b) Fase dilatasi, yang terjadi dalam waktu 2 jam setelah dilatasi yang sangat cepat dari 4 cm menjadi 9 cm.
- c) Fase lambat yaitu pembukaan kembali melambat dalam waktu 2 jam, pembukaan 9 cm sampai pembukaan 10 cm/ lengkap.

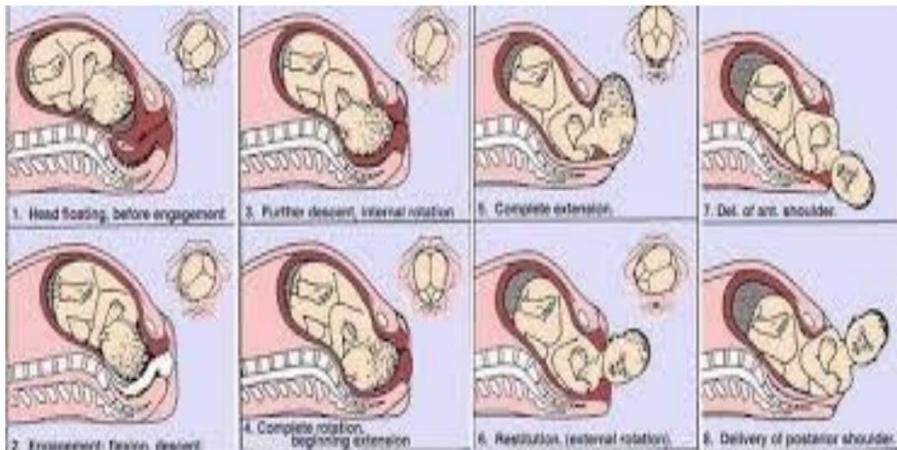
Mekanisme pembukaan serviks berbeda antara Primivida dan Multigravida. Pada primigravida, ostium internal rahim terbuka terlebih dahulu, menyebabkan serviks menjadi rata dan tipis. Baru setelah itu ostium luar rahim terbuka.

Pada multigravida, os serviks internal rahim telah terbuka sedikit, sehingga os serviks internal dan eksternal

serta pengangkatan dan pengangkatan serviks terjadi pada saat yang bersamaan.

1. Kala II (Pengeluaran)

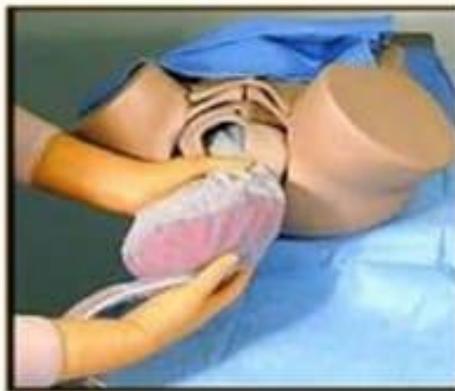
Fase kedua disebut juga fase eliminasi. Fase kedua dimulai dengan pembukaan penuh (10 cm) hingga bayi lahir. Proses ini memakan waktu 2 jam untuk primigravida dan 1 jam untuk multigravida.



Gambar 2.3 Kala II Persalinan

Sumber: informasibidan.com (2021)

2. Kala III (Pelepasan uri)



Gambar 2.4 Kala III Persalinan

Sumber: obgynmag.com (2021)

Dimulai segera setelah lahirnya bayi hingga lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit.

Setelah bayi lahir, rahim terasa keras dan dasar rahim sedikit di atas tengah. Beberapa menit kemudian, rahim kembali berkontraksi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya. Pelepasan plasenta dapat diprediksi dengan tanda-tandanya:

- a) Rahim menjadi bulat/ diskoit.
- b) Rahim terdorong ke atas saat plasenta dilepaskan ke bagian bawah rahim
- c) Tali pusat memanjang
- d) Terjadinya semburan darah tiba-tiba

Plasenta dilepaskan dengan menekan lembut plasenta di bagian bawah rahim. Biasanya plasenta terlepas dalam waktu 6-15 menit setelah bayi lahir. Pada pelepasan plasenta menurut **Schultze**, biasanya tidak ada perdarahan sebelum lahirnya plasenta dan banyak perdarahan setelah lahirnya plasenta, sedangkan pada pelepasan plasenta menurut **Duncan**, plasenta dipisahkan dari tepinya, dengan darah biasanya tumpah ke saluran pembuangan di antara plasenta membran amnion.

3. Kala IV (*Observasi*)

Tahap keempat terjadi setelah lahirnya plasenta dan berakhir dalam dua jam pertama setelah lahir. Tujuan persalinan untuk memberikan perawatan memadai selama proses persalinan dan memastikan kelahiran yang bersih dan aman. Perhatikan penampilan seorang ibu yang penyayang dan bayi yang penyayang. Pengamatan yang akan dilakukan pada Tahap IV adalah:

- a) Tingkat kesadaran pasien
- b) Pemeriksaan tanda-tanda vital (TTV): tekanan darah, nadi dan pernafasan
- c) *Uterus contraction* (UC)
- d) Perdarahan; perdarahan dianggap paling normal jika jumlahnya < 400-500 cc.

G. Perubahan Fisiologis dan Psikologis Pada Kala I

Terdapat beberapa perubahan fisiologis kala I persalinan:

1. Tekanan darah

Tekanan darah meningkat, rata-rata peningkatan sistolik 10–20 mmHg, nilai diastolik 5–10 mmHg, tekanan darah di periksa antara kontraksi normal. Nyeri, kecemasan dapat meningkatkan tekanan darah.

2. Metabolisme

Metabolisme karbohidrat aerobik serta anaerobik secara bertahap dipercepat oleh kecemasan dan aktivitas otot rangka. Peningkatan ditandai dengan meningkatnya suhu tubuh, denyut nadi, detak jantung, pernapasan serta terlihat dehidrasi.

3. Suhu Tubuh

Suhu tubuh sedikit meningkat (hingga 0,5–10 °C) karena peningkatan aktivitas metabolisme melahirkan, terutama selama dan segera setelah lahir.

4. Detak Jantung

His yang terkait dengan meningkatnya metabolisme, detak jantung meningkat dengan cepat. Pada saat yang sama, detak jantung di antara kontraksi sedikit meningkat dibandingkan sebelum lahir.

5. Pernafasan

Tingkat pernapasan meningkat, yang disertai meningkatnya metabolisme. Hiperventilasi berkepanjangan dapat mengakibatkan alkalosis.

6. Perubahan Pada Ginjal

Poliuria sering terjadi selama persalinan karena meningkatnya curah jantung, meningkatnya filtrasi glomerulus, serta aliran plasma ginjal. Proteinuria dianggap sebagai gejala normal saat melahirkan.

7. Perubahan *Gastrointestinal* (GI)

Motilitas lambung serta penyerapan makanan padat berkurang secara nyata selama persalinan, sekresi cairan

lambung menurun, menyebabkan penghentian aktivitas pencernaan yang hampir sepenuhnya dan pengosongan lambung yang lambat, cairan tidak berpengaruh dan meninggalkan perut dalam keadaan normal akhir kala I.

8. Hemoglobin

Selama melahirkan, hemoglobin meningkat menjadi 1,2 g/100 ml dan kembali ke tingkat sebelum melahirkan sehari setelah melahirkan, kecuali dalam kasus haemorrhagia postpartum.

H. Perubahan Psikologis Pada Kala I

1. Fase Laten

Pada fase laten, ibu biasanya tenang dan gembira karena kehamilannya akan segera berakhir. Namun, saat persalinan dimulai, ibu biasanya cemas, gelisah. Cemas dan khawatir akan ketidaknyamanan akibat persalinan. Ibu biasanya ingin berbicara, butuh teman, tidak tidur, ingin berjalan-jalan dan melakukan kontak mata. Ibu memahami bahwa proses ini normal dan alami, akan mudah beradaptasi dengan kondisi tersebut.

2. Fase Aktif

Saat persalinan mencapai kecepatan maksimumnya, kecemasan ibu meningkat. His menjadi lebih kuat dan lebih sering, sehingga ibu tidak dapat mengontrolnya. Pada situasi ini, ibu bisa menjadi lebih serius dan ingin bersama orang lain karena takut tidak bisa beradaptasi dengan pekerjaannya.

I. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Lama Persalinan

Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi lama persalinan, yaitu:

1. Usia

Masa reproduksi adalah yang paling penting bagi perempuan dan berlangsung sekitar 33 tahun. Menstruasi paling teratur selama waktu ini dan aliran darah ke alat

kelamin penting untuk memungkinkan kehamilan. Selama periode ini, ovulasi terjadi sekitar 450 kali dan selama periode ini seorang Perempuan mengalami pendarahan selama 1800.

2. *Paritas*

Merupakan jumlah anak yang telah dilahirkan oleh seorang ibu. Pada paritas ketiga, rahim ibu dapat kembali ke keadaan sebelum hamil, dengan setiap kehamilan, rahim membesar, otot rahim menegang selama 9 bulan kehamilan, karena stres ini, elastisitas otot rahim setelah melahirkan tidak kembali ke keadaan sebelum hamil. Semakin sering perempuan hamil melahirkan, semakin pendek jarak antara kehamilan dan persalinan, elastisitas rahim semakin terganggu, Akibatnya rahim tidak berkontraksi secara penuh dan terjadilah pasca kehamilan.

3. *Psikologis/ Kecemasan*

Seorang perempuan tidak menyadari apa yang terjadi padanya dan tidak siap dengan teknik relaksasi serta pernapasan, akan menangis, bergerak tak terkendali di tempat tidur hanya karena dia mengalami his ringan. Di sisi lain, perempuan mempersiapkan pengalaman persalinan ini, menerima dukungan dari anggota keluarga atau profesional kesehatan terlatih sebagai pemimpin persalinan atau dari perempuan terlatih yang tidak kehilangan kendali atau menangis bahkan selama persalinan.

4. *Besarnya janin dalam uterus*

Kesesuaian antara ukuran besar bayi dengan panggul ibu. Informasi ini juga menjadi dasar untuk memprediksi potensi komplikasi dibandingkan dengan tafsiran berat janin (TBJ) dan penting untuk membuat keputusan tentang rute persalinan selanjutnya. Perempuan yang pernah melahirkan bayi kecil dari ayah yang sama biasanya kali ini juga melahirkan bayi kecil. Namun, hal ini dipengaruhi oleh pola makan, tekanan darah tinggi atau diabetes.

5. Ukuran dan bentuk panggul ibu

Ukuran panggul dan bentuk panggul ibu (ormalnya gynecoid) menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi cepat lambatnya persalinan. Meskipun merupakan jaringan lunak, terutama jaringan bayi, panggul ibu memainkan peran yang jauh lebih penting pada proses kelahiran. Janin harus mampu beradaptasi dengan jalan lahir yang relatif kaku. Oleh karena itu, ukuran dan bentuk panggul ibu harus diketahui sebelum proses persalinan dimulai.

6. Pendidikan

Ibu yang bergelar sarjana dan bekerja di sektor formal memiliki pengetahuan yang lebih baik tentang kesehatan, lebih aktif dalam pekerjaan dan lebih mandiri dalam perawatannya. Tingkat pendidikan ibu yang rendah mempengaruhi pengetahuan ibu yang terbatas untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Semakin sedikit pengetahuan yang dimiliki, semakin sedikit keinginan ibu untuk menggunakan pelayanan kesehatan.

J. Manajemen Kala I

1. Identifikasi Masalah

Bidan mengidentifikasi masalah yang ditemukan.

2. Mengkaji Riwayat Kesehatan

Berisi: riwayat medis terkini dan onsetnya, cairan ketuban, perdarahan vagina, jika ada. Riwayat kesehatan selama kehamilan ini, antara lain riwayat ANC, rasa tidak nyaman selama kehamilan, kondisi medis selama kehamilan. Riwayat penyakit dahulu, jika ada.

3. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan ini meliputi pemeriksaan umum, *head to toe* dan penunjang berupa VT.

4. Pemeriksaan Janin

FHR (*Fetal Heart Rate*/ denyut jantung janin) dipantau untuk kesejahteraan janin, termasuk laju, ritme, dan intensitas.

5. Evaluasi dan diagnosis data
6. Diagnosis dirumuskan berdasarkan informasi yang diterima.
Menilai kemajuan kehidupan kerja
7. Kemajuan persalinan dinilai dengan pemeriksaan fisik dan vagina.
Mengevaluasi kemajuan tenaga kerja. Kemajuan persalinan dinilai dengan pemeriksaan vagina
8. Buat rencana asuhan untuk bidan kala I.

K. Sari Kurma untuk Kemajuan Persalinan Kala I Fase Laten Primipara

Cara mempercepat persalinan kala I adalah dengan menginduksi persalinan dan mengurangi intensitas nyeri pada ibu bersalin. Ada banyak cara untuk menghilangkan rasa sakit saat melahirkan, Metode tersebut meliputi efek farmakologi dan efek non farmakologi. Intervensi farmakologis yang digunakan yaitu penggunaan analgesik, injeksi epidural, analgesik persalinan intrathecal (ILA) dan lain sebagainya. Salah satu pengobatan non farmakologis yang memicu efek hormon oksitosin sehingga mempercepat persalinan kala I adalah dengan pemberian sari kurma. Kurma mengandung hormon oksitosin. Oksitosin merupakan hormon yang memicu timbulnya his. Oksitosin akan meningkat saat melahirkan.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan Triananinsi, N. Et al. (2021) "*Giving Date Juice And Tea With Acceleration Of First Stage Labor Of Primigravida*" bahwa pemberian sari kurma dan teh pada kedua kelompok ibu bersalin kala I fase aktif di Puskesmas Kajang Bulukumba diketahui terdapat hubungan antara pemberian sari kurma dan percepatan persalinan selama kala 1 fase aktif.

Penelitian yang dilakukan Ariani Pongoh, Niken Kumala Budi, Sri Ayu Dawam. (2020), dengan judul "*Effect of Giving Date Palm Juice on the Duration of the First Stage of Labor in Sele Be Solu Hospital, Sorong City*". Hasilnya menyatakan ada pengaruh

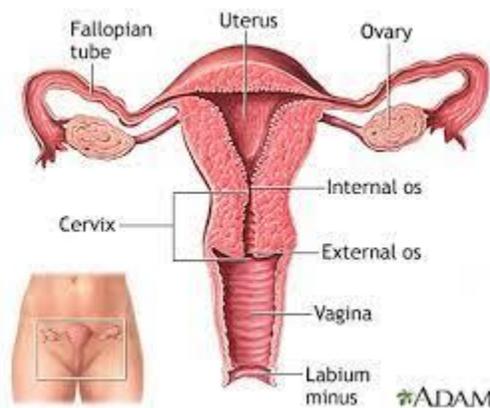
pemberian sari kurma terhadap memfasilitasi durasi normal kala satu persalinan di RSUD Sele Be Solu Kota Sorong (*P-Value* 0,000).

Penelitian Triana Widiastuti, (2021) dengan judul “Studi Literatur Pengaruh Pemberian Sari Kurma Terhadap Kemajuan Persalinan Kala I Fase Aktif Pada Ibu Primipara”. Hasil dari beberapa artikel yang telah direview dapat disimpulkan bahwa saat ibu inpartu diperlukan sari kurma untuk mempengaruhi reseptor oksitosin dan membuat rahim otot merespon lebih baik terhadap oksitosin, menghasilkan his adekuat. Pada fase kala I persalinan dibutuhkan *power* adekuat untuk dapat memulai persalinan. Melemahnya his atau his inadekuat menjadi penyebab tersering untuk menjadi partus lama. Intervensi berupa sari kurma dapat memberikan pengaruh positif pada kemajuan persalinan kala I ibu primigravida.

Penelitian yang dilakukan oleh Winancy¹, Aticeh², Wa Ode Hajrah. (2020) dengan judul “*The Effect Of Date Palm Juice Consumption On The Active Phase Of Labor Among Primigravida*”. Hasil dari penelitian ini menyatakan Ada pengaruh signifikan kurma administrasi pada durasi tahap pertama persalinan fase aktif pada primigravida. Jus kurma merupakan asupan nutrisi herbal yang tidak memiliki efek negatif jika dikonsumsi dalam moderasi. Jus kurma memiliki efek yang baik pada his ibu karena itu mengandung oksitosin yang diperlukan selama persalinan agar dapat membantu mempercepat persalinan kala I fase aktif.

A. Uterus

Saat persalinan dimulai, jaringan miometrium pada uterus berkontraksi (his) dan rileks seperti otot normal. Saat otot berkontraksi, rahim tidak kembali ke ukuran semula, tetapi menjadi semakin pendek, karena bentuk otot rahim berubah selama kontraksi, relaksasi dan penarikan, rongga rahim secara bertahap menyusut. Proses ini merupakan salah satu faktor yang menyebabkan janin turun ke panggul. His dimulai dari fundus dan meluas ke perut tempat terjadi dominasi rahim. His terjadi paling lama dan paling kuat di fundus uteri.



Gambar 3.1 Uterus

Sumber: medlineplus.gov (2022)

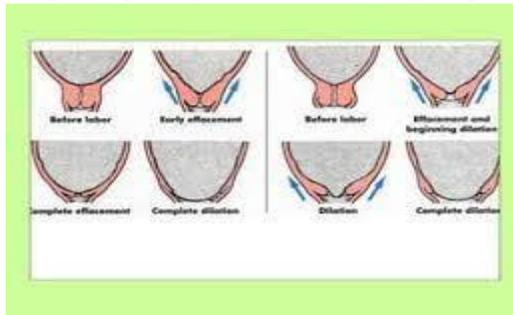
B. Serviks

Sebelum persalinan dimulai, serviks bersiap untuk persalinan dengan pelunakan. Ketika menjelang persalinan, serviks menipis dan melebar.

1. Penipisan serviks (*effacement*)

Terkait dengan perkembangan pemendekan dan pengangkatan serviks. Saat serviks berkontraksi, ia berubah bentuk dan menjadi lebih tipis. Hal tersebut ditimbulkan oleh

kontraksi rahim yang pada dasarnya dominan sehingga leher rahim seolah-olah ditarik ke atas serta berangsur-angsur menipis. Batas antara bagian atas dan bawah rahim (retractile ring) mengikuti arah tarikan ke atas, sehingga tampak seolah-olah batas tersebut bergeser ke atas. Panjang serviks pada akhir kehamilan normal bervariasi (dari beberapa mm hingga 3 cm), Saat persalinan dimulai, panjang serviks secara berkala memendek hingga sangat pendek (hanya beberapa mm). Serviks yang sangat tipis ini disebut "pengangkatan total".



Gambar 3.2 Penipisan serviks (*effacement*)

Sumber: Harry Christama (2021)

2. Dilatasi

Merupakan kelanjutan dari proses penghapusan. Setelah serviks benar-benar menipis, langkah selanjutnya yaitu pelebaran. Serviks terbuka karena tarikan otot rahim yang terus menerus ke atas saat rahim berkontraksi. Dilatasi dan diameter serviks dapat ditentukan dengan pemeriksaan intravaginal. Berdasarkan diameter serviks, proses ini dibagi menjadi dua fase sebagai berikut:

a) Fase Laten

Berlangsung sekitar 8 jam. Pembukaan terjadi sangat lambat hingga mencapai diameter 3 cm.

b) Fase Aktif

Meliputi:

- 1) Fase akselerasi, 3 cm sekarang menjadi 4 cm dalam waktu 2 jam setelah dibuka.

- 2) Fase pelebaran maksimum, dalam waktu 2 jam, pelebaran terjadi sangat cepat, 4cm sampai 9cm.
- 3) Fase perlambatan. Pelebaran kembali melambat, pelebaran selesai dari 9 cm menjadi 10 cm dalam waktu 2 jam. Pelebaran penuh berarti bibir serviks tidak teraba dan diameter pembukaan serviks adalah 10 cm.

Stadium di atas terjadi pada Primigravida. Pada Multigravida, tahapannya sama, namun durasi tiap tahapan lebih singkat. Tahap pertama selesai saat serviks melebar. Pada primigravida berlangsung sekitar 13 jam sedangkan pada multigravida berlangsung sekitar 7 jam. Mekanisme pembukaan serviks berbeda antara Primividas dan Multigravidas. Pada primigravida, ostium internal rahim terbuka terlebih dahulu, menyebabkan serviks menjadi rata dan tipis, kemudian ostium luar rahim terbuka. Namun, pada multigravidas, ostium internal dan eksternal uterus serta asal dan keluarnya serviks terjadi secara bersamaan.

C. Lendir Percampur Darah



Gambar 3.3 *Bloody Show*

Sumber: community.whattoexpect.com (2023)

Pelebaran dan pelebaran serviks melonggarkan lapisan usus bagian dalam, mengurangi perdarahan, membiarkan lendir keluar dari sumbatan atau operkulum. Pelepasan lendir dari sumbatan ini menyebabkan terbentuknya pembengkakan di selaput ketuban, yang terlihat selama pemeriksaan intravaginal.

Keluarnya lendir dan darah ini disebut "kejutan"/ "tremor" dan menandakan bahwa persalinan telah dimulai.

D. Ketuban

Selaput ketuban pecah dengan sendirinya saat bukaan hampir atau seluruhnya. Tidak jarang juga ketuban pecah saat pembukaan selesai/ lengkap. Bila ketuban pecah sebelum melebar 5 cm, disebut ketuban pecah dini (KPD).



Gambar 3.4 Ketuban

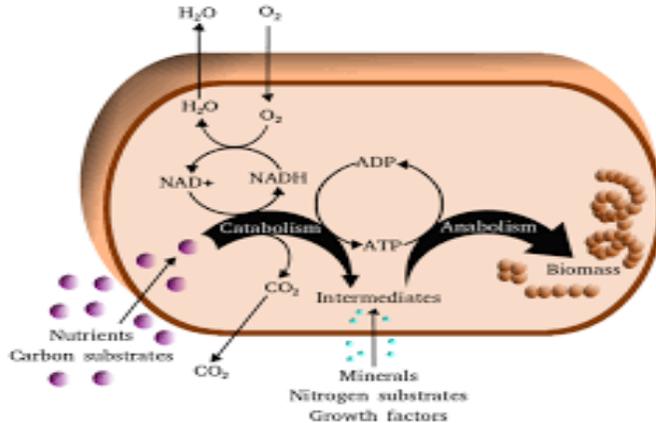
Sumber: mamaschoice.id (2022)

E. Tekanan Darah

1. Selama persalinan, TD meningkat, menyebabkan rata-rata sistolik meningkat 15–20 mmHg, diastolik meningkat 5–10 mmHg.
2. Pada waktu tertentu di antara persalinan, TD kembali ke tingkat prenatal. Untuk menentukan TD anda yang sebenarnya, pastikan untuk memeriksa TD Anda selama interval kontraksi.
3. Ubah posisi pasien dari terlentang ke deklinasi kiri. TD naik saat melahirkan bisa dihindari. Rasa sakit, takut dan cemas dapat meningkatkan TD lebih tinggi lagi.
4. Jika pasien sangat cemas, hal tersebut menyebabkan TD meningkat (bukan *pre-eklampsia*). Periksa parameter lain untuk menyingkirkan *preeklampsia*. Berikan relaksasi dan perawatan suportif untuk pasien sebelum membuat diagnosis definitif ketika *preeklampsia* tidak terbukti.

F. Metabolisme

1. Selama persalinan, metabolisme karbohidrat bersifat *aerobik* dan *anaerobik* terus meningkat. Peningkatan ini terutama disebabkan rasa cemas serta aktivitas otot rangka.
2. Peningkatan aktivitas metabolisme, yang dapat dikenali dengan meningkatnya suhu tubuh, denyut nadi, pernapasan, curah jantung, adanya tanda dehidrasi.



Gambar 3.5 Metabolisme

Sumber: wikipedia.org (2022)

G. Suhu Tubuh

1. Suhu tubuh ibu meningkat saat melahirkan, maksimal saat melahirkan dan segera setelah melahirkan.
2. Kenaikan suhu $\leq 0,5-1^{\circ}\text{C}$ dianggap normal, nilai ini mencerminkan meningkatnya metabolisme saat melahirkan.
3. Sedikit peningkatan suhu tubuh selama persalinan dikategorikan normal. Namun, jika berlangsung lama, meningkatnya suhu tubuh dapat mengindikasikan dehidrasi. Oleh karena itu, parameter lain harus diperiksa. Begitu pula dengan ketuban pecah dini, meningkatnya suhu dapat mengindikasikan adanya infeksi dan dianggap patologis.

H. Detak Jantung

1. Perubahan nyata selama his, dengan peningkatan selama fase naik, penurunan selama klimaks ke tingkat yang lebih rendah

dari tingkat antara his, dan peningkatan selama fase turun sampai tingkat normal antara his tercapai.

2. Tidak ada pengurangan yang signifikan selama puncak kontraksi rahim saat perempuan dalam posisi tengkurap daripada telentang.
3. Denyut jantung di antara his sedikit lebih tinggi dibandingkan periode prenatal. Hal ini menunjukkan meningkatnya metabolisme selama persalinan.
4. Sedikit peningkatan detak jantung dianggap normal. Penting untuk memeriksa parameter lain untuk mengecualikan kemungkinan adanya infeksi.

I. Perubahan Pernapasan

1. Laju pernapasan sedikit meningkat dianggap normal selama persalinan serta menunjukkan meningkatnya aktivitas metabolisme. Namun, sulit untuk mendapatkan hasil pernapasan yang akurat, karena sangat dipengaruhi oleh kesenangan, rasa sakit, ketakutan dan penggunaan teknik pernapasan.
2. *Hiperventilasi* berkepanjangan merupakan kondisi patologis dan dapat menyebabkan alkalosis. Pantau dan kendalikan pernapasan ibu untuk menghindari hiperventilasi persisten yang ditandai dengan kesemutan pada ekstremitas dan pusing.

J. Perubahan Renal

1. Poliuria sering terjadi selama persalinan. Hal ini disebabkan oleh peningkatan curah jantung lebih lanjut selama persalinan dan kemungkinan peningkatan laju filtrasi glomerulus serta peningkatan aliran plasma ginjal. Poliuria kurang terasa pada ibu dengan posisi terlentang, karena posisi ini mengurangi aliran urin selama kehamilan.
2. Vesika urinaria harus diperiksa secara teratur (setiap dua jam) untuk mengetahui adanya pembengkakan dan juga

perlu dikosongkan untuk menghindari obstruksi persalinan karena vesika urinaria penuh. Hal ini mencegah melemahnya bagian janin yang terbuka dan trauma pada vesika urinaria akibat kompresi berkepanjangan, yang menyebabkan hipotensi dan retensi urin pada periode *postpartum*.

3. Proteinuria ringan (+1), yang biasanya terjadi pada sepertiga - separuh ibu setelah melahirkan. Ini lebih sering terjadi pada primipara, penderita anemia, mereka yang telah lama melahirkan.
4. Proteinuria dengan skor +2/ > merupakan temuan patologis. Masalah ini menunjukkan *preeklampsia*.

K. Gastrointestinal

1. Mobilitas lambung dan penyerapan makanan padat berkurang secara signifikan. Kondisi ini diperparah dengan penurunan sekresi asam lambung lebih lanjut selama persalinan, saluran cerna bekerja lebih lambat, sehingga menambah waktu yang dibutuhkan untuk mengosongkan perut.
2. Cairan tidak berpengaruh dan waktu pencernaan di perut tetap normal. Makanan yang dimakan selama persalinan atau dalam fase prodromal atau laten persalinan tetap berada di lambung selama persalinan.
3. Perut yang penuh dapat menyebabkan rasa tidak nyaman saat menstruasi transisi. Oleh karena itu, pasien disarankan untuk tidak mengonsumsi dalam porsi besar atau minum secara berlebihan, Tapi makan dan minum saat Anda merasakan dorongan untuk mempertahankan energi dan hidrasi.
4. Selama masa transisi, yang menandai akhir fase pertama persalinan, mual dan muntah sering terjadi. Pemberian obat oral tidak efektif selama persalinan. Perubahan gastrointestinal dapat terjadi sebagai respons terhadap

kombinasi faktor apa pun, seperti kontraksi rahim, nyeri, kecemasan, kecemasan, pengobatan, atau komplikasi.

L. Hematologi

1. *Hemoglobin* meningkat rata-rata 1,2mg% saat persalinan serta kembali ke tingkat sebelum melahirkan pada hari ke-1 setelah melahirkan jika tidak ada kehilangan darah yang abnormal.
2. Jangan terlalu cepat berasumsi bahwa pasien tidak anemia. Tes darah yang menunjukkan jumlah darah normal membuat kita mengabaikan peningkatan risiko anemia pada pasien selama persalinan .
3. Selama persalinan, waktu pembekuan darah berkurang dan fibrinogen plasma terus meningkat. Perubahan ini mengurangi risiko perdarahan postpartum pada pasien normal.
4. Jumlah sel darah putih secara bertahap meningkat sekitar 5.000/ μ L pada fase pertama, rata-rata 15.000/ μ L pada saat ekspansi penuh, Setelah itu tidak ada lagi pembaruan. Peningkatan jumlah sel darah putih tidak selalu berarti bahwa ketika jumlah ini tercapai, terjadi proses infeksi. Jika jumlahnya jauh lebih tinggi dari nilai ini, periksa parameter lain untuk menentukan apakah ada proses infeksi.
5. Gula darah turun selama kerja keras dan lama. Mungkin karena peningkatan aktivitas rahim dan otot rangka. Menggunakan tes laboratorium untuk menyaring pasien untuk kemungkinan diabetes selama persalinan menghasilkan data yang tidak akurat dan tidak dapat diandalkan.

A. Pemeriksaan Fisik Umum

1. Keadaan umum (sepertinya sakit parah, sedang), anemia *konjungtiva*, *ikterus*, kesadaran, komunikasi pribadi.
2. TB dan BB ibu.
3. TTV (TD, N, S, P)
4. Pemeriksaan fisik lainnya yang dianggap perlu.

B. Pemeriksaan Khusus Obstetrik

1. Inspeksi:
 - a) Chloasma gravidarum.
 - b) Penyakit tiroid.
 - c) Dinding perut (*varises*, jaringan parut, gerakan janin).
 - d) Kondisi genitalia eksterna dan perineum .
2. Palpasi
Tujuan dari pengakuan tersebut adalah:
 - a) Penilaian kehamilan.
 - b) Penilaian masa hamil.
 - c) Presentasi - posisi janin, tafsiran badan janin.
 - d) Setelah menundukkan kepala saat melahirkan.
 - e) Mencari komplikasi kehamilan/ persalinan.

C. Palpasi Abdomen Pada Kehamilan

1. Jelaskan tujuan serta cara palpasi dan melakukan itu pada ibu
2. Ibu diminta berbaring telentang dengan lutut setengah ditekuk. Mengurangi kontraksi otot dinding perut.
3. Jelaskan tujuan dan cara pemeriksaan palpasi. Ibu diminta berbaring telentang dengan lutut setengah ditekuk. Mengurangi kontraksi otot dinding perut.
 - a) *Leopold I*:
 - 1) Kedua telapak tangan peserta ujian diletakkan di bagian bawah rahim.

- 2) Tentukan TFU untuk menentukan UK.
- 3) Rasakan bagian janin yang ada di fundus (FU) (terrasa ciri bokong atau kepala atau kosong).



Gambar 4.1 Pemeriksaan Leopold I

Sumber: Ilmiah, WS (2022)



Gambar 4.2 Menentukan TFU

Sumber: Ilmiah, WS (2022)

b) *Leopold II:*

- 1) Telapak tangan kedua pemeriksa bergerak ke bawah di sisi kiri dan kanan pusar.
- 2) Bersihkan bagian belakang janin untuk menentukan posisi mendengarkan denyut jantung janin di masa depan.
- 3) Tentukan bagian-bagian kecil janin.



Gambar 4.3 Pemeriksaan Leopold II

Sumber: Ilmiah, WS (2022)

c) *Leopold III:*

- 1) Pemeriksaan ini dilakukan dengan hati-hati karena memungkinkan menimbulkan rasa tidak nyaman pada pasien.

- 2) Bagian bawah janin dipegang antara ibu jari dan telunjuk secara benar
- 3) Cari tahu apa bagian terendah dari janin dan tentukan apakah bisa digoyangkan atau tidak



Gambar 4.4 Pemeriksaan Leopold III

Sumber: Ilmiah, WS (2022)

d) *Leopold IV*:

- 1) Pemeriksa mengubah posisinya sehingga menghadap ke arah kaki pasien
- 2) Kedua telapak tangan diletakkan di sisi kiri-kanan bagian tersebut pasang surut terendah
- 3) Digunakan untuk menentukan penurunan bagian terendah janin.

Tentukan TFU untuk memperkirakan UK berdasarkan beberapa parameter (tali pusat, proses xiphoid dan tepi atas tulang kemaluan).



Gambar 4.5 Pemeriksaan Leopold IV

(Sumber: Ilmiah, WS, 2022)

D. *Vaginal Toucher* pada Kasus Obstetri

Indikasi menyentuh vagina selama kehamilan atau persalinan:

1. Digunakan untuk menegakkan diagnosa kehamilan.
2. Pada primigravida dengan UK > 37 minggu digunakan untuk menilai kapasitas panggul (*pelvimetri* klinik) serta memeriksa

jalan lahir untuk kelainan yang diperkirakan dapat mengganggu proses kelahiran. vagina.

3. Saat memasuki ruang bersalin, hal ini dilakukan untuk menentukan tahapan persalinan, diagnosis posisi janin.
4. Waktu inpartu digunakan mengevaluasi kemajuan proses pengiriman sesuai harapan.
5. Jika selaput pecah, digunakan untuk menentukan apakah ini masalahnya prolaps bagian kecil janin/ tali pusat.
6. Pada saat inpartu, pemeriksaan VT dilakukan untuk memastikan apakah ibu sudah masuk pada fase persalinan kala II (menentukan kemajuan persalinan).

a) Teknik

Teknik *Vaginal toucher* sebagai berikut:

1. Dimulai dengan melakukan inspeksi pada organ genitalia eksterna.
2. Melakukan pemeriksaan inspekulo untuk melihat keadaan jalan lahir.
3. Labia minora disisihkan ke kiri dan ke kanan dengan ibu jari dan jari telunjuk serta tangan kiri dari sisi kranial untuk memaparkan vestibulum.
4. Jari telunjuk dan jari tengah tangan kanan dalam posisi lurus dan rapat dimasukkan ke arah belakang atas vagina dan melakukan palpasi pada servik.
 - a. Menentukan dilatasi (cm) dan pendataran servik (persentase).
 - b. Menentukan keadaan selaput ketuban apakah masih utuh atau sudah pecah, bila sudah pecah tentukan (Warna, Jumlah air ketuban yang mengalir keluar, Baunya).
 - c. Menentukan presentasi serta posisi (berdasarkan *denominator*) dan derajat penurunan janin berdasarkan stasion.
 - d. Menentukan apakah terdapat bagian-bagian kecil janin lain atau talipusat yang berada disamping bagian

terendah janin (presentasi rangkap *compound presentation*).

b) Auskultasi

- a. Pemeriksaan DJJ (cortonen) dengan menggunakan *fetoskop de Lee*
- b. Cortonen/ DJJ terdengar paling keras di daerah punggung janin.
- c. Cortonen/ DJJ dihitung selama 1 menit penuh dan juga didengarkan iramanya reguler atau tidak.
- d. Frekuensi DJJ normal 120-160 kali per menit (reguler).

A. Pengkajian

Pada fase ini, bidan mengumpulkan semua informasi dengan benar dan lengkap dari seluruh sumber yang berhubungan dengan kondisi pasien untuk menerima informasi dengan cara sebagai berikut:

1. Cerita pertama dari pasien
2. Pemeriksaan fisik
3. Tes khusus
4. Tingkat dukungan

Informasi dasar ini meliputi tinjauan riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik dan hasil pemeriksaan penunjang sebelumnya.

1. Identifikasi identitas ibu dan suami (nama, umur, ras, agama, status perkawinan, pendidikan terakhir, pekerjaan, alamat).
2. Ketidaknyamanan yang dialami dan dirasakan ibu
3. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas sebelumnya
4. Riwayat reproduksi (menstruasi, lama menstruasi, siklus menstruasi, dismenore)
5. Riwayat kesehatan keluarga
6. Riwayat kontrasepsi (cara kontrasepsi, efek samping, alasan berhenti)
7. Pola Kebutuhan Harian (Nutrisi, Eliminasi, Kebersihan Diri)
8. Informasi psikososial, mental dan keuangan
9. Pemeriksaan Khusus (USG, Rontgen)
10. Tes (darah dan urine)
11. Pemeriksaan kesehatan
 - a) Penampilan dan emosional ibu
 - b) Pengukuran umum (TB, BB)
 - c) TTV (TD, S, N, P)
 - d) Pemeriksaan kepala, wajah dan leher (rambut, wajah, mulut, leher)

- e) Pemeriksaan dada dan perut (*breasts and abdomen*).
- f) Pemeriksaan genetalia
- g) Pemeriksaan anggota gerak

B. Perumusan Diagnosa/ Masalah Kebidanan

Tahap kedua, diagnosis atau masalah diidentifikasi melalui interpretasi akurat dari data yang dikumpulkan. Data dasar yang terkumpul diinterpretasikan sedemikian rupa dan dibuat diagnosis dan masalah yang konkrit. Diagnosis dan rumusan masalah digunakan karena masalah tidak dapat didefinisikan sebagai diagnosis tetapi masih memerlukan perawatan.

Masalah seringkali terkait masalah ibu saat ini, yang diidentifikasi oleh bidan berdasarkan hasil asesmen. Diagnosis kebidanan merupakan diagnosis yang dibuat oleh bidan selama menjalankan tugas kebidanan, yang sesuai nomenklatur kebidanan. Identifikasi diagnosis/masalah harus didasarkan pada informasi dasar, meliputi informasi subyektif (informasi dari pasien) dan informasi obyektif (hasil pemeriksaan tenaga kesehatan).

C. Mengantisipasi Diagnosis/ Potensi Masalah

Melakukan identifikasi diagnosis atau masalah potensial berdasarkan diagnosis/ masalah yang teridentifikasi. Fase ini membutuhkan antisipasi, kalau bisa preventif. Bidan harus mampu mengantisipasi potensi masalah, tidak hanya merumuskan potensi masalah, tetapi juga merumuskan tindakan proaktif agar tidak muncul diagnosa atau potensi masalah.

D. Menentukan Perlunya Tindakan Segera

Mengidentifikasi kebutuhan bidan/ dokter segera dan/ atau konsultasi atau pengobatan dengan anggota tim kesehatan lain, tergantung kondisi klien. Fase ini menunjukkan kontinuitas proses manajemen bidan. Oleh karena itu, penatalaksanaan tidak hanya mencakup kunjungan primer atau antenatal secara teratur, tetapi juga kehadiran ibu yang terus-menerus bersama bidan.

Berdasarkan penjelasan tersebut, maka bidan harus

bertindak sesuai masalah/ kebutuhan utama pasien. Setelah bidan merumuskan tindakan yang akan dilakukan pada langkah sebelumnya untukantisipasi kemungkinan diagnosis/masalah, bidan juga harus merumuskan tindakan darurat yang harus segera dilakukan oleh ibu dan bayi. Berupa tindakan mandiri, kolaborasi, atau berdasarkan rekomendasi.

E. Perencanaan Perawatan Umum

Pada fase ini direncanakan perawatan yang menyeluruh, didasarkan pada fase sebelumnya. Fase ini kelanjutan dari perawatan masalah/ diagnosis yang diamati atau diantisipasi. Informasi yang tidak lengkap dapat diselesaikan pada saat ini. Intervensi perawatan yang komprehensif tidak hanya mencakup apa yang telah ditentukan tentang kondisi atau kondisi klien isu-isu terkait, tetapi juga kerangka acuan untuk antisipasi seorang perempuan tentang apa yang menanti selanjutnya, apakah konseling diperlukan dan apakah klien membutuhkan konseling tentang masalah berkaitan sosial ekonomi, budaya/ psikologis.

Setiap intervensi pengobatan harus disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu bidan serta pasien, agar dapat dilaksanakan secara efektif, karena pasien juga melaksanakan intervensi tersebut. Semua keputusan yang dibuat sebagai bagian dari intervensi holistik ini harus rasional dan valid secara faktual, berdasarkan pengetahuan dan teori terkini serta asumsi klien.

F. Implementasi

Pada langkah ini, intervensi yang telah di susun harus dilakukan dengan aman dan efektif. Intervensi dibuat dan dilaksanakan seluruhnya oleh bidan/ sebagian oleh pasien atau anggota tim kesehatan lain. Bahkan jika bidan tidak melakukannya sendiri, bidan tetap bertanggung jawab.

Ketika bidan berkolaborasi dengan dokter untuk mengelola pasien dengan komplikasi, keterlibatan bidan dalam pemberian tindakan pada pasien, bidan tetap bertanggung jawab atas implementasi bersama secara keseluruhan. Implementasi yang efektif membutuhkan waktu dan biaya, serta peningkatan

kualitas serta layanan pelanggan.

G. Evaluasi

Evaluasi keefektifan pengobatan yang diberikan pada tahap ini antara lain pemenuhan kebutuhan akan pertolongan dan apakah betul-betul telah terpenuhi sesuai kebutuhan yang teridentifikasi dalam diagnosis dan masalah. Suatu intervensi dapat dikatakan efektif jika betul-betul efektif dalam implementasinya.

Langkah-langkah proses implementasi biasanya berupa evaluasi yang mempengaruhi aktivitas dan menjelaskan proses pemikiran yang berorientasi pada proses klinis, karena proses implementasi berlangsung dalam situasi klinis dan dua langkah terakhir bergantung pada pasien serta situasi klinis.

H. Partograf

Partograf merupakan suatu alat yang digunakan selama fase aktif persalinan. Tujuan utama penggunaannya yaitu:

1. Mencatat hasil observasi dan mengevaluasi kemajuan persalinan
2. Tentukan apakah kontraksi berjalan normal/ ada kejanggalan sehingga Anda dapat mengantisipasi kemungkinan persalinan lama.
 - a) Partograf harus dipakai:
 - 1) Untuk semua ibu di tahap pertama tahap aktif (tahap laten tidak terdaftar, tetapi di tempat terpisah, misalnya di Buku KIA ibu hamil atau di rekam medis).
 - 2) Selama persalinan dan persalinan di semua tempat (dokter kandungan, bidan, dokter umum, perorangan, rumah sakit)
 - 3) Secara teratur, semua dokter kandungan mengunjungi ibu selama persalinan dan melahirkan .
 - b) Status ibu dan anak ditandai pada sebagian gambar:
 - 1) DJJ pertama setiap 30 menit
 - 2) Frekuensi, durasi his setiap 30 menit

- 3) Denyut nadi setiap 30 menit
 - 4) Pembukaan serviks setiap 4 jam
 - 5) Setiap 4 jam bagian bawah janin dihitung
 - 6) TD dan suhu tubuh setiap 4 jam sekali
 - 7) Urin, aseton, dan protein setiap 2-4 jam.
- c) Bagian tidak boleh digunakan dalam kasus berikut:
- 1) Perempuan bertubuh kecil, tinggi kurang dari 145 cm
 - 2) Perdarahan prenatal
 - 3) Preeklampsia-Eklampsia
 - 4) Kelahiran premature
 - 5) Bekas operasi Caesar
 - 6) Gemelli
 - 7) Kelainan pada posisi janin
 - 8) Beban janin
 - 9) Distosia diduga CPD
 - 10) Kehamilan dengan hidramnion
 - 11) KPD
 - 12) Kelahiran dengan induksi
- d) Selama persalinan
- 1) Kala I yaitu saat dimulainya persalinan aktual hingga dilatasi penuh
 - 2) Kala II yaitu waktu pelebaran penuh hingga bayi lahir
 - 3) Kala III yaitu waktu dari lahirnya bayi sampai keluarnya plasenta
 - 4) Kala IV yaitu saat keluarnya plasenta hingga kondisi ibu nifas stabil
- e) Tahapan tahap pertama persalinan
- 1) Fase persalinan laten: Pelebaran serviks < 4 cm
 - 2) Tahap kerja aktif: Pelebaran serviks 4-10 cm
- f) Kondisi ibu dan janin juga harus dinilai dan dicatat secara cermat:
- 1) DJJ: setiap 30 menit
 - 2) Frekuensi dan durasi his: setiap 30 menit
 - 3) nadi: setiap 30 menit

U: ketuban utuh (tidak pecah)

J : Selaput ketuban telah pecah serta cairan ketuban sudah jernih

M : Ketuban pecah serta cairan ketuban bercampur dengan mekonium

D : Ketuban pecah serta cairan ketuban bercampur darah

K : Ketuban pecah dan air ketuban kering (tidak mengalir lagi). Mekonium dalam cairan ketuban tidak selalu berarti janin menderita. Merupakan indikasi gawat janin bila DJJ juga terjadi di luar nilai normal.

(c) Penyusupan (*molase*) tulang kepala

Penetrasi kranial adalah indikator penting seberapa baik janin beradaptasi dengan tulang panggul ibu. Semakin besar penetrasi, semakin besar risiko disfungsi pinggul. Jaket bekas:

0: sutura kepala janin terpisah, sutura mudah dipalpsi

1: sutura kepala janin sudah saling bersentuhan

2: sutura kepala janin saling tumpang tindih, tapi masih bisa dipisahkan

3: sutura kepala janin saling tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan

(d) Kemajuan persalinan

Kolom kedua adalah untuk memantau kemajuan pekerjaan dan mencakup: Pelebaran serviks, penurunan bagian presentasi janin, garis alarm dan garis aksi serta waktu.

(e) Pembukaan serviks

Angka di kolom kiri 0-10 menunjukkan dilatasi serviks.

Coret dengan X nomor yang sesuai dilatasi serviks pertama pada fase aktif dan garis alarm. Koneksi antara X dan garis utuh.

(f) Penurunan bagian terbawah Janin

Tertulis "**head down**" dan garis padat 0-5 di sisi yang sama dengan dilatasi serviks. Letakkan "•" dalam tense yang tepat kemudian hubungkan dengan garis lurus.

(g) Jam dan Waktu

Waktu di bagian bawah kolom merupakan kombinasi dari waktu mulai aktif bekerja dan waktu sebenarnya pada saat ujian. Waktu mulai fase kerja aktif diberi nomor 1 hingga 16, masing-masing bidang : Satu jam digunakan untuk menentukan berapa lama kontraksi berlangsung. Waktu aktual inspeksi adalah bidang kosong yang harus diisi dengan waktu aktual saat kita melakukan inspeksi.

3) Kontraksi Uterus/ His

Ada lima kotak horizontal untuk bekerja. Pemeriksaan dilakukan setiap 30 menit, palpasi dan catat jumlah dan durasi his dalam 10 menit. Misalnya, jika ada tiga his 20 detik dalam 10 menit, arsir angka tiga dengan warna arsiran yang sesuai untuk mewakili his 20 detik (warna lebih terang). Obat dan cairan diberikan. Tandai obat dan cairan yang ditunjukkan di kolom yang sesuai. Jumlah tetes oksitosin dan unitnya dicantumkan.

4) Kondisi Ibu

Catat Nadi ibu setiap 30 menit dan beri tanda titik pada kolom yang sesuai. Ukur TD ibu setiap 10 menit dan beri tanda ↑ pada kolom yang sesuai. Suhu diukur setiap 2 jam, dicatat pada titik yang sesuai.

5) Jumlah urin, protein dan aseton

Lakukan ini setiap 2 jam jika memungkinkan.

6) Data lain yang harus dilengkapi dari partograf adalah:

- (a) Data atau informasi umum
- (b) Kala I
- (c) Kala II
- (d) Kala III

(e) Kala IV

(f) BBL

Diisi dengan tanda centang (✓) dan diisi titik yang disediakan.

PARTOGRAF

No. Register Nama Ibu : _____ Umur : _____ G. _____ P. _____ A. _____
No. Puskesmas Tanggal : _____ Jam : _____ Alamat : _____
Kluban pecah Sejak jam _____ mules sejak jam _____

Denyut Jantung Janin (/menit)

Air ketuban Penyusupan

Pembukaan serviks (cm) bertanda x
Tumbuhnya kepala bertanda o

WAKPADA BERTINDAK

Waktu (jam)

Kontraksi (deka)

Oksitosin U/L tetes/menit

Obat dan Cairan IV

Nadi

Tekanan darah

Suhu °C

Urin Protein Aseton Volume

CATATAN PERSALINAN

1. Tinggi _____
2. Nama Bidan _____
3. Tempat Persalinan _____
 Rumah Bidan Puskesmas
 Polindes Rumah Sakit
 Klinik Swasta Lainnya _____
4. Alamat Tempat Persalinan _____
5. Catatan: *Rujuk, Kala: I/II/III/IV
6. Alasan Merujuk _____
7. Tempat Rujuk _____
8. Pendamping pada saat merujuk
Bidan Dukun
Tami Keluarga
Teman _____
9. Masalah dalam kehamilan/ persalinan ini:
 Gawat darurat HOK
 Infeksi PAM/CT
 Perdarahan _____

10. Partograf ini dibuat pada waktu _____
11. Masalah lain, sebutkan _____
12. Penanganan masalah tsb _____

13. Hasilnya _____

KALA I

14. Episiotomi
 Ya, indikasi _____
 Tidak _____

15. Pendamping pada saat persalinan:
Suami Dukun
Keluarga Tidak ada _____
Teman _____

16. Gawat janin:
 Ya, tindakan yang dilakukan:
a. _____
b. _____
 Tidak _____
 Pembantuan OI setiap 5-10 menit selama kala I.
Hasil: _____

17. Distosis bahu
 Ya, tindakan yang dilakukan: _____
 Tidak _____

18. Masalah lain, penanganan masalah tsb dan Hasil: _____

KALA II

19. Insusui menyusui dini:
 Ya _____
 Tidak, Alasannya _____

20. Lama Kala II _____ Menit

21. Pemberian Oksitosin 10 U/ml ?
 Ya, waktu _____ Menit sesudah persalinan
 Tindakan, Alasan _____
Pencegatan Tali Pusat _____ Menit setelah bayi lahir

23. Penegangan tali pusat terentang?
 Ya _____
 Tidak, Alasannya _____

24. Masalah Fundus uteri?
 Ya _____
 Tidak, Alasannya _____

25. Pasien tidak bangun (infus) 'Ya' 'Tidak'
Jawab tidak bangun tindakan yang dilakukan:
a. _____
b. _____

26. Pasien tidak lahir > 30 menit
 Tidak, Alasannya _____
 Ya, tindakan _____

27. Laksasi
 Ya, dimana _____
 Tidak _____

28. Jika Laksasi perineum, dirujuk: I/II/III/IV
 Pengantian, dengan/ tanpa a/nestesi
 Tidak dirujuk, alasan _____

29. Abasi Uteri
 Ya, tindakan _____
 Tidak _____

30. Jumlah darah yang keluar/ perdarahan: _____

31. Masalah dan penatalaksanaan masalah tersebut
Hasilnya _____

KALA IV

32. Kondisi ibu: KU _____ TD _____ mmHG Nadi: _____
x/mnt Napas: _____ x/mnt

33. Masalah dan penatalaksanaan masalah _____

BAYI BARU LAHIR

34. Berat Badan _____ gram
35. Panjang Badan _____ cm
36. Jenis kelamin: L / P _____
37. Penilaian Bayi Baru Lahir, Baik, ada penyulit _____
38. Bayi Lahir:
 Normal, tindakan:
 Mengeringkan
 Menghangatkan
 Rangsang Tali
 Pakaian selimut bayi dan ditempatkan diisi ibu
 Aflukia ringan/putat/bru/emas, tindakan:
 Mengeringkan
 Rangsang Tali
 Betasan jalan napas
 Betasan jalan napas
 Menghangatkan
 Pakaian selimut bayi dan ditempatkan diisi ibu
 Lain-lain, sebutkan _____
 Cacat bawaan, sebutkan _____
 Hipotermi, tindakan:
a. _____
b. _____
c. _____

39. Pemberian ASI
 Ya, waktu _____ jam setelah bayi lahir
 Tidak, Alasan _____

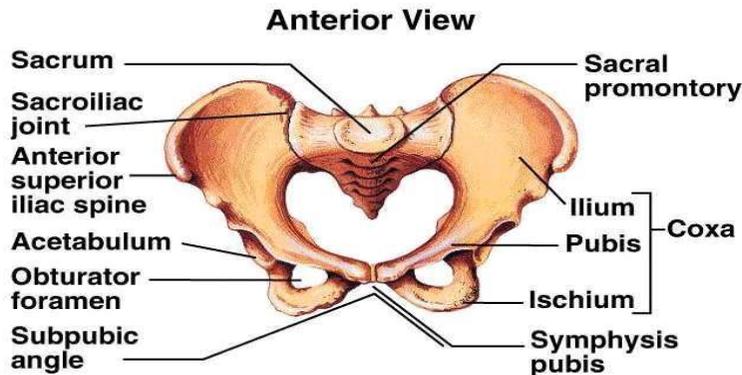
40. Masalah lain, sebutkan _____
Hasilnya _____

TABEL PEMANTAUAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan Darah	Nadi	Tinggi Fundus Uteri	Kontak Uterus	Kehung Kemih	Darah yang keluar
1							
2							

Gambar 5.1 Partograf
Sumber: informasibidan.com (2022)

A. Anatomi Panggul



Gambar 6.1 Anatomi Panggul Perempuan

Sumber: afkar.id (2011)

Meski masalahnya adalah panggul dan pada janin tertentu, panggul sangat sempit dalam beberapa kasus sehingga janin normal tidak bisa mati. Kaca sempit di setiap bidang: Pintu panggul atas, pintu panggul tengah, atau pintu panggul bawah. Terkadang seluruh lapangan sempit, panggul sempit dimana-mana. Panggul yang diketahui penting adalah panggul panggul kecil (*pelvo minor*), yaitu wadah bagi rahim dan menentukan bentuk jalan lahir. Meski Panggul Besar (*Pelvis Major*) mendukung isi lambung dan dapat menggambarkan keadaan panggul ukuran kecil.

1. Tulang-tulang panggul

Tulang panggul terdiri dari 3 tulang: (1) Os Coxa (juga disebut tulang anonim) 2 kiri dan kanan, (2) os sacrum dan (3) *os coccyx*, *os coccyx* merupakan perpaduan dari bagian-bagian ilium, ishium dan vulva. Tulang-tulang ini bergabung di sendi pinggul. Di depan ada sambungan antara tulang kemaluan kanan dan kiri, yaitu simfisis. Simfisis terdiri dari jaringan fibrocartilaginous dan ligamentum suprapubik anterior di atas ligamen kemaluan di bawah ini.

Ketika jari dimasukkan ke dalam vagina perempuan hamil dan

Perempuan ini diminta berjalan, lalu tulang kemaluannya diraba

dan rasakan naik turunnya. Saat dimasukkan ke dalam vagina perempuan hamil dan perempuan itu diminta keluar, tulang kemaluan teraba.

Secara fungsional, panggul terdiri dari dua bagian, disebut cekungan besar dan cekungan kecil. Panggul besar yaitu bagian dari panggul. Daerah di atas linea terminalis juga dikenal sebagai panggul palsu. Bagian di bawah ujung linier disebut panggul kecil. Bagian terakhir ini adalah bagian yang memiliki memainkan peran penting di tempat kerja dan perlu diakui dan dihargai. Cara terbaik untuk memprediksi apakah bayi akan melalui atau tidak.

Bentuk kolam kecil ini menyerupai saluran sempit adalah sumbu melengkung ke depan (*sumbu Carus*). Sumbu ini secara tradisional merupakan garis yang menghubungkan titik-titik umum antara diameter transfer dan vena terkonjugasi di PAP ke titik-titik yang sesuai di Hodge II, III dan IV. Menuju Hodge, sumbunya lurus, sejajar sakrum, dan dari sini melengkung ke depan agar sesuai kelengkungan sakrum. Hal ini penting jika Anda berakhir melahirkan dengan tsunami, agar arah keluar tsunami sejajar dengan arah sumbu jalan lahir.

2. Pintu Atas panggul (PAP)

Pintu masuk panggul adalah bidang yang dibentuk oleh *promontorium vertebra sakral ke-1*, *linea innominate* (ujung) dan batas atas simfisis simfisis. Pada pintu masuk panggul terdapat diameter yaitu anterior-posterior, diameter *transversal* dan diameter oblik 2 buah.

Panjang bentangan dari tepi atas simfisis ke kepala tanah kira-kira 11 cm. Namanya Conjugata Vera. Jarak terpanjang melintasi garis melintang di pintu masuk kolam adalah

sekitar 12,5-13 cm. Panjang bentangan dari tepi atas simfisis ke kepala tanah kira-kira 11 cm. Namanya Conjugata Vera. Jarak terpanjang melintasi garis melintang di pintu masuk kolam.

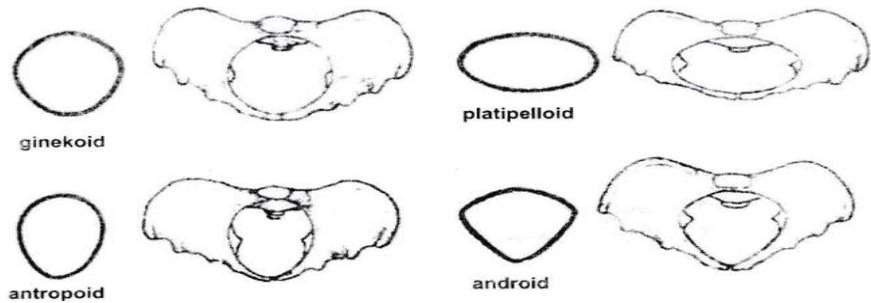
Konjugasi benar, misalnya jarak dari tepi atas simfisis ke tanjung, dihitung dengan mengurangi 1,5 cm dari diagonal konjugasi, kira-kira 11 cm. Konjugasi lahir adalah konjugasi yang paling penting, adalah jarak antara tengah simfisis dan promontorium, perbedaan antara konjugasi darah dan konjugasi lahir sangat kecil.

Ada 4 jenis panggul dalam persalinan dengan ciri-ciri pintu panggul:

- a) **Jenis *genekoid***: Pelvis paling cocok untuk perempuan. Bentuk pintu panggul hampir bulat. Panjang *anteroposterior* kira-kira = diameter *transversal*. Jenis ini terjadi di 45 % perempuan.
- b) **Jenis *android*** : Pintu panggul memiliki bentuk yang hampir segitiga. Kebanyakan laki-laki memiliki tipe ini. Diameter anteroposterior hampir sepanjang diameter transversal, tetapi yang terakhir lebih dekat ke sakrum; Oleh karena itu, bagian belakangnya pendek dan rata, sedangkan bagian depannya mengecil ke arah depan. Jenis ini terjadi di 15 % perempuan.
- c) **Jenis *antropoid*** : Pintu masuk panggul agak lonjong, seperti telur. Diameter depan-belakang lebih panjang dari diameter melintang. Jenis ini terjadi pada 35 % perempuan.
- d) **Jenis *platipelloid*** : Padahal, tipe ini merupakan tipe ginekoid, menyempit di depan dan belakang. Ukuran lintang jauh lebih besar dari ukuran punggung. Jenis ini terjadi pada 5 % perempuan.
- e) **Panggul Tengah (*Pelvic Cavity*)**

Ruang panggul ini adalah yang terluas. Pengukuran klinis *midpelvis* tidak dapat dilakukan secara langsung.

Ada penyempitan pada tingkat tulang belakang *ischial*, yang penting pada *distosia* setelah *fiksasi* kepala. Jarak antara kedua tulang belakang, sering disebut *distansia interspinarum*, adalah jarak terkecil antara panggul.



Gambar 6.2 Bentuk Panggul Perempuan

Sumber: Ilmiah, W.S (2021)

f) Pintu bawah panggul (PBP)

Seperti yang telah dijelaskan sebelumnya, pintu atas panggul bukanlah bidang datar melainkan terdiri dari dua bidang datar yang masing-masing berbentuk segitiga, yaitu bidang yang dibentuk oleh garis antara dua tuberkel iskia dan kepala sakrum, dan segitiga lain yang alasnya juga merupakan garis antara dua tuberkel iskia dan pangkal sakrum. Batas bawah simfisis pubis melengkung ke bawah, membentuk sudut yang disebut lengkung pubis. Dalam kondisi normal, besarnya penyusutan ini $\pm 90^\circ$ atau sedikit lebih. Jika di bawah 90° , kelahiran kepala janin lebih sulit karena memakan lebih banyak ruang di bagian belakang kepala. Dalam hal ini harus diperhatikan agar kepala sakrum/tulang saline tidak terdorong ke depan, sehingga kepala janin tidak dapat lahir.

g) Ukuran panggul

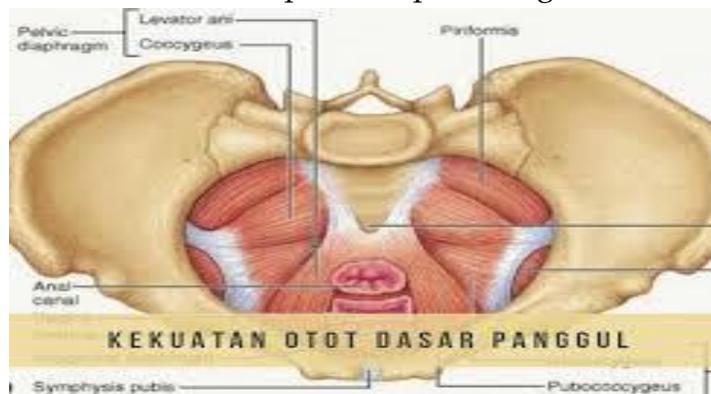
Meskipun ini tentang hubungan antara panggul dan janin tertentu, dalam beberapa kasus panggul sangat sempit sehingga janin normal tidak dapat melewatinya. Ukuran sempit bisa dalam rentang apa pun:

pinggul atas, pinggul tengah atau pinggul bawah. Terkadang seluruh lapangan sempit, panggul sempit dimana-mana.

B. Otot Dasar Panggul

Dasar panggul adalah kompleks jaringan yang terletak di dasar panggul antara *peritoneum visceral* bagian bawah dan membran pubis. Ini berperan dalam mendukung berbagai organ dalam panggul tetap pada posisi dan fungsinya yang normal.

Pelvis merupakan struktur yang sebagian besar terdiri dari otot. Dinding *posterior* dibentuk oleh sakrum di tengah dan otot *piriformis* secara lateral, sisi adalah *musculus obturator interna* kiri dan kanan, dan dinding depan dibentuk oleh badan kemaluan belakang dan otot pubis. Lantai dibentuk oleh otot levator ani dan otot biseps ditutupi oleh ligamen sakroiliaka .



Gambar 6.3 Anatomi Otot Dasar Panggul Perempuan

Sumber: bpmmutiara (2020)

Istilah otot dasar panggul (ODP)/ otot dasar panggul/ Diafragma panggul menargetkan sekelompok otot yang bekerja bersama dan sebagai septum yang memisahkan rongga panggul dari tubuh perineum, memanjang dari otot kemaluan ke tulang ekor. Diafragma dasar panggul dibentuk oleh otot levator ani dan otot tulang ekor.

Otot levator ani terdiri dari tiga struktur otot utama: 1) Otot *pubococcygeus*, 2) *puborectal* dan 3) *iliococcygeus*. Otot Levator ani

memainkan peran sangat penting dalam dukungan organ panggul. Otot levator ani yang berfungsi normal terus menerus berkontraksi untuk menopang organ perut dan panggul terhadap peningkatan tekanan intra abdomen.

Ini terhubung ke otot *puborektal* di sekitar *anorektal sfingter anal* internal. Otot *puborektal* menarik dari depan transisi *anorektal*, ke depan, yang membantu anus untuk menutup. *Puborectalis* dan *sfingter* anal eksternal bekerja sebagai satu kesatuan.

Otot *pubococcygeus* terdiri 3 bagian kecil yaitu 1) Otot *pubovaginalis*, 2) *puboperinealis*, dan 3) *puboanal*. Otot *pubococcygeus* muncul di tepi dalam simfisis, ketika dalam setiap kasus penambahan otot *pubococcygeus* sesuai *Corpus perineum* (*puboperinealis*), *sulcus intersphincterica ani* (*puboanal*) serta dinding lateral vagina (*pubovaginalis*). Otot vulva berperan dalam mengangkat uretra selama kontraksi panggul menyebabkan retensi urin. Otot *puboperineal* berperan dalam menarik perineum ke arah simfisis pubis. Otot *puboanal* terlibat ketinggian anus dan, bersama dengan otot *pubococcygeus* serta *puborectalis*, mencegah perubahan ukuran hiatus urogenital.

Diafragma urogenital (lapisan tengah) adalah lapisan membran otot terletak dan terbentuk di permukaan diafragma panggul. Melalui otot transfer perineum dalam dan *aponeurosis* otot transfer perineum superfisial (diterapkan di antara otot kemaluan dan saluran *urogenital*), dan sfingter urogenital. Fungsi membrane *urogenitalis* menekan uretra dan dinding depan vagina, menopang tubuh perineum dan introit.

Lapisan luar dasar panggul terbentuk oleh *bulbospongiosus*, *ischiocavernosus*, *bulbocavernosus*, transfer perineum superfisial. Otot *bulbospongiosus* muncul dari perineum dan mengelilingi vagina dan uretra. Otot *bulbospongiosus* melintasi tubuh klitoris. Otot *ischiocavernosus* berasal dari *tuberositas ischial* dan sisipan di sisi bawah serta sisi klitoris kaki. Pergerakan kedua otot ini melawan klitoris memungkinkan respons/ereksi seksual

perempuan. Fungsi otot bulbocavernosus adalah mempersempit jalan masuk ke vagina, Selain memperkuat fungsi sfingter uretra internal yang terdiri dari otot polos. Otot perineum *transversal superficial*: berasal dari *tuberkulum ischial* dan melekat pada perineum.

Otot ini merupakan struktur *fibromuskular* yang terletak di tengah perineum antara anus dan vagina. Ini adalah kerja otot dangkal yang kompleks dan memiliki fungsi yang kuat stabilitas dan dukungan anal. Serat *levator ani* juga menyatu dengannya. Masing-masing otot ini dipersarafi oleh cabang perineum saraf pudenda. Saraf *pudenda* juga rentan terhadap cedera akibat kompresi atau peregangan vagina saat melahirkan.

Otot dasar panggul adalah otot rangka yang mendasarinya kontrol sukarela kontraksi saraf motorik aktif sehingga sesuai dengan teknik latihan yang serupa seperti otot rangka lainnya. Otot-otot dasar panggul dipersarafi saraf somatik dari saraf sakral keempat, saraf dubur inferior dan saraf cranial. Perineum dari *N. pudendus sacralis*. Mendapat iritasi vagina dari persarafan saraf simpatik dan saraf parasimpatis yang timbul. Saraf panggul dan plexus inferior adalah saraf Saraf pudenda dan kelenjar getah bening.

Otot dasar panggul berbagai fungsi yaitu:

1. Menopang organ panggul serta isi perut, terutama saat berdiri secara langsung

Diafragma dasar panggul / levator ani memainkan peran penting. Dukungan untuk kandung kemih, rahim dan tiga lumen, yaitu dalam uretra, vagina, rektum. Otot ini harus dapat berkontraksi secara sukarela dan segera, tetapi juga harus dapat berkontraksi. Secara konstan mempertahankan nada saat istirahat.

2. Mempertahankan tekanan intra abdominal.

Saat otot levator ani berkontraksi, vagina terangkat, dan otot ini membantu menahan gaya yang terjadi saat tekanan intra-abdomen diterapkan pada kandung kemih, seperti saat

batuk, bersin, tertawa, melompat.

3. Memelihara sudut anorektal.

Sudut antara rektum dan anus sekitar 90° saat istirahat. Sudut ini berkurang ketika sfingter anal eksternal serta otot kemaluan berkontraksi untuk menunda buang air besar dalam situasi tidak nyaman.

4. Menutup uretral.

Kontraksi otot dasar panggul tiba-tiba dan kuat dengan cepat menutup uretra untuk mencegah keluarnya urin, dengan peningkatan tekanan perut, kontraksi otot dasar panggul mengangkat leher kandung kemih ke area tekanan perut.

5. Menyangga beban dari tulang punggung.

Beban pada tubuh bagian atas pada posisi benar dipindahkan ke tulang belakang saat tekanan kosong. Tekanan statis diciptakan oleh otot inti/jantung yang kencang, yang mampu bergerak untuk menopang tubuh bagian atas, mengurangi tekanan pada tulang belakang. Tekanan statis ini dihasilkan oleh otot-otot perut *transversal*, otot *multifidus*, *diafragma toraks* serta dasar panggul.

6. Stabilisasi pelvispinal.

Paha belakang membantu menstabilkan *sendi sacroiliac* serta *sacroiliac*.

7. Fungsi seksual.

Otot perineum *superfisial* di sekitar kaki serta tubuh klitoris memengaruhi aliran darah ke organ-organ ini, mencegah aliran balik darah dan kemungkinan meningkatkan respons seksual. Dalam membahas kekuatan otot dasar panggul, ditemukan bahwa mencapai orgasme secara signifikan berhubungan dengan kontraksi maksimum otot dasar panggul.

Disfungsi otot dasar panggul merupakan masalah kesehatan perempuan yang dapat menyebabkan berbagai gejala kualitas hidup, seperti *inkontinensia* urin, *inkontinensia*

anus, *inkontinensia fekal*, *prolaps organ panggul*, dan *disfungsi seksual*.

C. Lantai Panggul

Area antara pintu masuk dan keluar disebut panggul kecil dan sangat penting saat melahirkan. Dasar panggul dibentuk oleh diafragma panggul, sekelompok otot yang bersama-sama membentuk corong untuk menopang organ panggul kecil dan memisahkannya dari perineum. Dua otot utama adalah otot levator ani dan otot tulang ekor. Otot levator ani adalah lapisan otot yang luas yang terdiri dari otot *pubococcygeus* dan *iliococcygeus*.

Pubococcygeus dapat dibagi menjadi kelompok *pubovaginalis*, *puboperinealis*, *puborectalis* dan *puboanalis* tergantung pada perlekatan serat ujung. *hiatus urogenital*, Kesenjangan antara batas *anteromedial* kelompok *levator ani* memungkinkan untuk vagina dan *uretra*. Selama persalinan, dasar panggul menopang kepala janin sementara serviks melebar untuk memungkinkan jalan lahir. Selama ini, diafragma dasar panggul bisa terluka/pecah. Otot-otot ini penting karena menopang uretra, vagina dan rektum.

Kerusakan dapat menyebabkan *prolaps* atau inkontinensia tinja atau urin. Seperlima bagian bawah vagina menerima saraf sensorik somatik dari saraf perineum dalam, cabang saraf pudenda. Saraf vagus atas bersifat *visceral* dan timbul dari pleksus uterovaginal, yang mempersarafi jeroan panggul dari *pleksus hipogastrika* bawah.

Nyeri dari fundus dan korpus uteri mengikuti ganglia simpatis dan mencapai medula spinalis bawah di atas toraks. Hal-hal dari serviks dan vagina mengikuti serat parasimpatis melalui pleksus hipogastrik serviks dan inferior dan saraf panggul untuk mencapai sel ganglion sensorik tulang belakang S2-4.

D. Anatomi Persalinan dan Tulang Panggul

Tengkorak janin sebagian besar terdiri dari tulang tipis dan lentur yang membentuk kubah. Berlabuh ke tulang yang kaku dan tidak dapat dimampatkan di dasar tengkorak, karena sifat tulang ketiga tengkorak, tengkorak janin adalah bagian anak yang paling sulit melewati saluran panggul ibu. Memahami anatomi tengkorak janin dan diameternya membantu untuk melihat kemajuan proses kelahiran dan memahami bagaimana bentuk kepala janin dalam kaitannya dengan jalan lahir.

1. Area tengkorak

Tengkorak itu secara sewenang-wenang dibagi menjadi zona-zona penting untuk persalinan :

- a. *Apeks* adalah area persegi panjang yang dibatasi di anterior oleh *bregma* dan *sutura koronal*, di posterior oleh sutura lambda dan *lambdoid*, dan di lateral oleh garis melalui tinggi *apeks*. Ini adalah presentasi normal dan teraman untuk persalinan pervaginam.
- b. Alis adalah area yang dibatasi di satu sisi oleh ubun-ubun anterior dan jahitan koronal dan di sisi lain oleh pangkal hidung dan punggungan supraorbital di kedua sisi. Munculnya alis menimbulkan risiko serius bagi ibu dan anak.
- c. Wajah adalah area yang di satu sisi dibatasi oleh jembatan hidung dan punggungan supraorbital dan di sisi lain oleh persimpangan dasar mulut dan tenggorokan. Menampilkan wajah juga menimbulkan risiko yang signifikan bagi ibu dan anak.

2. Diameter tengkorak

Diameter efek tengkorak janin bergantung pada derajat pembengkokan yang terjadi. Kemungkinan diameter tiang depan kepala ditunjukkan pada tabel 6.1:

Tabel 6.1 Diameter Kepala Janin Relatif Terhadap Presentasi.

Diameter	Sikap kepala	Presentasi
Suboccipito Bregma - 9,5 cm memanjang dari leher ke tengah bregma	fleksi lengkap	Puncak
Suboccipitofrontal - 10 cm Meluas dari leher ke ujung anterior ubun-ubun anterior atau pertengahan oksiput	Fleksi tidak lengkap	Puncak
Depan oksipital - 11,5 cm Memanjang dari bagian belakang kepala hingga pangkal hidung	Defleksi yang ditandai	Puncak
Mint vertikal - 13,5 cm Meluas dari tengah dagu ke titik tertinggi jahitan sagital	Alis ekstensi sebagian	
Submentum vertikal - 11,5 cm Meluas dari persimpangan dasar mulut dan leher ke titik tertinggi di sutura sagital	Ekstensi tidak lengkap	Menghadapi
Submentobregma - 9,5 cm Meluas dari persimpangan dasar mulut ke tengah bregma	Ekstensi lengkap	Menghadapi

Diameter melintang yang dipertimbangkan dalam mekanisme kerja adalah:

- a. Diameter *biparietal* (9,5cm) memanjang di antara dua eminensia parietal. Terlepas dari posisi kepala, diameter ini hampir selalu disertakan.
- b. *Suprasubparietal* (8,5cm) memanjang dari titik di bawah satu keunggulan parietal ke titik di atas keunggulan parietal lainnya di sisi yang berlawanan.

- c. Diameter *bitemporal* (8cm) adalah jarak antara ujung *antero-inferior sutura koronal*.
 - d. Diameter *bimastoid* (7,5cm) adalah jarak antara ujung proses toraks.
3. Posisi *oksipitoposterior*

Ini adalah presentasi puncak di mana bagian belakang kepala ditempatkan kembali di atas sendi sakral atau tepat di atas sakrum. Saat bagian belakang kepala berada di atas sendi sakroiliaka kanan, letaknya disebut ***occipitoposterior kanan (ROP)*** dan bila diletakkan di atas sendi sacroiliac kiri disebut ***occipitoposterior kiri (LOP)*** dan bila ke arah sakrum disebut *rektus oksiput posterior*.

ROP lebih sering terjadi daripada LOP karena arah rotasi uterus ke kanan dan sigmoid ke kiri. Prevalensi posisi bedah pada awal persalinan adalah 15-32%, 10-20% di awal kala dua persalinan dan 5-8% saat persalinan.

4. Mekanisme tenaga kerja

Kepala dipasang melalui diameter bevel kanan di BOB dan melalui diameter bevel kiri di LOP. Diameter transversal kepala bunga adalah diameter biparietal (9,5cm) dan diameter anteroposterior adalah suboccipitofrontal (10cm) atau occipitofrontal (11,5cm). Fiksasi tertunda karena pembengkokan .

a. Dalam keadaan yang menguntungkan:

- 1) Membengkokkan: Kontraksi uterus yang baik menghasilkan fleksi kepala yang baik. Penurunan terjadi hingga kepala mencapai dasar panggul.
- 2) Rotasi internal kepala: karena bagian belakang kepala adalah bagian terdepan, berputar ke depan $\frac{3}{8}$ lingkaran untuk berada di belakang tulang kemaluan, karena leher tidak bisa menangani torsi sebanyak itu, Bahu berputar kira-kira $\frac{2}{8}$ lingkaran untuk mencapai diameter bevel kanan di BOB dan diameter bevel kiri di LOP dengan $\frac{1}{8}$ torsi loop leher masih tertinggal,

karena itu mekanisme lain, seperti B. *occipitoanterior* kanan di ROP dan *occipitoanterior* kiri di LOP.

b. Dalam keadaan yang tidak menguntungkan

- 1) Terkadang bagian belakang kepala tidak berputar seperti yang telah dijelaskan sebelumnya.
- 2) Rotasi anterior tidak lengkap: Oksiput memutar seperdelapan anterior lingkaran dan jahitan sagital berada pada diameter bispinal. Posisi ini disebut T-handle dalam.
- 3) Tidak ada rotasi: Karena pembengkokan kepala sedang, gigi seri dan gigi oksipital secara bersamaan menyentuh dasar panggul, sehingga tulang oksipital tidak berputar. Jahitan sagital terletak pada diameter miring. Rotasi lebih lanjut tidak memungkinkan dan kondisi ini disebut backstop miring.
- 4) *Malrotasi*: Pada fleksi ekstrem, tulang oksipital pertama kali menyentuh dasar panggul, menyebabkan gigi seri berputar $1/8$ lingkaran dan tulang oksipital beristirahat di ruang sakral. Ini disebut berdiri dari posisi oksipital.

A. Definisi Partus Tak Maju

Persalinan yang tidak maju berarti kepala tidak menunduk, terbuka, serta lingkaran papis, menunjukkan bahwa pekerjaan tidak berkembang dan diperlukan. **Persalinan tidak maju** yaitu persalinan yang berlangsung > 24 jam pada primigravida dan > 18 jam pada multigravida. Persalinan lama dengan komplikasi ibu dan janin, penyebab persalinan prematur dapat dibagi menjadi dua bagian:

1. Faktor ibu

a. Kelainan tenaga (*power*)

Persalinan tidak maju yaitu persalinan yang berlangsung > 24 jam pada primigravida dan > 18 jam pada multigravida. His ada persalinan lama dengan komplikasi ibu dan janin. Penyebab persalinan prematur dapat dibagi menjadi dua bagian. masalah ini disebabkan oleh kelelahan miometrium akibat persalinan lama panjang Kontraksi rahim yang tidak efektif. Kontraksi uterus yang tidak efektif ini disebabkan oleh disfungsi uterus yang ditandai dengan kontraksi dengan intensitas rendah, biasanya terjadi dengan disproporsi panggul janin yang signifikan. Pengobatan kontraksi uterus yang tidak efektif dapat digunakan.

b. Rahim beristirahat karena pasien biasanya sangat lelah Secara fisik dan mental harus dibantu untuk menenangkan diri karena pasien biasanya lelah, baik secara fisik maupun mental. Pasien harus dibantu untuk menenangkan diri dengan 10 mg morfin sulfat atau demerol 100 mg yang dapat memberi Anda 1 atau 2 istirahat jam, sementara pekerjaan ini dapat menyebabkan ekspansi serviks dan berikan infus RL 2 Flash untuk penyembuhan kondisi dehidrasi.

- c. Rangsang dengan menambahkan oksitosin ke dalam 2 Flash larutan RL dan berikan sebagai infus intravena. Dimulai perlahan kecepatan sekitar 10 tpm. Tujuannya mencapai kontraksi rahim yang baik.
- d. Pecahkan cairan ketuban dengan klem dan percepat persalinan dengan oksitosin. Periksa perkembangan kontraksi dan periksa dalam 2 jam setelah oksitosin menetes dan berharap kontraksi yang baik dan kuat.
- e. **Kelainan jalan lahir**

Anomali jalan lahir merupakan anomali tulang panggul dan

jaringan lunak panggul. Bagian terendah janin terletak di atas panggul, atau kepala biasanya tidak terlalu sering turun ke panggul. Ini mungkin masalah hashing, Masalah ini disebabkan oleh ukuran panggul di bawah rata-rata dan ukuran janin yang terlalu besar. Ada gangguan rotasi aksial parsial atau lengkap di panggul tengah. Panggul tengah berbentuk android, yang berarti bukaan segitiga di panggul.

2. Faktor janin

Penyebab partus tak maju dari faktor janin:

a. Posisi oksipitalis posterior persisten

Letak sutura sagital berjalan melintang/miring, sehingga UUK mungkin melintang kiri, kanan melintang, kiri depan, kanan depan, kiri belakang/ kanan belakang. Hal ini bisa jadi karena adaptasi kepala dengan bentuk serta ukuran panggul. Mekanisme persalinan: Bila hubungan antara panggul dan ukuran janin cukup longgar, persalinan dapat terjadi secara spontan, namun biasanya pelaksanaan tindakan yang benar lebih lama, maka tindakan yang benar adalah *secsio caesria* namun biasanya pelaksanaan tindakan yang benar lebih lama, maka tindakan yang benar adalah *secsio caesria*.

b. Presentasi dahi

Presentasi alis merupakan posisi kepala berada di antara fleksi maksimal dan fleksi maksimal, sehingga dahi menjadi bagian yang paling bawah. Biasanya posisi *front exposure* ini bersifat sementara dan sebagian besar menjadi bagian belakang kepala.

c. Ukuran janin berlebihan

Janin yang terlalu besar, bahkan dengan kepala dan bahu, akan mengalami kesulitan melewati pintu panggul, janin dengan berat antara 4.250 dan 4.500 gram mungkin memerlukan operasi caesar elektif.

d. Komplikasi

1) Komplikasi pada ibu

Infeksi intrapartum mengancam bahaya serius bagi ibu apalagi bila KPD, maka bakteri dalam cairan ketuban juga ikut pecah memasuki *desidua* melalui vena, itu akan terjadi *bakteremia* ibu dan janin dan sepsis. *Pneumonia* janin terjadi akibat aspirasi amnion yang terinfeksi.

Cincin ini adalah retraktor patologis dan seringkali merupakan akibat dari persalinan yang sulit dan peregangan berlebihan serta penipisan bagian bawah rahim. Tindakan pencegahan yang dapat dilakukan saat cincin lipat patologis terjadi antara lain bekerja sama dengan dokter SPOG dan menghentikan persalinan dengan operasi *caesar*.

Robekan rahim, penipisan bagian bawah rahim, dapat menimbulkan risiko serius pada persalinan yang terlambat, terutama bagi perempuan dengan angka kelahiran tinggi dan perempuan yang pernah menjalani operasi *caesar*. Pembentukan fistula: Jika bagian bawah janin menekan dengan kuat pada pintu panggul tetapi tidak berkembang untuk jangka waktu tertentu, bagian antara dinding panggul jalan lahir

mungkin berada di bawah tekanan yang berlebihan. Gangguan peredaran darah dapat berupa *nekrosis*, yang terjadi dalam beberapa hari setelah melahirkan dan terjadi di daerah *vesikovaginal* atau dubur dan dubur.

2) Komplikasi pada janin

a) *Kaput suse daneum* adalah hasil kelainan bentuk panggul saat melahirkan.

b) Cidera serta Fetal distres atau gawat janin

Gawat janin menemukan denyut nadi. DJJ > 160 kali per menit atau < 100 kali per menit, DJJ irreguler, atau keluarnya mekonium kental saat awal persalinan. Penderitaan janin atau gawat janin adalah menemukan denyut nadi. Denyut jantung janin 160 kali per menit atau kurang dari 100 kali per menit, detak jantung tidak teratur, atau keluarnya mekonium kental saat awal persalinan. Beri ibu 6-8 liter oksigen per menit untuk memfasilitasi ventilasi dari plasenta ke janin.

3) Sesak napas karena persalinan tidak maju atau persalinan lama

Intervensi pada plasenta selama kontraksi rahim yang sama dan kuat. Penanganan dapat dilakukan jika terdapat risiko mati lemas adalah resusitasi janin.

B. Klasifikasi Partus Lama

1. Fase laten yang memanjang

Tentang fase laten yang berkepanjangan, karena fase laten >20 jam pada primigravida dan > 14 jam pada multipara. Penyebabnya adalah serviks belum matang pada awal persalinan, yang hanya memperpanjang fase laten, posisi janin normal, disproporsi serviks, disfungsi. Saat ini tidak berbahaya bagi ibu dan janin.

2. Fase aktif yang memanjang pada primigravida

Primigravida, jika dalam fase aktif waktu buka > 12 jam.

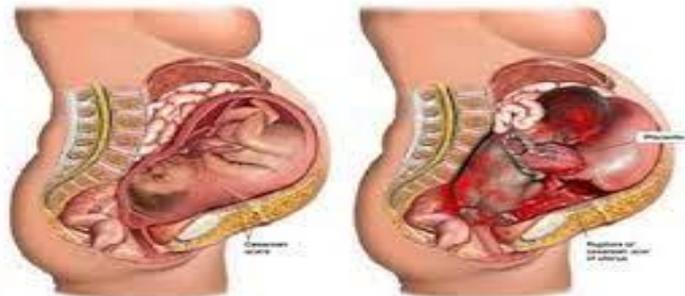
Lamanya tahap ini disebabkan posisi janin yang buruk, pecahnya ketuban sebelum lahir, dan penggunaan obat pereda nyeri. Fase aktif dilanjutkan pada multipara. Pada fase aktif Mutipara, rata-rata 2,5 jam bila lebih dari 6 jam dianggap tidak normal. Meski persalinan lama jarang terjadi pada perempuan poligami, situasinya tetap berbahaya.

C. Dampak Persalinan Lama

Persalinan yang lama dapat membahayakan ibu dan bayi anak kecil Ibu dan bayi dapat mengalami stres dan meningkatkan risiko infeksi karena dapat menyebabkan prosedur yang lebih sering dan risiko perdarahan postpartum dan atonia uteri. Persalinan yang lama dapat membahayakan ibu dan bayi dapat mengalami stres dan meningkatkan risiko infeksi karena dapat menyebabkan prosedur yang lebih sering dan risiko perdarahan postpartum dan atonia uteri:

1. Ruptur Uteri

Ketika selaput ketuban pecah dan cairan ketuban mengalir keluar, janin didorong ke bagian bawah rahim dengan kontraksi. Saat persalinan berlanjut, bagian bawah rahim mengembang ke titik yang berbahaya karena menipis, lebih mudah pecah. Pecahnya rahim lebih sering terjadi pada perempuan multipara, terutama jika rahim dilemahkan oleh jaringan parut atau operasi caesar sebelumnya. Peristiwa traumatis juga menyebabkan HPP, yang bisa berakibat fatal jika tidak segera diatasi.

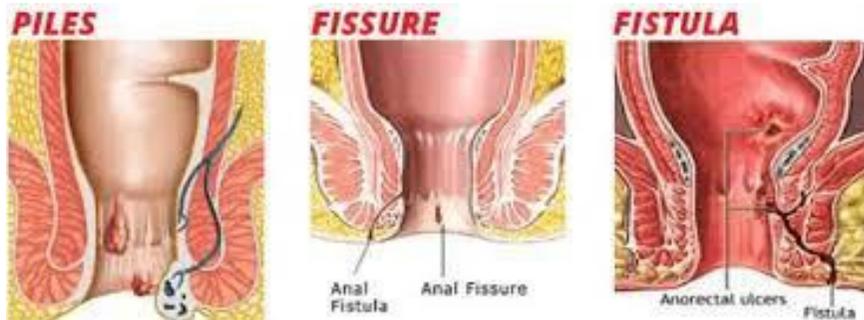


Gambar 7.1 Ruptur Uteri

Sumber: alodokter.com (2022)

2. Pembentukan Fistula

Jika kepala janin tertahan cukup lama di dalam panggul, bagian kandung kemih, leher rahim, vagina dan rektum terperangkap di antara kepala janin serta tulang panggul sehingga menyebabkan tekanan berlebihan. Hal ini menyebabkan sirkulasi oksigen tidak mencukupi di jaringan ini, menyebabkan nekrosis dan fistula dalam beberapa hari.



Gambar 7.2 Fistula

Sumber: orami.co.id (2023)

Fistula dapat berupa *vesikovaginal* (antara kandung kemih dan vagina), *vesikovaginal* (antara kandung kemih dan serviks) dan *rektovaginal* (antara rektum dan vagina), Hal ini dapat mengakibatkan urine atau feses masuk ke dalam vagina. Fistula biasanya berkembang setelah kala dua persalinan yang lama dan paling sering terjadi pada perempuan *nulipara*, terutama di negara-negara dengan awal kehamilan.

3. Sepsis Puerperalis

Pada persalinan lama, infeksi menimbulkan risiko serius bagi ibu serta bayinya, terutama KPD.

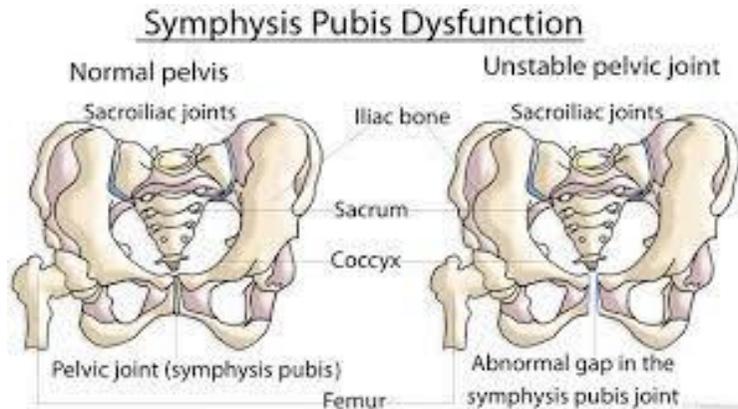


Gambar 7.3 Sepsis Puerperalis

Sumber: orami.co.id (2023)

4. Cedera otot-otot dasar panggul

Selama kelahiran bayi, dorongan ibu membuat tekanan langsung ke bawah kepala janin di dasar panggul. Kekuatan ini meregangkan serta memperlebar dasar panggul, menyebabkan perubahan fungsional, anatomi pada otot, saraf, dan jaringan ikat yang menyebabkan inkontinensia urin serta prolaps organ panggul.

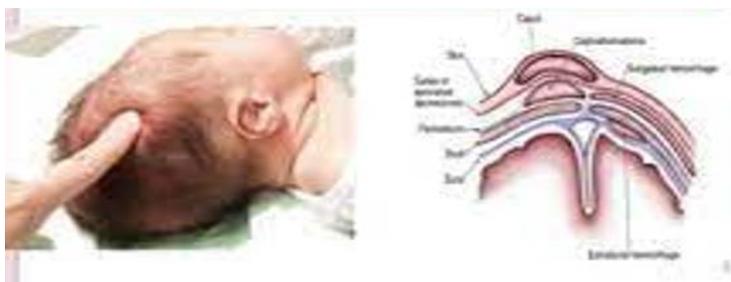


Gambar 7.4 Cedera Otot Dasar Panggul

Sumber: bidankita.com (2023)

5. *Caput succedaneum*.

Ketika panggul sempit, *caput succedaneum* besar sering terbentuk di bagian bawah janin selama persalinan. Kepala ini bisa besar dan menyebabkan kesalahan diagnostik serius.



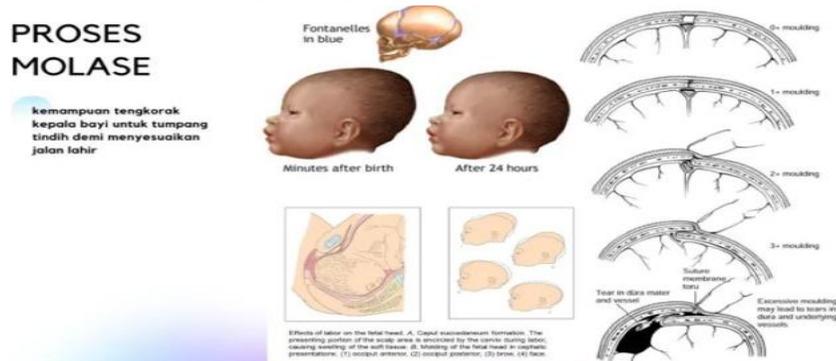
Gambar 7.5 Kaput *Suksedaneum*

Sumber: faniaknisa (2022)

6. Molase kepala janin

Karena tekanan kuat, pelat tulang tengkorak tumpang tindih di jahitan besar, Dimana garis tengah tulang *parietal*

menyentuh faring tumpang tindih dengan tulang yang berdekatan, tanah genting juga tidak.



Gambar 7.6 Molase

Sumber: bidankita.com (2022)

7. Kematian janin

Kegagalan mencegah persalinan atau persalinan lama akan mengakibatkan kematian janin akibat tekanan berlebih dari plasenta dan tali pusat. Janin yang mati melunak dengan pembusukan, yang menyebabkan *koagulasi intravaskular diseminata* (DIC) serta menyebabkan perdarahan, syok, bahkan kematian ibu.

D. Klasifikasi Partus Lama

Partus lama dapat dibagi berdasarkan menjadi 3 kelompok:

1. Fase laten memanjang

Fase laten diperpanjang jika fase ini berlangsung >20 jam pada kasus kelahiran ganda dan > 14 jam pada kasus kelahiran ganda. Kondisi yang mempengaruhi berapa lama periode laten berlangsung antara lain kerusakan serviks (misalnya tebal, tidak robek atau melebar) dan keguguran. Diagnosis juga dapat dilakukan dengan memperhatikan bahwa serviks tidak melebar > 4 cm setelah 8 jam persalinan dan mengi secara teratur.

2. Fase aktif memanjang

Awal periode laten ditandai dengan persalinan yang menyakitkan pada ibu. Gejala ini bisa berbeda pada setiap calon ibu. Masalah pada fase aktif menjadi gangguan

berkepanjangan (persisten/bertahan lama) dan gangguan stagnan (terhambat/ tidak berkembang). Pemanjangan didefinisikan sebagai kecepatan pembukaan dan penurunan yang lambat, yaitu sepasang nol berarti kecepatan pembukaan < 1,2cm/jam atau kecepatan turun < 1cm/jam.

Dengan Multipara, kecepatan buka < 1,5cm/jam dan kecepatan turun < 2cm/jam. Berhenti berarti penghentian lengkap dari pembukaan atau pengurangan yang signifikan dari ketidakhadirannya. Perubahan serviks dalam waktu 2 jam (dilatasi berhenti) dan penurunan janin tanpa adanya penurunan janin dalam waktu 1 jam.

Fase aktif yang berkepanjangan dapat didiagnosis dengan mengevaluasi tanda dan gejala, dilatasi serviks ke kanan garis peringatan. Ini dapat dianggap kelesuan rahim jika frekuensi mendesis kurang dari 3 desisan dalam 10 menit dan durasinya kurang dari 40 detik.

Disproporsi kepala-panggul didiagnosis ketika pelebaran serviks dan penurunan bagian janin yang terbuka tidak berlanjut, bahkan jika janin dalam kondisi baik. Obstruksi kepala dapat dievaluasi lebih parah dengan mengevaluasi dilatasi serviks dan turunnya bagian janin yang tidak berkembang menjadi kaput, Pembengkakan serviks, sementara kelainan bentuk dan kelainan bentuk terlihat di tempat lain selain di mahkota dan oksiput.

3. Kala II memanjang

Tahap ini dimulai saat dilatasi serviks selesai dan berakhir saat janin dikeluarkan. Fase kedua persalinan dibatasi hingga 2 jam pada perempuan nulipara dan 1 jam pada perempuan multipara. Pada perempuan dengan paritas tinggi, hubungan antara vagina dan perineum sudah memanjang; dua atau tiga kali percobaan tekanan setelah dilatasi penuh mungkin cukup untuk mengeluarkan janin. Sebaliknya, ibu yang panggul sempit atau makrosomia, kala dua bisa sangat lama. Tahap kedua yang berkepanjangan dapat didiagnosis saat dilatasi

serviks selesai, ibu ingin mengejan, tetapi penurunan tidak berlanjut.

E. Penanganan Partus Lama

Jika pekerjaan diperpanjang untuk alasan apapun, kondisi ibu yang bersangkutan harus dipantau secara ketat. TD diukur setiap 4 jam, dan pemeriksaan harus dilakukan lebih sering jika ada gejala preeklampsia. DJJ diukur setiap 30 menit pada tahap I dan lebih sering pada tahap II. Perhatian penuh harus diberikan pada kemungkinan dehidrasi dan asidosis, karena kelahiran yang lama, selalu ada kemungkinan anestesi. Sebaiknya ibu tidak diberikan makanan biasa, melainkan makanan cair (termasuk sari kurma).

Larutan D5% dan larutan NaCl isotonik harus diberikan secara IV secara bergantian. Untuk menghilangkan rasa sakit dapat diberikan 50mg petidin, yang dapat diulang, pada awal tahap pertama, 10mg morfin dapat diberikan. Penelitian membawa risiko infeksi. Jika persalinan berlanjut selama 24 jam tanpa kemajuan yang berarti, penilaian situasi yang cermat diperlukan. Jika cairan ketuban sudah pecah, keputusan untuk menyelesaikan persalinan tidak boleh ditunda terlalu lama karena risiko infeksi. Sebaiknya dapat diambil keputusan dalam waktu 24 jam setelah ketuban pecah apakah perlu segera dilakukan operasi caesar atau dapat dilanjutkan kelahirannya.

DAFTAR PUSTAKA

- Ahmed, I. E., Mirghani, H. O., Mesaik, M. A., Ibrahim, Y. M., & Amin, T. Q. (2018). *Effects of date fruit consumption on labour and vaginal delivery in Tabuk, KSA. Journal of Taibah University Medical Sciences*, 13(6), 557
- Al-Khuzaim, M.S. (2010). *Khasiat Kurma dan Mukjizat Kurma Ajwah*. Penerjemah: Abu Basyir. Surakarta: Al-Qowam Semesta.
- Ariani Pongoh, Niken Kumala Budi, Sri Ayu Dawam. (2020). *The Effect of Giving Date Palm Juice on the Duration of the First Stage of Labor in Sele Be Solu Hospital, Sorong City. Medico-legal Update*, July-Sep, Vol.20, No. 3
- Arti, praptiwi dan D. W. K. (2017). Manfaat Buah Kurma. *Magna Medika Berkala Ilmiah Kedokteran dan Kesehatan*, 1. <https://doi.org/https://doi.org/10.26714/magnamed.1.4.2017.20-25>
- Astuti, H.P. (2012). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Ibu I (Kehamilan)*. Yogyakarta: Rohima Press.
- Bolsinger, J., Pronczuk, A., Sambanthamurthi, R., & Hayes. (2014). *Anti-diabetic Effects Of Palm Fruit Juice In The Nile Rat (Aroicanthis Niloticus)*. Diakses pada tanggal 20 Maret 2018, dari <http://www.pubmed.com>.
- Cholifah, N., Amalia, E. (2016). *Aplikasi Pemberian Kurma Sebagai Upaya Peningkatan Kadar Hemoglobin Pada Remaja Putri Yang Mengalami Anemia di SMK Raden Umar Said Kudus*. Diakses pada tanggal 20 Maret 2018, dari <http://sari-kurma-untuk-remaja.2016.pdf>.
- Cut Mutiah. (2017). Pengaruh Pemberian Jus Kurma (*Dactylifera Phoenix*) Pada Ibu Bersalin Kala 1 Terhadap Durasi Persalinan. *Jurnal Prodi Kebidanan Langsa Poltekes Kemenkes Aceh*; 1(2) : 27-32
- Erniyati., Putri, M., (2012). *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Giyatmo. (2013). *Efektivitas Pemberian Jus Kurma Dalam Meningkatkan Trombosit Pada Pasien Demam Berdarah Dengue di RSUD Bunda Purwokerto*. Diakses pada tanggal 20 Maret 2018, dari <http://sari-kurma-untuk->

DBD.2013.pdf.

- Gunawan, W., Aticeh, & Hajrah, W. ode. (2020). *The Effect of Date Palm Juice Consumption on the Active Phase of Labor Among Primigravida*. *SEAJOM: The Southeast Asia Journal of Midwifery*, 6(1), 16-21. <https://doi.org/10.36749/seajom.v6i1.85>
- Hidayat, A.M., Sujiyatini. (2010). *Asuhan Kebidanan Persalinan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Ilmiah, W.S (2021). *Buku Ajar Asuhan Persalinan Normal (Dilengkapi dengan soal-soal latihan uji kompetensi pendidikan profesi bidan)*. Yogyakarta: Nuta Media.
- Ilmiah, W.S (2022). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Kehamilan (Pendekatan Teori dan Praktik serta Latihan Soal)*. Bondowoso. KHD Production.
- Jannah, N. (2015). *ASKEB II Persalinan Berbasis Kompetensi*. Jakarta: EGC.
- Jaringan Nasional Pelatihan Klinik-Kesehatan Reproduksi. (2008). *Asuhan persalinan normal "asuhan esensial, pencegahan dan penanggulangan segera komplikasi persalinan dan bayi baru lahir*. Jakarta: Jaringan Nasional Pelatihan Klinik.
- Kordi, M., Aghaei Meybodi, F., Tara, F., Nemati, M., & Taghi Shakeri, M. (2014). *The Effect of Late-Pregnancy Consumption of Date Fruit on Cervical Ripening in Nulliparous Women*. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 2(3), 150
- Kumarawati, E. (2010). *Pengaruh Pemberian Nutrisi Terhadap Kualitas His Persalinan*. Diakses pada tanggal 28 Maret 2018, dari <http://isjd.pdii.lipi.go.id/admin/jurnal/11102529.pdf>.
- Leow, S.S., Bolsinger, J., & Pronczuk. (2016). *Hepatic Transcriptome Implication For Palm Fruit Juice Deterrence For Type 2 Diabetes Mellitus In Young Male Nile Rats*. Diakses pada tanggal 21 Maret 2018, dari <http://www.pubmed.com>.
- Llewellyn, D. (2012). *Ginekologi Kesehatan Perempuan*. Jakarta: EGC.
- Maryunani, A. (2010). *Nyeri Dalam Persalinan "teknik dan cara penanganannya"*. Jakarta: Trans Info Media.
- Maail, C.M.H.C., Ariffin, H., Hassan, M.A., Shah, U.K.M., &

- Shirai, Y. (2014). *Oil Palm Frond Juice As Future Fermentation Substrate : A Feasibility Study*. Diakses pada tanggal 20 Maret 2018, dari <http://www.pubmed.com>.
- Munawwarah, A.H. (2015). *Hubungan Pemberian Kurma Varietas Ajwa Terhadap Kadar Kolesterol Total Darah*. Diakses pada tanggal 20 Maret 2018, dari <http://sari-kurma-untuk-kolesterol.2015.pdf>.
- Ratih Kusuma Wardhani, Endah Ernawati, Vide Bahtera Dinastiti. (2019). *The Effect of Coconut Water Consumption On Labor Advancement in The Phase I Activities in The Mother*. STRADA Jurnal Ilmiah Kesehatan. Vol.8 No.2. Nov. Page.152-157
- Rostita. (2010). *Khasiat dan Keajaiban Kurma*. Bandung: PT Mizan Pustaka pp.
- Sa'adah, S. (2016). *Hubungan antara paritas dengan persalinan letak sungsang di ruang bersalin RSUD dr. H. Andi Abdurrahman Noor Kabupaten Tanah Bumbu, Karya Tulis Ilmiah*. Batulicin: Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Darul Azhar.
- Satuhu, S. (2010). *Kurma Kasiat dan Olahannya*. Edisi I. Jakarta: Penebar Swadaya.
- Sulistiyawati, A., & Nugraheny, E. (2010). *Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin*. Jakarta: Salemba Medika.
- Sumarah., Widyastuti, Y., & Wiyati, N. (2009). *Perawatan Ibu Bersalin (asuhan kebidanan pada ibu bersalin)*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Triana Widiastuti, (2021). *Studi Literatur Pengaruh Pemberian Sari Kurma Terhadap Kemajuan Persalinan Kala I Fase Aktif Pada Ibu Primipara*. *Jurnal Keperawatan*. Volume 7, Nomor 1, Januari. Hal 99-107
- Varney, H., Kriebs, M.J., & Gegor, L.C. (2007). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. Jakarta: EGC.
- Walyani, E.S., & Purwoastuti, E. (2016). *Asuhan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Yogyakarta: Pustakabarupress.
- Winancy1, Aticeh2, Wa Ode Hajrah. (2020). *The Effect Of Date Palm Juice Consumption On The Active Phase Of Labor Among Primigravida*. *The Southeast Asian Journal of Midwifery* Vol. 6, No.1, April, p:16-21
- Winkjosastro. (2007). *Ilmu Kandungan Edisi 2*. Jakarta : EGC.

CV PENULIS



Lidia Widia.,S.ST.M.Kes, Lahir di Bukit Kemuning Lampung Utara, 12 Maret 1988. Menyelesaikan SDN 1 ds. Tanjung Baru Kec.Bukit Kemuning tahun lulus tahun 2000, SLTPN II ds. Ujan Mas Kec.Bukit Kemuning lulus tahun 2003, SMAN I Kec.Bukit Kemuning lulus tahun 2006, D III Kebidanan AKBID Panca Bhakti Bandar Lampung lulus tahun 2009, D-IV Kebidanan Pendidik STIKES Surya Mitra Kediri Jawa Timur lulus tahun 2012, S2 Magister Kedokteran Keluarga Universitas Sebelas Maret

Surakarta Jawa Tengah lulus tahun 2013. Karier yang dilalui ;mengabdikan kepada masyarakat/ pelayanan kesehatan khususnya kebidanan di Kabupaten Pesawaran Lampung tahun 2009, Pernah bekerja di Institusi Pendidikan Akademi Kebidanan selama 1 Tahun pada Tahun 2010 di AKBID WALISONGO Kotabumi Lampung Utara sebagai Ka.Laboratorium tahun 2010, Pernah bekerja sebagai tenaga pengajar (Dosen) di Akademi Kebidanan Harapan Mulya Ponorogo Jawa Timur tahun 2013, menjabat sebagai Ka.Prodi D-III Kebidanan di STIKES Darul Azhar Batulicin tahun 2014 s.d tahun 2017 dan menjabat sebagai Ka.LPPM STIKES Darul Azhar Batulicin sejak tahun 2017 s.d tahun 2019 serta aktif mengajar di STIKES Darul Azhar Batulicin sampai tahun 2021, ditahun 2022 menjadi Kaprodi D4 RMIK Stikes Husada Borneo Banjarbaru Kalimantan Selatan, ditahun 2023 menjadi coordinator akademik dan evaluasi di Prodi DIII Kebidanan Stikes Eka Harap Palangkaraya dan aktif mengajar hingga saat ini.



Dr. Widia Shofa Ilmiah., SST., M.Kes, Lahir di Jember, 18 April 1986. Penulis memiliki latar belakang pendidikan Diploma III Kebidanan Poltekkes Majapahit (2004-2007), Diploma IV Kebidanan (Universitas Kadiri) (2010-2011), S2 Kesehatan Masyarakat Peminatan Kesehatan Reproduksi & HIV/ AIDS (Universitas Diponegoro) (2012-2014) dan S3 Kesehatan Masyarakat (Universitas Airlangga) (2016-2019). Selain itu, penulis juga aktif mengikuti kegiatan-kegiatan seminar, workshop, pelatihan terkait kebidanan dan keilmuan dosen, serta

melakukan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat tentang permasalahan kesehatan ibu dan anak serta kesehatan reproduksi pada wanita sepanjang daur kehidupan. Penulis merupakan dosen di ITS RS dr. Soepraoen Kesdam V/ Brawijaya pada Prodi Kebidanan. Adapun buku-buku yang telah penulis terbitkan yaitu Buku Ajar Asuhan Persalinan Normal Dilengkapi dengan Soal-soal Latihan (2015), Monograf Pelatihan Pendidikan Seks Anak Pra Sekolah dengan Media Audia Visual dalam Meningkatkan Pengetahuan dan Aplikasinya (2019), Monograf Kepuasan Pasien dalam Pelayanan Prevention Mother to Child Transmission (PMTCT) pada Wanita HIV Positif

(2019), Buku Ajar Asuhan Persalinan Normal (Dilengkapi Dengan Soal-soal Latihan Uji Kompetensi Pendidikan Profesi Bidan) (2021), Monograf Determinan yang Mempengaruhi Perilaku Pernikahan Dini Berdasarkan Perspektif Kesehatan Reproduksi Aman dan Fiqih Islam (2022), Monograf Perilaku Seksual Remaja (Berrisiko IMS) (2022), Buku Ajar Asuhan Kebidanan Kehamilan (Pendekatan Teori dan Praktik serta Latihan Soal) (2022); Monograf Terapi Nonfarmakologi yang Paling Efektif Mengatasi Nyeri Dismenorea Primer (2022), Book Chapter Metodologi Penelitian Kesehatan (2023). Email Penulis: widiashofailmiah@itsk-soepraoen.ac.id.



Rusmilawaty, SKM, M.PH, Lahir di Banjarmasin, Kalimantan Selatan, 01 Mei 1971. Menyelesaikan SD Negeri Kurnia Banjarmasin-Kalimantan Selatan lulus tahun 1984, SMP Negeri 8 Banjarmasin-Kalimantan Selatan lulus tahun 1987, SMA Negeri 4 jurusan Biologi Banjarmasin-Kalimantan Selatan, Akademi Keperawatan Banjarbaru-Kalimantan Selatan, lulus tahun 1990, Srata-1 di STIKES Cahaya Bangsa Banjarmasin-Kalimantan Selatan, Program Studi Kesehatan Masyarakat, lulus tahun 2005, Strata-2 di Universitas Gadjah Mada Yogyakarta, Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Minat Utama KIA-Kespro, lulus tahun 2011. Karier yang dilalui pernah menjabat sebagai Sekretaris Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Banjarmasin tahun 2014-2018. Penanggung Jawab Akademik Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Banjarmasin tahun 2019-sekarang. Hingga saat ini masih aktif sebagai Dosen di Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Banjarmasin.



Hj. Erni Setiawati, SST., M.Pd, Lahir di Banjarmasin, 10 Oktober 1959. Menyelesaikan SD Neg. Kamboja Banjarmasin lulus tahun 1972, SMPN Neg I Seroja Banjarmasin lulus tahun 1975, SBD (Sekolah Bidan) RSU Ulin Banjarmasin, lulus tahun 1980, Sekolah Guru Perawat/Bidan (SGP/B) lulus tahun 1985, Akademi Keperawatan Soetopo Surabaya, lulus tahun 1998, Akademi Kebidanan Soetomo Surabaya lulus tahun 2001, Sarjana Sain Terapan Universitas Padjajaran Bandung lulus tahun 2004, Magister Pendidikan Universitas Lambung Mangkurat Banjarmasin, lulus tahun 2011, Karier yang dilalui pernah menjabat sebagai Ketua IBI Ranting Poltekkes Banjarmasin, dari tahun 2013 - 2018, ketua Prodi Diploma III Kebidanan Poltekkes Banjarmasin periode tahun 2014 - 2018. Hingga saat ini aktif sebagai dosen di Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Banjarmasin.

SARI KURMA

**UNTUK KEMAJUAN PERSALINAN
KALA 1 FASE LATEN PRIMIPARA**

KHD Production
kiwahereditas.com
Jl. Kalanyar Selatan Tamanah Bondowoso
Tlp/Wa 082282813311

ISBN 978-623-8063-36-9



9

786238

063369