

# PERSALINAN NORMAL

Dr Sutrisno SpOG

# definisi

- ▣ Persalinan normal adalah proses pengeluaran hasil konsepsi pada kehamilan aterm, spontan janin 1 hidup intra uterin, letak belakang kepala, lama persalinan sesuai dengan kurve Friedman, tanpa komplikasi yang terjadi baik pada ibu maupun janin selama proses persalinan dan masa nifas.

# Penyebab terjadinya persalinan

- ▣ Peregangan otot uterus, karena pembesaran janin → kontraksi uterus
- ▣ Menurunnya estrogen dan progesteron → peningkatan prostaglandin.
- ▣ Peningkatan kadar oksitosin
- ▣ Penekanan bagian bawah janin pada pleksus Frankenhaussen, yang terletak dibelakang serviks uteri → kontraksi uterus

# Faktor yang mempengaruhi

- ▣ POWER → kekuatan ibu mengejan dan kontraksi uterus (his)
- ▣ PASSAGE → jalan lahir meliputi jalan lahir keras (tulang panggul) dan jalan lahir lunak (otot dan jaringan ikat)
- ▣ PASSANGER → janin yang dilahirkan
- ▣ PENOLONG → terbaik harus melakukan manajemen persalinan yang benar

# Tanda trimester III kehamilan

- ▣ Engagement → terjadi karena bagian bawah janin sudah masuk PAP → tfu teraba lebih rendah, pem L IV membentuk sudut divergen
- ▣ Braxton Hicks contraction uterus mulai berkontraksi → sebaran reseptor oksitosin semakin meningkat → aktivitas uterus untuk menerima rangsangan semakin tinggi → kontraksi ( his palsu ) . Kehamilan 32 - 36 minggu

# Pemeriksaan VT,HIS,DJJ

- ▣ VT (vaginal toucher) → kemajuan persalinan yang dinilai adalah pembukaan serviks (cm), KK (+/-), penipisan (40 - 100%), bagian bawah janin (kepala,bokong),penurunan (Hodge I-IV), POD/point of direction
- ▣ HIS → dinilai frekuensi (jumlah kontraksi) dalam 10 menit (...x/10mnt), lama dalam detik (..."), kekuatannya (kuat, sedang, lemah). Normal 3 - 4 x/10 mnt, 45 - 60 ", kuat
- ▣ DJJ → dihitung frekuensi dalam 1 menit. Dihitung 5" pertama, 5" ketiga, 5" kelima. Jumlah dikali 4, Normal 110 - 160 /menit, mis. 12 - 11 - 12 , reguler.

# Tahapan proses persalinan

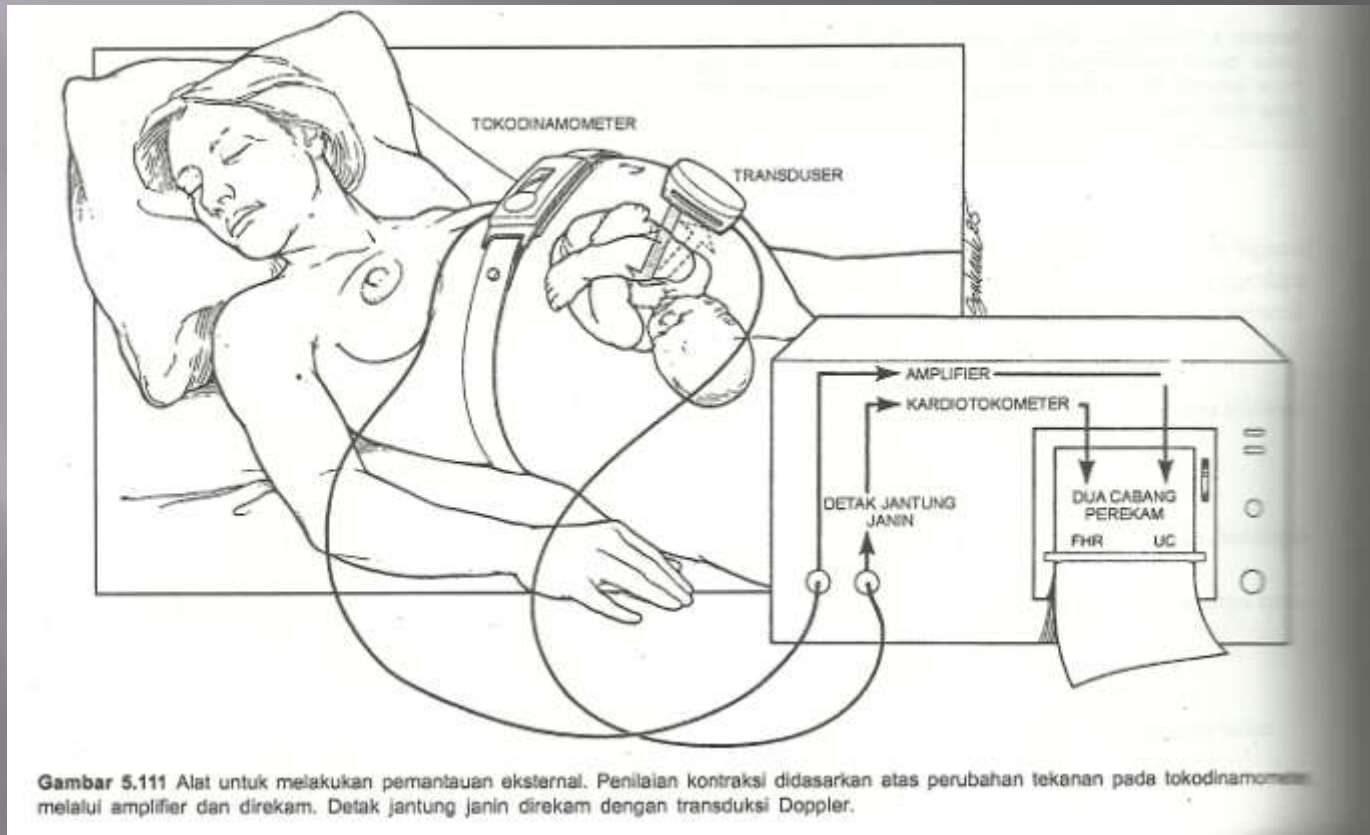
- ▣ KALA I → merupakan awal dimulainya proses persalinan ( inpartu ) ditandai dengan adanya his yang mulai teratur, keluarnya ppv berupa darah dan lendir (bloody show), VT terjadi pembukaan serviks 2 cm (PG), 3 cm (MG). Lama kala I, 7 - 8 jam (MG), 13 - 14 jam (PG). Penolong melakukan pengawasan 10 (KU, T,N,S,RR,HIS, DJJ,PPV,BR, TTK II) tiap jam. Sebelumnya penderita dianjurkan buang air besar dan buang air kecil.

# Pemeriksaan djj dengan stetoskop Laenec





# Pemeriksaan DJJ dengan CTG



**Gambar 5.111** Alat untuk melakukan pemantauan eksternal. Penilaian kontraksi didasarkan atas perubahan tekanan pada tokodinamometer melalui amplifier dan direkam. Detak jantung janin direkam dengan transduksi Doppler.

- ▣ KALA II → ditandai dengan penderita ingin mengejan, perineum menonjol, vulva dan anus membuka. VT pembukaan 10 cm (lengkap). Untuk dapat terjadi persalinan normal his harus adekuat ( frekuensi 3 -4 x/10 mnt, lama kontraksi 45 - 60 detik, kuat ) Lama kala II utk PG 2 jam, MG 1 jam. P 10 dilakukan tiap 15-30 menit. Penderita mulai dipimpin mengejan bila ada his dan KK sudah harus dipecah.

Vulva dan anus membuka  
perineum menonjol



# EPISIOTOMI

- ▣ Suatu tindakan melakukakn insisi pada daerah perineum, untuk membantu mempermudah proses persalinan.
- ▣ Indikasi, hanya dilakukan bila sangat terpaksa untuk mencegah luka yg tidak beraturan ( berisiko mengganggu penyembuhan → fistula rekto vaginalis )

# Cara melakukan episiotomi

- ▣ Informasi pada pasien, pakai sarung tangan st
- ▣ Disinfeksi daerah vulva dan perineum
- ▣ Ambil disp. S spuit, sedot 3 amp / 6cc, lidokain
- ▣ Suntikkan im daerah med.lat.ka. perineum
- ▣ Saat kepala janin, membuka pintu, lakukan insisi dgn gunting episiotomi daerah medio lat.ka perineum, sepanjang 5 cm.
- ▣ Lakukan pertolongan persalinan.

# Mekanisme persalinan kala II

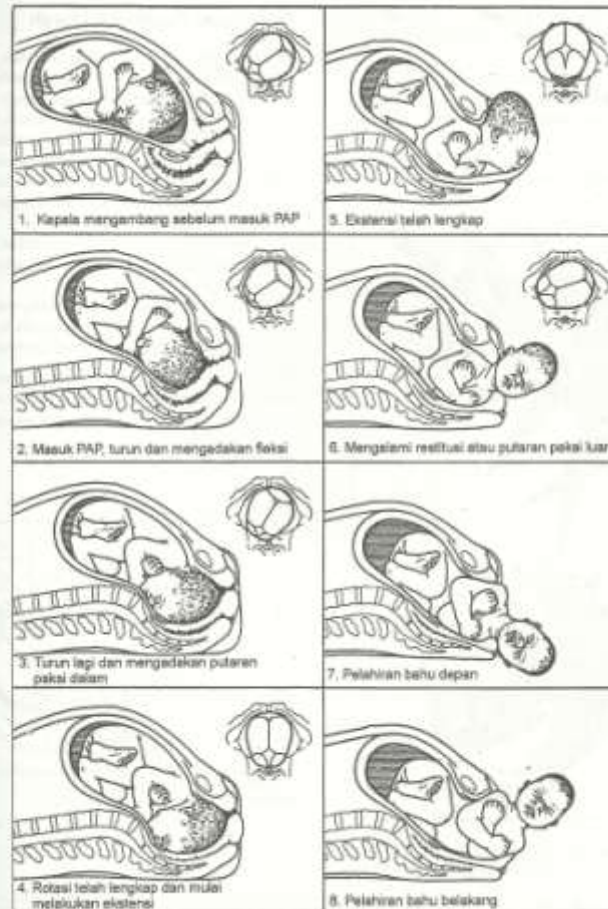
- ▣ Engagement (cakap) → akibat kontraksi uterus (his), dan gravitasi, kepala masuk PAP dengan BPD 9,5 cm, utk letak belakang kepala, dapat diketahui dengan L III dan IV.
- ▣ Desensus → akibat his yang semakin kuat pada akhir kala I dan awal kala II, kepala janin turun dengan dengan posisi sutura sagitalis searah dengan sumbu panggul secara asinklitismus anterior (kepala mengarah kepromontorium) atau asinklitismus posterior (kepala janin mengarah kesimfisis)

- ▣ Fleksi → karena pengaruh kekuatan his dan pengejanaan menimbulkan fleksi kepala janin sehingga dagu lebih menempel kedada, akibatnya kepala janin dapat melewati panggul dengan diameter terkecil.
- ▣ Rotasi (putaran paksi dalam) → kepala janin berputar → suboksiput berada dibawah simfisis dan bertindak sebagai hipomoklion. Akibat kekuatan mengejan dan his perineum meregang, anus dan vagina membuka

- ▣ Ekstensi → akibat rotasi sebelumnya berakibat ekstensi yang menyebabkan berturut turut lahirnya uuk,uub,dahi,hidung,muka terakhir dagu lahir. Disusul lahirnya seluruh kepala dan badan janin masuk PAP
- ▣ Putaran paksi luar → badan janin yang sudah masuk PAP menyebabkan leher janin bebas, sehingga terjadialah perputaran oksiput jadi searah tulang punggung janin. Baru kemudian dilanjutkan pertongan persalinan untuk melahirkan seluruh badan janin.



# Cardinal movement



Gambar 5.78 Gerakan utama pada mekanisme persalinan dan kelahiran.

# Mekanisme lahirnya kepala janin

...me persalinan dengan posisi oksiput kiri miring, pandangan dari samping. ...  
...jadi asinklismus anterior. B. Setelah masuk kemudian diikuti turunnya kepala. C. Terjadi put



...me persalinan dengan posisi oksiput anterior.

# Pertolongan persalinan badan bayi

- ▣ Setelah terjadi putaran paksi luar sempurna, pegang sisi temporal kepala janin, kemudian tarik kearah bawah asmpai bahu depan lahir.
- ▣ Setelah bahu depan lahir, tarik keatas, sehingga bahu belakang lahir.
- ▣ Kemudian pegang kedua bahu janin untuk elahirkan dada, perut, bokong dan kaki janin.
- ▣ Setelah bayi lahir bersihkan lendir dari hidung dan mulut jani dengan penghisap lendir/
- ▣ Kemudian tali pusat diklem dengan cord klem sekitar 3 cm dari dinding perut, dan pasang klem 5 cm diatas cord klem dan tali pusat dipotong dgn gunting.

# Tangan kanan menahan perineum



# Tangan kiri menahan kepala



# Melahirkan kepala



Kepala ditarik kebawah dst  
keatas



# Kepala lahir





# Badan bayi dilahirkan



# Tali pusat diklem dan dipotong



# Bayi dibersihkan dari vernik dan lanugo



- ▣ KALA III → kala pengeluaran plasenta. Normal memerlukan waktu 15 - 30 menit.
- ▣ Mekanisme pelepasan plasenta Menurut Schultze → terlepas sentral/para sentral, plasenta lahir diikuti perdarahan. Menurut Mathews Duncan → terlepas dari pinggir, plasenta lahir diikuti perdarahan.
- ▣ Plasenta diperiksa apakah kutedon dan KK telah lahir lengkap, insersi tali pusat, ukuran dan beratnya ditimbang

- ▣ PERASAT untuk menentukan lepasnya plasenta
- ▣ Perasat Kurstner → tangan kanan memegang tali pusat, tangan kiri menekan supra simfisis, jika tali pusat tidak masuk berarti sudah lepas
- ▣ Perasat Strassman → tangan kanan memegang tali pusat, tangan kiri mengetok fundus uteri, bila ketukan masih terasa berarti tali pusat belum lepas
- ▣ Perasat Klein → tangan memegang tali pusat penderita disuruh mengejan, bila tampak tali pusat turun, berarti sudah lepas

# Meregangkan tali pusat



# Tali pusat kendor tanda lepas



# Melahirkan plasenta





# Melahikan plasenta



- ▣ Tentukan derajat robekanm dgn memasukkan jari telunjuk kerektum, bila jari kita terlihat dari lumen vagina, terjadi ruptura perinei totalis bila m.spinkter ani interna dan ekterna terputus, sub total bila yg terputus hanya m.spinkter ani ekterna .
- ▣ Jahit laserasi dengan benang chromic cut gut no 1, secara interrupted / continous. Kulit dijahit chromic no 0, secara subkutikuler / matras.

# Menjahit luka episiotomi

- ▣ Setelah plasenta lahir, dilakukan repair perineum yg robek atau bekas episiotomi,
- ▣ Informasi pada pasien
- ▣ Bersihkan kotoran sisa2 persalinan
- ▣ Pasang doek steril, dibawah pantat penderita
- ▣ Disinfeksi daerah luka dan sekitar
- ▣ Pakai sarung tangan steril
- ▣ Eksplorasi luka robekan, perineum, dinding vagina

- ▣ Setelah selesai menjahit, lakukan eksplorasi ulang, apakah semua luka sdh terjahit, dan tidak ada perdarahan baru.
- ▣ Pastikan rektum tidak ikut terjahit, dgn memasukkan jari telunjuk ke rektum.
- ▣ IMD dapat dilakukan selama proses reparasi luka, setelah jalan nafas bayi dibersihkan.
- ▣ Tindakan ini dapat membantu memperbaiki kontraksi uterus pasca persalinan.

# Yang harus dilakukan setelah bayi lahir (KALA IV)

- ▣ Menilai APGAR SKOR bayi
- ▣ Yang dinilai :
  - Frekuensi Jantung : 0 (tdk terdengar), 1 (kurang dari 100), 2 (lebih dari 100)
  - Usaha Nafas : 0 (tdk bernafas), 1 (lemah / tidak teratur), 2 (baik/ menangis)
  - Tonus otot : 0 (lumpuh), 1 (ektremitas sedikit fleksi), 2 (gerak aktif)

- Reaksi terhadap rangsangan : 0 (tdk ada), 1 (sedikit gerakan mimik, 2 (batuk/bersin)
- Warna kulit : 0 (pucat), 1 (badan merah ekstremitas biru), 2 (seluruh tubh kemerahan--

HASIL dijumlahkan dalam 5 . 10 dan 15 mnt

NILAI 1 - 5 → Asfiksia berat

6 - 7 → Asfiksia sedang / ringan

8 - 10 → normal.

- ▣ Pemeriksaan PLASENTA
- ▣ Diperiksa apakah kuitledon lengkap, kulit ketuban utuh, berat plaseenta, panjang tali pusat, insersi tali pusat.
- ▣ Ditentukan jumlah perdarahan pervaginam (normal 350 – 500 cc),
- ▣ Periksa TFU, kontraksi uterus
- ▣ Periksa TTV.

- ▣ Dalam waktu 2 jam pasca lahirnya plasenta, apabila tidak ada kelainan pada ibu, barulah ibu dipindah keruang perawatan pasca persalinan.
- ▣ Ditempat perawatan gabung dengan bayi, ibu diberikan penyuluhan perawatan ASI, dan bayi baru lahir.
- ▣ Motivasi KB, untuk menjarangkan dan membatasi jmlah anak.