

Pedoman Praktis Safe Motherhood

Perawatan dalam Kelahiran Normal

Pedoman Praktis



WHO

PENERBIT BUKU KEDOKTERAN



EGC

Perawatan dalam Kelahiran Normal

Pedoman Praktis

Kutipan Pasal 44:**Sanksi Pelanggaran Undang-Undang No. 12 Tahun 1997
tentang Hak Cipta**

1. Barangsiapa dengan sengaja dan tanpa hak mengumumkan atau memperbanyak suatu ciptaan atau memberi izin untuk itu, dipidana dengan pidana penjara paling lama 7 (tujuh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp. 100.000.000,- (seratus juta rupiah)
2. Barangsiapa dengan sengaja menyiratkan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum suatu ciptaan atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp. 50.000.000,- (lima puluh juta rupiah).

PENTING DIKETAHUI

Penerbit adalah rekanan pengarang untuk menerbitkan sebuah buku. Bersama pengarang, penerbit menciptakan buku untuk diterbitkan. Penerbit mempunyai hak atas penerbitan buku tersebut serta distribusinya, sedangkan pengarang memegang hak penuh atas karangannya dan berhak mendapatkan royalti atas penjualan bukunya dan penerbit.

Percetakan adalah perusahaan yang memiliki mesin cetak dan menjual jasa pencetakan. Percetakan tidak memiliki hak apa pun dari buku yang dicetaknya kecuali upah. Percetakan tidak bertanggung jawab atas isi buku yang dicetaknya.

Pengarang adalah pencipta buku yang menyerahkan naskahnya untuk diterbitkan di sebuah penerbit. Pengarang memiliki hak penuh atas karangannya, namun menyerahkan hak penerbitan dan distribusi bukunya kepada penerbit yang ditunjuknya sesuai batas-batas yang ditentukan dalam perjanjian. Pengarang berhak mendapatkan royalti atas karyanya dari penerbit, sesuai dengan ketentuan di dalam perjanjian Pengarang-Penerbit.

Pembajak adalah pihak yang mengambil keuntungan dari kepakaran pengarang dan kebutuhan belajar masyarakat. Pembajak tidak mempunyai hak mencetak, tidak memiliki hak menggandakan, mendistribusikan, dan menjual buku yang digandakannya karena tidak dilindungi *copyright* ataupun perjanjian pengarang-penerbit. Pembajak tidak peduli atas jerih payah pengarang. Buku pembajak dapat lebih murah karena mereka tidak perlu mempersiapkan naskah mulai dari pemilihan judul, editing sampai persiapan pra-cetak, tidak membayar royalti, dan tidak terikat perjanjian dengan pihak mana pun.

PEMBAJAKAN BUKU ADALAH KRIMINAL!

Anda jangan menggunakan buku bajakan, demi menghargai jerih payah para pengarang yang notabene adalah para guru.

Pedoman Praktis Safe Motherhood

Perawatan dalam Kelahiran Normal

Pedoman Praktis

Alih Bahasa:

Burhan

Editor Edisi Bahasa Indonesia:

Nike Budhi Subekti, S.Kp



WHO

PENERBIT BUKU KEDOKTERAN



EGC

EGC 1440

Published by the World Health Organization in 1996
under the title *Care in Normal Birth: a Practical Guide*
© World Health Organization 1996

The Director-General of the World Health Organization has granted
translation rights for an edition in Bahasa Indonesia to EGC Medical Publisher,
which is solely responsible for the Bahasa Indonesia edition.

PERAWATAN DALAM KELAHIRAN NORMAL: PEDOMAN PRAKTIS

Alih bahasa: Burhan

Editor edisi bahasa Indonesia: Nike Budhi Subekti, S.Kp

Copy editor: Rusmi

Hak cipta terjemahan Indonesia

© 1998 Penerbit Buku Kedokteran EGC

P.O. Box 4276/Jakarta 10042

Telepon: 640 8023

Anggota IKAPI

Desain kulit muka: Zulfriano Nasution

Hak cipta dilindungi Undang-Undang

Dilarang mengutip, memperbanyak, dan menerjemahkan sebagian atau
seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari penerbit.

Cetakan I: 2003

Perpustakaan Nasional: Katalog Dalam Terbitan (KDT)

Perawatan dalam kelahiran normal : pedoman praktis / alih bahasa,
Burhan ; editor edisi bahasa Indonesia, Nike Budhi Subekti. — Jakarta :
EGC, 2003.

vii, 72 hlm. : 15,5 x 24 cm. — (Seri kesehatan ibu).

Judul asli: *Care in normal birth: a practical guide*

ISBN 979-448-630-2

I. Kelahiran. II. Burhan. III. Budhi Subekti, Nike. III. Seri

618.25



di sini terdapat informasi lebih lanjut

Ucapan Terima Kasih

Technical Working Group mengucapkan terima kasih atas kontribusi bernilai yang diberikan oleh Profesor Pieter Treffers dan Nyonya Petra ten Hoope-Bender dalam menyiapkan latar belakang naskah untuk pertemuan. Technical Working Group juga mengucapkan terima kasih kepada para partisipan berikut atas presentasi mereka selama pertemuan: Dr Raj Baveja, Nyonya Stella Mpanda, Nona Delia S. Veraguas Segura.

Technical Working Group juga mengucapkan terima kasih atas komentar bernilai yang diberikan oleh seluruh anggota baik dalam pertemuan dan dalam menyiapkan dokumen ini. Daftar lengkap anggota dicantumkan pada akhir dokumen ini.

World Health Organization mengucapkan terima kasih banyak atas kontribusi keuangan yang diberikan oleh Bank Dunia dan pemerintah Jepang dalam mendukung pertemuan dan mempublikasikan dokumen ini.

Daftar Isi

1. KATA PENGANTAR	1
1.1 Pendahuluan	1
1.2 Latar Belakang	2
1.3 Pendekatan Risiko dalam Perawatan Maternitas	3
1.4 Definisi Kelahiran Normal	5
1.5 Tujuan Perawatan dalam Kelahiran Normal, Tugas Pemberi Perawatan	6
1.6 Pemberi Perawatan dalam Kelahiran Normal	6
2. ASPEK UMUM PERAWATAN PERSALINAN	11
2.1 Mengkaji Kesejahteraan Wanita Selama Persalinan	11
2.2 Prosedur Rutin	11
2.3 Nutrisi	12
2.4 Tempat Melahirkan	14
2.5 Dukungan dalam Persalinan	18
2.6 Nyeri Persalinan	19
2.7 Memantau Janin selama Persalinan	23
2.8 Kebersihan	27
3. PERAWATAN SELAMA KALA SATU PERSALINAN	29
3.1 Mengkaji Permulaan Persalinan	29
3.2 Posisi dan Pergerakan Selama Kala Satu Persalinan	30
3.3 Pemeriksaan Vagina	31
3.4 Memantau Kemajuan Persalinan	32
3.5 Mencegah Persalinan Lama	33
4. PERAWATAN SELAMA KALA DUA PERSALINAN	36
4.1 Latar Belakang Fisiologis	36
4.2 Awitan Kala dua	36
4.3 Awitan Mengejan Selama Kala Dua	37
4.4 Prosedur Mengejan Selama Kala dua	37
4.5 Durasi Kala Dua	38
4.6 Posisi Ibu Selama Kala Dua	39
4.7 Perawatan Perineum	40
5. PERAWATAN SELAMA KALA TIGA PERSALINAN	44
5.1 Latar Belakang	44
5.2 Penggunaan Profilaktik Oksitosik	44
5.3 Penatikan Tali Pusat yang Terkontrol	45
5.4 Penatalaksanaan Fisiologis Versus Penatalaksanaan Aktif pada Kala Tiga	46
5.5 Waktu Pengkleman Tali Pusat	47
5.6 Perawatan Segera Bayi Baru Lahir	48
5.7 Perawatan Ibu Segera Setelah Pengeluaran Plasenta	49

6. PENGKOLONGAN PRAKTIK DALAM KELAHIRAN NORMAL	51
6.1 Praktik yang Terbukti Berguna dan Harus Didukung	51
6.2 Praktik yang Jelas Berbahaya atau Tidak Efektif dan Harus Dihapuskan	53
6.3 Praktik yang Tidak Cukup Bukti untuk Mendukung Rekomendasi yang Jelas dan yang Harus Digunakan dengan Kewaspadaan, Sementara Penelitian Lebih Jauh Mengklarifikasi Masalah Tersebut.	54
6.4 Praktik yang Sering Kali Digunakan Secara Tidak Tepat	54
7. REFERENSI	56

1. KATA PENGANTAR

1.1 Pendahuluan

Walaupun pembahasan dan penelitian yang penting telah dilakukan bertahun-tahun, konsep tentang "kenormalan" dalam proses persalinan dan melahirkan tidak distandardisasi atau tidak berlaku umum. Dalam sepuluh tahun terakhir ini terjadi perkembangan yang cepat dalam pengembangan dan penggunaanjangkauan praktik yang dirancang untuk memulai, augmentasi, akselerasi, mengatur atau memantau proses fisiologis persalinan, dengan tujuan meningkatkan hasil akhir bagi ibu dan bayi, dan terkadang merasionalisasi pola kerja di rumah bersalin. Di negara maju, aktivitas tersebut telah menjadi masalah umum yang semakin meningkat sejalan dengan nilai atau keinginan mendapatkan intervensi tingkat tinggi. Sementara itu, negara berkembang sedang mencoba membuat perawatan melahirkan yang terjangkau, dan aman bagi semua wanita. Penyesuaian yang tidak tepat tentang jangkauan intervensi yang tidak berguna, tidak tepat waktu, tidak tepat dan/atau tidak semestinya, yang semuanya terlalu sering dievaluasi dengan buruk, merupakan risiko yang dihadapi oleh banyak orang yang mencoba untuk memperbaiki pelayanan maternitas. Setelah menerapkan definisi kerja tentang "kelahiran normal" laporan ini mengidentifikasi praktik paling umum yang digunakan selama persalinan dan mencoba untuk menetapkan beberapa norma praktik yang baik untuk memimpin proses persalinan dan melahirkan tanpa komplikasi.

Laporan tersebut membahas masalah perawatan dalam kelahiran normal dengan mengabaikan tempat atau tingkat perawatan. Rekomendasi laporan tentang intervensi yang harus dan seharusnya digunakan untuk membantu proses kelahiran normal tidak berdasarkan negara atau kawasan tertentu. Tempat dan tingkat perawatan, ketersediaan pelayanan yang tersedia, dan status pemberi perawatan kelahiran normal sangat bervariasi di seluruh dunia. Tujuan laporan ini adalah sekadar menguji bukti-bukti yang mendukung atau melemahkan beberapa praktik yang paling umum dan untuk menerapkan rekomendasi, berdasarkan bukti-bukti terbaik yang tersedia, untuk kedudukannya dalam perawatan kelahiran normal. Pada tahun 1985, pertemuan antara *World Health Organization* (WHO) kawasan Eropa, kantor regional Amerika, bersama dengan *Pan American Health Organization* (PAHO) di Fortaleza, Brazil, telah menghasilkan sejumlah rekomendasi berdasarkan jangkauan praktik yang serupa (WHO 1985). Walau demikian, dan meskipun penekanan pada penggunaan kedokteran berbasis-bukti meningkat dengan cepat, banyak dari praktik ini yang masih tetap umum, tanpa mempertimbangkan manfaat praktik tersebut bagi wanita atau bayi yang baru dilahirkannya. Ini adalah pertemuan I yang melibatkan ahli kebidanan dari setiap kawasan WHO yang tersebar di seluruh dunia yang memiliki

kesempatan baik untuk menjelaskan, dipandang dari sudut pengetahuan terkini, apa yang mereka anggap sebagai kedudukan praktik seperti itu di dalam perawatan kelahiran normal.

Setelah mendiskusikan bukti-bukti tersebut, kelompok kerja ini menggolongkan rekomendasinya pada praktik yang berhubungan dengan kelahiran normal ke dalam empat kategori:



1.2 Latar Belakang

Masalah pertama yang akan dijelaskan adalah pengertian tentang ungkapan "kelahiran normal" yang digunakan di sepanjang laporan ini (lihat 1.4 di bawah). Hal ini penting untuk spesifik pada pengertian ungkapan ini jika salah penilaian ingin dihindari. Pernyataan kutipan yang paling sering menyimpulkan bahwa "kelahiran hanya dapat dikatakan normal secara retrospektif". Gagasan yang tersebar luas ini membuat ahli obstetri di berbagai negara menyimpulkan bahwa perawatan selama kelahiran normal harus serupa dengan perawatan selama melahirkan dengan komplikasi. Konsep ini mempunyai beberapa kerugian: berpotensi untuk mengubah kejadian fisiologis normal ke dalam prosedur medis, mengganggu kebebasan wanita untuk mengalami kelahiran anak mereka dengan caranya sendiri, di tempat yang mereka pilih; menuntun kepada intervensi yang tidak perlu; dan karena tingkat kebutuhan ekonomi, penerapannya membutuhkan konsentrasi wanita melahirkan dalam jumlah besar pada rumah sakit dengan peralatan yang lengkap dengan biaya yang terjangkau.

Dengan adanya fenomena global tentang peningkatan urbanisasi lebih banyak wanita melahirkan di fasilitas obstetri, baik mereka melahirkan secara normal atau dengan komplikasi. Ada suatu godaan untuk menangani semua kelahiran secara rutin dengan tingkat intervensi yang sama tinggi yang dibutuhkan oleh mereka yang mengalami komplikasi. Hal ini, sayangnya, mempunyai pengaruh negatif yang luas, beberapa di

antaranya dengan implikasi yang serius. Implikasi tersebut terdiri atas penggunaan waktu yang lebih panjang, pelatihan dan perlengkapan yang dituntut oleh banyak metode yang digunakan hingga kenyataan banyak wanita takut untuk mencari perawatan yang mereka butuhkan karena mereka khawatir tentang intervensi tingkat tinggi tersebut. Wanita dan bayi mereka dapat terluka oleh praktik yang tidak perlu. Staf di fasilitas rujukan menjadi tidak bahagia jika kapasitas mereka untuk merawat wanita yang sakit parah, yang membutuhkan perhatian dan keahlian mereka, digunakan untuk menangani banyaknya kelahiran normal. Pada gilirannya, kelahiran normal sering diangani dengan "protokol yang distandarisasi" yang sebenarnya hanya digunakan dalam perawatan wanita melahirkan dengan komplikasi.

Laporan ini bukan suatu pembelaan untuk suatu tempat melahirkan tertentu karena laporan ini mengakui realitas keragaman tempat melahirkan, dari rumah sampai ke pusat rujukan tersier, bergantung pada ketersediaan dan kebutuhan. Tujuan laporan ini adalah sekedar mengidentifikasi aspek yang mendukung perawatan yang baik untuk kelahiran normal, di manapun kelahiran tersebut berlangsung. Titik awal upaya pencapaian kelahiran yang selamat, pengkajian risiko, membutuhkan studi khusus tentang hal tersebut, tetapi pengenalan singkat tentang konsep tersebut dibutuhkan di sini sebelum komponen perawatan persalinan dibahas.

1.3 Pendekatan Risiko dalam Perawatan Maternitas

Pengkajian tentang kebutuhan dan apa yang disebut "potensi kelahiran" adalah dasar pengambilan keputusan yang baik untuk kelahiran, yang merupakan awal semua perawatan yang baik. Dewasa ini "pendekatan risiko" telah mendominasi keputusan tentang kelahiran, tempatnya, jenisnya, dan pemberi perawatan selama berpuluh-puluh tahun (Enkin 1994). Masalah yang ditemukan pada sistem yang demikian adalah sistem-sistem tersebut menyebabkan banyak wanita dalam jumlah tidak berimbang dikategorikan "berisiko," yang pada saat bersamaan mempunyai risiko untuk mendapatkan intervensi tingkat tinggi dalam melahirkan. Masalah yang lebih lanjut adalah bahwa meskipun penggolongan cermat telah dilakukan, pendekatan risiko ini gagal mengidentifikasi banyak wanita yang pada kenyataannya akan membutuhkan perawatan komplikasi dalam melahirkan. Begitu pula, banyak wanita yang diidentifikasi "berisiko tinggi" menjalani kelahiran yang benar-benar normal, tanpa kesulitan yang berarti. Meskipun demikian, beberapa bentuk evaluasi awal dan berkesinambungan tentang kemungkinan wanita melahirkan secara normal penting untuk mencegah dan/atau mengidentifikasi awitan komplikasi dan keputusan yang harus dibuat tentang pemberian perawatan yang tepat.

Dengan demikian, laporan ini dimulai dengan pertanyaan seputar pengkajian pada wanita yang akan menjalani persalinan. Pengkajian faktor

risiko dimulai selama perawatan pranatal. Pengkajian ini dapat dilakukan dengan cara yang relatif sederhana dengan menentukan usia ibu, tinggi badan dan paritas, menanyakan komplikasi dalam riwayat obstetri, misalnya, kelahiran mati (*stillbirth*) sebelumnya atau seksio sesarea, dan menyelidiki kelainan pada kehamilan saat ini, misalnya, pre-eklampsia, kehamilan multipel, perdarahan antepartum, letak abnormal atau anemia berat (De Groot et al, 1993). Pengkajian risiko dapat membedakan dengan lebih luas faktor risiko individu dengan tingkat perawatan (Nasah, 1994). Di Belanda suatu daftar indikasi medis untuk perawatan khusus telah diterapkan, yang membedakan antara risiko rendah, sedang, dan tinggi (Treffers, 1993). Di banyak negara dan institusi yang membedakan antara kehamilan risiko rendah dan risiko tinggi, daftar perbandingan digunakan.

Keefektifan sistem penilaian risiko diukur berdasarkan kemampuannya untuk membedakan antara wanita risiko tinggi dan risiko rendah, yaitu berdasarkan nilai perkiraan positif dan negatif, spesifisitas, dan sensitivitasnya (Rooney, 1992). Gambaran tepat tentang cara membedakan sistem penilaian risiko tersebut sulit diperoleh, tetapi dari laporan yang ada kita dapat menyimpulkan bahwa perbedaan yang beralasan antara kehamilan risiko tinggi dan rendah dapat dibuat di negara maju dan negara berkembang (Van Allen et al, 1989; De Groot et al, 1993). Menetapkan risiko obstetri berdasarkan faktor demografi, yaitu paritas dan tinggi badan ibu, mempunyai spesifisitas yang rendah dan hal ini mengakibatkan banyak kelahiran tanpa komplikasi disebut risiko tinggi. Spesifisitas faktor komplikasi dalam riwayat obstetri atau pada kehamilan saat ini jauh lebih tinggi. Bagaimanapun, bahkan perawatan antenatal yang berkualitas tinggi dan pengkajian risiko tidak dapat menggantikan surveilans yang adekuat terhadap ibu dan janin selama persalinan.



Selama perawatan pranatal perencanaan perawatan harus dibuat, yang mengacu pada pengkajian, yang mengidentifikasi tempat dan individu yang akan membantu persalinan. Perencanaan ini harus dibuat bersama wanita hamil, dan diberitahukan kepada pasangan atau suaminya. Di banyak negara, juga disarankan agar hal ini diketahui oleh keluarga karena mereka pada akhirnya mengambil keputusan penting. Di dalam masyarakat yang menjunjung kerahasiaan berlaku peraturan lain: keluarga hanya dapat diberi tahu oleh wanita itu sendiri. Perencanaan harus tersedia saat persalinan dimulai. Pada saat tersebut juga dilakukan evaluasi

ulang status risiko, meliputi pemeriksaan fisik untuk mengkaji kesejahteraan ibu dan janin, letak dan presentasi janin, serta tanda-tanda persalinan yang ada. Jika tidak ada perawatan pranatal yang diberikan, pengkajian risiko harus dilakukan pada kontak pertama dengan pemberi perawatan selama persalinan. Persalinan risiko rendah dimulai antara minggu ke-37 hingga minggu ke-42. Jika tidak ada faktor risiko yang diidentifikasi, persalinan dapat dikatakan berisiko rendah.

1.4 Definisi Kelahiran Normal

Dalam menetapkan kelahiran normal, ada dua faktor yang harus dipertimbangkan: status risiko kehamilan dan kemajuan persalinan dan kelahiran. Seperti yang telah dibahas sebelumnya, nilai skoring risiko yang diperkirakan jauh dari 100%. Wanita hamil yang berisiko rendah saat persalinan dimulai dapat mengalami persalinan dengan komplikasi pada akhirnya. Sebaliknya, banyak wanita hamil yang berisiko tinggi pada akhirnya mengalami persalinan dan melahirkan tanpa komplikasi. Pada laporan ini, sasaran utama kami adalah kelompok besar kehamilan risiko rendah.



Berdasarkan definisi tersebut, berapa banyak kelahiran dapat dianggap normal? Hal ini sangat bergantung pada pengkajian risiko lokal dan regional serta angka rujukan. Studi tentang "perawatan persalinan alternatif" di negara berkembang menunjukkan suatu angka rujukan rata-rata selama persalinan sebesar 20%, sementara itu, wanita dengan jumlah yang sama telah dirujuk selama kehamilan. Pada wanita multipara, angka rujukan lebih rendah dibandingkan dengan wanita nullipara (Mac Vicar et al, 1993; Hundley et al, 1994; Waldenström et al, 1996). Dalam studi ini pengkajian risiko biasanya dilakukan dengan saksama; artinya banyak wanita yang dirujuk pada akhirnya mengalami persalinan normal. Di tempat lain, angka rujukan mungkin lebih rendah. Di Kenya ditemukan

bahwa 84,8% persalinan adalah persalinan tanpa komplikasi (Mati et al, 1983). Umumnya, antara 70% hingga 80% wanita hamil dianggap berisiko rendah pada awal persalinan.

1.5 Tujuan Perawatan dalam Kelahiran Normal, Tugas Pemberi Perawatan

Tujuan perawatan adalah mendapatkan ibu dan anak yang sehat dengan tingkat intervensi sesedikit mungkin yang memperhatikan keselamatan. Pendekatan ini menyiratkan bahwa:



Ada empat tugas pemberi perawatan, yaitu:

- mendukung wanita, pasangannya, dan keluarga selama persalinan, saat ia melahirkan dan pada periode selanjutnya.
- mengobservasi wanita yang bersalin; memantau kondisi janin dan kondisi bayi setelah lahir; mengkaji faktor risiko; mendeteksi masalah sedini mungkin.
- melakukan intervensi minor jika diperlukan, seperti amniotomi dan episiotomi; perawatan bayi baru lahir.
- merujuk ke tingkat perawatan yang lebih tinggi jika faktor risiko menjadi jelas atau terjadi komplikasi yang memperkuat perujukan.

Deskripsi ini berpendapat bahwa perujukan ke tingkat perawatan yang lebih tinggi dapat dengan mudah diwujudkan. Di banyak negara tidaklah demikian; perawatan khusus diperlukan untuk membuat pemberi perawatan primer berwenang melakukan tugas penyelamatan jiwa. Hal ini melibatkan pelatihan tambahan dan perubahan UU untuk mendukung pemberi perawatan dalam tugas ini. Hal ini juga melibatkan kesepakatan di antara pemberi perawatan mengenai tanggung jawab mereka (Kwast, 1992; Farhalla, 1992).

1.6 Pemberi Perawatan dalam Kelahiran Normal

Penolong persalinan harus mampu memenuhi tugas sebagai pemberi perawatan, seperti yang telah ditunjukkan sebelumnya. Dia harus pernah menjalani pelatihan yang sesuai dan memiliki tingkat keterampilan

kebidanan yang sesuai dengan tingkat pelayanan. Paling uluk, hal ini memungkinkan pemberi perawatan mengkaji faktor risiko, mengenali awitan komplikasi, melakukan observasi pada ibu, dan memantau kondisi janin dan bayi setelah lahir. Penolong persalinan harus mampu melakukan intervensi dasar esensial dan merawat bayi setelah lahir. Dia juga harus mampu merujuk wanita atau bayi ke tingkat perawatan yang lebih tinggi jika timbul komplikasi yang memerlukan intervensi, yang melebihi kemampuan pemberi perawatan. Akhirnya, penolong persalinan harus memiliki sikap empati dan kesabaran yang diperlukan untuk mendukung calon ibu dan keluarganya. Jika memungkinkan, tujuan pemberi perawatan adalah menyediakan perawatan yang berkesinambungan selama masa hamil, persalinan, dan pascapartum jika tidak memungkinkan untuk memberi perawatan selanjutnya secara langsung menggunakan cara perawatan yang telah ada. Berbagai profesional yang dapat dipertimbangkan untuk memenuhi tugas-tugas tersebut adalah:

- Ahli obstetri dan ginekologi: ahli ini sudah tentu mampu menghadapi aspek teknis berbagai tugas pemberi perawatan dengan harapan mereka juga memiliki sikap empati yang dibutuhkan. Umumnya ahli obstetri harus mencurahkan perhatiannya kepada wanita risiko tinggi dan penanganan komplikasi yang serius. Mereka biasanya bertanggung jawab untuk pembedahan obstetri. Dengan pelatihan dan sikap yang profesional, mereka cenderung dan tentu saja, sering dibutuhkan oleh keadaan, untuk lebih sering turun tangan daripada bidan. Di banyak negara, khususnya di negara berkembang, jumlah ahli obstetri terbatas dan tidak merata penyebarannya; mayoritas mereka berpraktik di kota besar. Tanggung jawab ahli obstetri untuk menangani komplikasi mayor tidak memberikan mereka cukup waktu untuk membantu dan mendukung calon ibu dan keluarganya selama persalinan dan melahirkan normal.
- Dokter umum dan dokter praktik umum: pelatihan praktik dan teoretis para profesional ini dalam bidang obstetri secara luas bervariasi. Tentu saja ada dokter praktik umum yang terlatih dengan baik, yang mampu memenuhi tugas sebagai pemberi perawatan dalam perawatan dasar obstetri dan kelahiran normal. Namun, untuk dokter praktik umum, obstetri biasanya hanya bagian kecil dari pelatihan dan tugas harian mereka sehingga sulit untuk mempertahankan keterampilan dan untuk tetap mengikuti perkembangan zaman. Dokter umum yang bekerja di negara berkembang sering meluangkan banyak waktu mereka untuk bidang obstetri sehingga menjadi cukup berpengalaman, tetapi mereka harus memberi perhatian lebih pada patologi obstetri daripada persalinan normal.
- Bidan: definisi umum bidan menurut WHO, ICM (*International Confederation of Midwives*), dan FIGO (*the International Federation of Obstetricians and Gynaecologists*) cukup sederhana: jika program

pendidikan kebidanan diakui oleh pemerintah yang memberi bidan lisensi untuk berpraktik, orang tersebut adalah seorang bidan (Peters, 1995). Umumnya bidan adalah pemberi perawatan yang kompeten dalam obstetri, ditatih khusus dalam melakukan perawatan selama kelahiran normal. Namun, ada variasi yang luas antar-negara berkenaan dengan pelatihan dan tugas-tugas bidan. Di banyak negara industri, fungsi bidan di rumah sakit berada di bawah pengawasan ahli obstetri. Biasanya, ini berarti bahwa perawatan dalam kelahiran normal adalah bagian dari perawatan di departemen obstetri secara keseluruhan, sehingga perawatan tersebut berada di bawah peraturan dan pengaturan yang sama, dengan sedikit perbedaan perawatan antara kehamilan risiko tinggi dan risiko rendah.

Efek Definisi Bidan secara Internasional adalah untuk mengakui bahwa program pendidikan kebidanan berbeda-beda. Program pendidikan yang berbeda-beda tersebut mencakup kemungkinan mengikuti pelatihan sebagai bidan tanpa suatu kualifikasi keperawatan sebelumnya atau "masuk langsung" seperti yang telah diketahui secara luas. Bentuk pelatihan ini ada di banyak negara, dan mulai populer, baik di jajaran pemerintah maupun di jajaran bidan yang memiliki aspirasi (Radford dan Thompson, 1987). Akses langsung ke program kebidanan, dengan menjalani pelatihan komprehensif dalam kebidanan dan subjek-subjek terkait, seperti pediatrik, keluarga berencana, dan epidemiologi, telah diakui efektif hemat biaya dan sekaligus lebih berfokus khusus pada kebutuhan wanita usia subur dan bayi baru lahir mereka. Kompetensi dan kemampuan bidan untuk bertindak tegas dan mandiri lebih penting daripada tipe persiapan praktik yang ditawarkan setiap pemerintahan. Untuk alasan tersebut, sangat penting untuk memastikan bahwa setiap program pendidikan kebidanan melindungi dan meningkatkan kemampuan bidan untuk memimpin banyak persalinan, untuk memastikan risiko, dan, sesuai dengan kebutuhan setempat, untuk menangani komplikasi persalinan saat komplikasi tersebut timbul (Kwast, 1995b; Peters, 1995; Treffers, 1993). Di banyak negara berkembang, bidan berfungsi di dalam masyarakat dan pusat kesehatan juga di rumah sakit, sering kali tanpa atau sedikit dukungan pengawasan. Upaya sedang dilakukan untuk meningkatkan peran bidan yang meluas, meliputi keterampilan menyelamatkan jiwa di beberapa negara di seluruh bagian dunia (Kwast, 1992; O'Heir, 1996).

- **Personel pembantu dan peraji terlatih:** di negara berkembang yang kekurangan tenaga perawatan kesehatan terlatih, perawatan di desa dan pusat kesehatan sering dilakukan oleh personel pembantu, yaitu oleh perawat/bidan pembantu, bidan desa atau peraji terlatih (Rahim, 1992; Alisjahbana, 1993). Pada keadaan tertentu hal ini mungkin tidak dapat dihindari. Personel pembantu tersebut

menjalani setidaknya beberapa pelatihan dan seringkali merupakan tulang punggung pelayanan maternitas di baris terdepan. Hasil akhir kehamilan dan persalinan dapat ditingkatkan dengan memanfaatkan pelayanan mereka, khususnya jika mereka diawasi oleh bidan yang terlatih (Kwast, 1992). Namun, untuk memenuhi keseluruhan tugas pemberi perawatan, seperti yang digambarkan di atas, pendidikan mereka sering kali tidak cukup dan laras belakang mereka membuat praktik yang mereka lakukan dipengaruhi oleh norma budaya dan tradisi yang kuat, yang dapat menghalangi keefektifan pelatihan mereka. Namun, harus diakui bahwa secara jelas identifikasi budaya tertutup ini sering membuat banyak wanita lebih menyukai mereka sebagai pemberi perawatan ketika mereka melahirkan, khususnya di daerah pedesaan (Okafor dan Rizzuto, 1994; Jaffre dan Prual, 1994).

Dari uraian di atas, bidan merupakan tipe pemberi perawatan kesehatan yang paling tepat dan hemat biaya, yang ditugaskan untuk perawatan kehamilan dan kelahiran normal, termasuk pengkajian risiko dan pengenalan terhadap komplikasi. Beberapa rekomendasi yang diterima oleh Majelis Umum Kongres FIGO Sedunia XII di Singapura pada tahun 1991 (FIGO, 1992) adalah sebagai berikut:

- Agar lebih mudah diterima oleh wanita yang paling membutuhkan, setiap fungsi perawatan maternitas harus dilakukan pada tingkat yang paling perifer saat hal ini dapat dilakukan dengan mudah dan aman.
- Untuk membuat penggunaan sumber daya manusia yang tersedia lebih efisien, setiap fungsi perawatan maternitas harus dijalankan setidaknya oleh individu terlatih yang mampu memberi perawatan tersebut dengan aman dan efektif.
- Di banyak negara, bidan dan perawat-bidan pembantu yang ditempatkan di pusat kesehatan yang kecil meningkatkan tingkat dukungan yang lebih tinggi jika perawatan maternitas akan diberikan secara efektif untuk dan bersama masyarakat.

Rekomendasi ini menunjuk bidan sebagai pemberi perawatan kesehatan dasar dalam perawatan kelahiran obstetri di pusat kesehatan yang kecil, di desa dan di rumah, dan mungkin juga di rumah sakit (WHO, 1994). Bidan adalah pemberi perawatan kesehatan utama yang paling tepat ditugaskan untuk memberi perawatan kelahiran normal. Namun, di banyak negara maju dan berkembang, bidan dapat tidak hadir atau hanya ada di rumah sakit besar sebagai asisten ahli obstetri.

Pada tahun 1992, Laporan *House of Commons Health Committee* tentang pelayanan maternitas diterbitkan di Kerajaan Inggris. Di antara hal-hal

lain, laporan tersebut merekomendasikan bidan harus menanggung beban kasus mereka sendiri dan bertanggung jawab penuh terhadap wanita yang dirawat. Bidan harus juga diberi kesempatan untuk menentukan dan menjalankan unit maternitas yang dikelola bidan di dalam dan di luar rumah sakit (*House of Commons*, 1992). Laporan ini diikuti oleh laporan *Expert Maternity Group* tentang "Changing Childbirth" (Department of Health, 1993) berisi rekomendasi yang dapat dibandingkan. Dokumen tersebut adalah langkah awal menuju peningkatan kemandirian profesional bidan di Inggris. Di beberapa negara Eropa, bidan bertanggung jawab penuh terhadap perawatan persalinan dan kehamilan yang normal, baik di rumah atau di rumah sakit. Akan tetapi, di banyak negara Eropa lain dan di Amerika Serikat hampir semua bidan (jika ada) berpraktik di rumah sakit di bawah pengawasan ahli obstetri.

Di banyak negara berkembang, bidan dianggap orang yang berperan paling penting dalam memberi perawatan maternitas (Mati, 1994; Chitru dan Susu, 1994). Namun, hal ini tidak terjadi di semua negara berkembang: beberapa negara berkembang menghadapi kekurangan bidan. Khususnya di Amerika Latin, sekolah kebidanan telah ditutup, dengan anggapan bahwa dokter akan melakukan tugas-tugas bidan. Di beberapa negara, jumlah bidan mengalami penurunan dan distribusi bidan yang ada tidak merata: sebagian besar bekerja rumah sakit di kota, bukan di daerah pedesaan tempat 80% penduduk tinggal dan, akibatnya, kebanyakan masalah berada (Kwast dan Hentley, 1991; Kwast, 1995b). Dengan demikian, direkomendasikan lebih banyak bidan dilatih, dan pertimbangan tersebut diberlakukan di lokasi sekolah pelatihan sehingga lokasi ini dengan mudah dijangkau oleh wanita dan pria dari daerah pedesaan tersebut, yang kemungkinan besar menetap di komunitas asal mereka. Pelatihan harus sesuai dengan kebutuhan komunitas yang akan mereka layani. Mereka harus mampu mengidentifikasi komplikasi yang membutuhkan peninjauan, tetapi jika rujukan untuk tingkat perawatan yang lebih tinggi sulit, mereka harus mampu melakukan intervensi penyelamatan jiwa.

2. ASPEK UMUM PERAWATAN PERSALINAN

2.1 Mengkaji Kesejahteraan Wanita Selama Persalinan

Ketika awitan persalinan spontan, biasanya wanita tersebutlah yang memulai perawatan, baik dengan meminta penolong kelahiran datang atau dengan melakukan persiapan ke fasilitas kesehatan. Tanggung jawab penolong persalinan untuk mengkaji perawatan yang paling tepat pada awal persalinan telah dibicarakan dan pentingnya pemberian dukungan sepanjang persalinan dibahas di bawah ini. Di manapun kelahiran terjadi, terbinanya hubungan yang baik antara wanita dan pemberi perawatan sangat penting baik mereka pernah atau belum bertemu sebelumnya. Kualitas penerimaan yang ditawarkan kepada wanita yang memilih perawatan institusi akan sangat menentukan tingkat kepercayaan yang diberikan oleh wanita tersebut dan keluarganya kepada pemberi perawatan.

Selama persalinan dan melahirkan, kesejahteraan fisik dan emosional wanita harus dikaji secara teratur, meliputi pengukuran suhu, nadi dan tekanan darah, memeriksa asupan cairan dan keluasan urine, mengkaji nyeri dan kebutuhan akan dukungan. Pemantauan ini harus dipertahankan sampai proses kelahiran berakhir.

Pengkajian kesejahteraan wanita juga dilakukan dengan memperhatikan privasinya selama persalinan, menghormati orang yang dipilih untuk menyertainya, dan menghindari kehadiran orang yang tidak perlu dalam ruang bersalin.

2.2 Prosedur Rutin

Persiapan kelahiran saat masuk ke rumah sakit atau pusat kesehatan sering kali meliputi beberapa prosedur "rutin," seperti mengukur suhu, nadi dan tekanan darah, enema, diikuti dengan mencukur semua atau sebagian rambut pubis.

Tiga prosedur awal ini, yaitu mengukur dan mencatat suhu, nadi dan tekanan darah, mempunyai implikasi terhadap hasil akhir persalinan, dan dengan demikian memengaruhi penatalaksanaan persalinan. Prosedur rutin ini tidak boleh dihilangkan meskipun hal tersebut harus diperkenalkan dan dijelaskan kepada wanita dan pasangannya. Mengukur suhu setiap 4 jam, berdasarkan partograf WHO, adalah penting karena peningkatan suhu dapat merupakan suatu tanda awal infeksi sehingga mengarah ke penanganan dini, khususnya pada kasus persalinan lama dan pecah ketuban. Hal ini dapat mencegah sepsis. Terkadang peningkatan suhu merupakan suatu tanda dehidrasi. Mengukur tekanan darah dengan interval yang sama merupakan pemeriksaan penting pada kesejahteraan

ibu. Peningkatan tekanan darah yang tiba-tiba mengindikasikan kebutuhan untuk mempercepat persalinan atau memindahkan wanita ke tingkat perawatan yang lebih tinggi.

Enema masih digunakan secara luas karena diduga menstimulasi kontraksi uterus dan karena usus yang kosong memudahkan kepala turun. Enema juga dipercaya mengurangi kontaminasi serta infeksi pada ibu dan anak. Namun, enema tidak nyaman dan menimbulkan risiko kerusakan tertentu pada usus. Walaupun beberapa wanita menginginkan enema, tetapi banyak wanita merasa hal itu adalah sesuatu yang memalukan. Dua uji terkontrol acak (Romney dan Gordon, 1981; Drayton dan Rees, 1984) menemukan bahwa dengan penggunaan enema, tingkat pengotoran oleh feses tidak terpengaruh selama kala satu persalinan, tetapi berkurang selama melahirkan. Tanpa enema pengotoran oleh feses pada sebagian besar kasus sedikit dan lebih mudah dibersihkan daripada pengotoran setelah enema. Penggunaan enema tidak berpengaruh pada durasi persalinan atau pada infeksi neonatal atau infeksi luka perineal.

Pencukuran pubis (Johnston dan Sidall, 1922; Kantor et al, 1965) diduga mengurangi infeksi dan memudahkan penjahitan tetapi tidak ada bukti yang mendukung hal ini. Wanita mengalami ketidaknyamanan saat rambut tumbuh kembali dan risiko infeksi tidak berkurang. Pencukuran pubis yang rutin bahkan dapat meningkatkan risiko infeksi oleh virus hepatitis dan HIV, baik kepada pemberi perawatan maupun wanita.

Sebagai kesimpulan, pengukuran suhu, nadi, dan tekanan darah lebih merupakan observasi daripada intervensi dan merupakan bagian dari pengkajian yang berkesinambungan dalam persalinan. Tindakan tersebut mempunyai kedudukan yang jelas dalam perawatan karena dapat mengindikasikan kebutuhan akan perubahan tindakan dalam setiap persalinan. Namun, hal ini hanya dapat dikerjakan di beberapa tempat. Dua prosedur yang terakhir, enema dan pencukuran pubis telah lama dianggap tidak penting dan tidak harus dilakukan kecuali atas permintaan wanita. Tidak ada catatan tentang prosedur rutin yang disebut di atas pada kasus melahirkan di rumah, begitu juga dalam riset. Tidak ada bukti bahwa kebutuhan prosedur rutin untuk kelahiran di rumah berbeda dari kebutuhan di rumah sakit.

2.3 Nutrisi

Pandangan tentang nutrisi selama persalinan berbeda secara luas di seluruh dunia. Di banyak negara maju, ketakutan terhadap aspirasi isi lambung selama anestesi umum (sindrom Mendelson) membuat peraturan yang melarang makan dan minum selama persalinan terus diberlakukan. Untuk sebagian besar wanita yang sedang bersalin, tidak makan bukanlah suatu masalah, lagi pula mereka tidak ingin makan selama persalinan,

meskipun banyak wanita sangat ingin minum. Di banyak negara berkembang, keyakinan tradisional-terkait budaya membatasi asupan makanan dan cairan wanita yang bersahm.

Ketakutan bahwa makan dan minum selama persalinan akan menempatkan wanita pada risiko aspirasi isi lambung selama anestesi adalah nyata dan serius. Mempertahankan pembatasan asupan makanan dan cairan selama persalinan, bagaimanapun, tidak menjamin pengurangan isi lambung (Crawford, 1956; Taylor dan Pryse-Davies, 1966; Roberts dan Shirley, 1976; Tettambei, 1983; McKay dan Mahan, 1988). Beberapa uji coba pada metode untuk mengurangi isi lambung atau keasaman isinya, baik secara farmakologi atau dengan membatasi asupan per oral, efek positif dengan metode spesifik mana pun belum mampu mencapai 100%. Kisaran nilai pH yang ditemukan lebar, sehingga seorang peneliti menyimpulkan, pemberian rutin antasid selama persalinan tidak dapat dipercaya untuk mencegah sindrom Mendelson, tidak juga untuk mempengaruhi volume isi lambung.

Risiko aspirasi dihubungkan dengan risiko anestesi umum. Karena tidak ada jaminan terhadap sindrom Mendelson, pendekatan yang tepat untuk persalinan normal harus mencakup pengkajian risiko anestesi umum. Setelah dikategorikan, persalinan risiko rendah dapat ditangani tanpa pemberian antasid.

Persalinan membutuhkan energi yang sangat besar. Karena lama persalinan dan kelahiran tidak dapat diperkirakan, sumber energi perlu diisi kembali untuk menjamin kesejahteraan ibu dan janin. Restriksi ketat asupan per oral dapat menyebabkan dehidrasi dan ketosis. Hal ini biasanya ditangani dengan infusi glukosa dan cairan secara intravena. Efek terapi ini pada ibu telah dievaluasi pada sejumlah uji coba acak (Lucas et al, 1980; Rutter et al, 1980; Tarnow-Mordi et al, 1981; Lawrence et al, 1982). Kenaikan kadar glukosa serum rerata tampaknya disertai kenaikan kadar insulin ibu (dan penurunan kadar rerata 3-hidroksibutirat). Kenaikan ini juga mengakibatkan peningkatan kadar glukosa plasma bayi dan dapat mengakibatkan penurunan pH darah arteri umbilikus. Hiperinsulinisme dapat terjadi pada janin saat wanita menerima lebih dari 25 gram glukosa secara intravena selama persalinan. Hal ini dapat mengakibatkan hipoglikemia neonatal dan peningkatan kadar laktat dalam darah. Penggunaan berlebih larutan intravena bebas-garam dapat menyebabkan hiponatremia baik pada ibu maupun anak.

Komplikasi yang disebutkan di atas, khususnya dehidrasi dan ketosis, dapat dicegah dengan memberi cairan per oral selama persalinan dan memberi makanan ringan. Infusi intravena rutin mengganggu proses alami dan membatasi kebebasan wanita untuk bergerak. Bahkan insersi rutin profilaksis kanula intravena mengundang intervensi yang tidak perlu.

Pada situasi melahirkan di rumah tidak ada terapi khusus diberikan; tidak ada penggunaan antasid, tidak ada restriksi pembatasan asupan makanan dan cairan. Kadangkala wanita diingatkan bahwa makan dan minum selama persalinan dapat membuat mereka mual, tetapi karena mereka di rumah sendiri, tidak ada kontrol terhadap apa yang mereka makan dan minum. Saat para wanita memutuskan untuk makan, mereka cenderung untuk makan makanan ringan yang mudah dicerna. Secara alami mereka tidak mengonsumsi makanan dan minuman berat. Aman mengatakan bahwa untuk kelahiran risiko rendah yang normal di lingkungan mana pun tidak ada kebutuhan untuk membatasi makanan. Namun, diskusi yang serius diperlukan untuk menentukan apakah efek intervensi dalam nutrisi maternal selama persalinan tidak lebih buruk daripada risiko sindrom Mendelson. Banyak pertanyaan belum terjawab, misalnya: Apakah ada penelitian pada wanita bersalin dengan perut yang penuh? Apakah ada perbedaan antara makan dan minum sedikit atau tidak sama sekali? Apakah ada data tentang efek restriksi makanan dan cairan selama persalinan di negara berkembang dengan tidak adanya upaya mengganti energi yang hilang dalam persalinan lama?

Sebagai kesimpulan, nutrisi adalah subjek yang sangat penting dan, pada saat yang sama, sangat bervariasi. Pendekatan yang tepat tampaknya tidak menghambat keinginan wanita untuk makan dan minum selama persalinan dan melahirkan, karena dalam kelahiran normal harus ada alasan yang sah jika ingin mencampuri proses alami. Namun, sangat banyak ketakutan yang sangat sulit lenyap dan rutinnya di seluruh dunia, yang masing-masing membutuhkan penanganan dengan cara berbeda.

2.4 Tempat Melahirkan

Apakah tempat melahirkan berdampak pada perjalanan persalinan dan melahirkan? Pertanyaan ini telah banyak diteliti dalam dua dekade terakhir (Campbell dan Macfarlane, 1994). Ketika di banyak negara maju, persalinan beralih dari proses alami ke prosedur yang dikontrol, tempat melahirkan berubah dari rumah ke rumah sakit. Pada saat yang sama banyak keterlibatan manusia yang dihilangkan. Nyeri dikurangi secara farmakologi dan para wanita tersebut dibiarkan untuk periode yang lama karena mereka dalam keadaan tidur-tidak dalam (*light sleep*); mereka dipantau dengan cermat dari jauh. Keadaan ini bertolak belakang dengan keadaan yang terjadi di belahan dunia lain di mana jumlah wanita yang dapat menggunakan berbagai jenis fasilitas kelahiran yang formal kurang dari 20% wanita. Bagi mereka, melahirkan di rumah bukan suatu pilihan, tetapi sesuatu hal yang tidak dapat dihindari karena beragam alasan mulai dari faktor ekonomi hingga budaya, dan termasuk faktor geografi (Mbizvo et al, 1993; Onwudiego, 1993; Smith, 1993). Panggilan untuk kembali ke proses alami di banyak negara maju mengizinkan ayah dan anggota keluarga yang lain masuk ke ruang bersalin, tetapi lokasinya tetap rumah sakit.

Beberapa rumah sakit telah mengupayakan penyediaan ruang bersalin seperti rumah dan ternyata upaya ini meningkatkan kepuasan ibu dan mengurangi jumlah trauma perineal juga mengurangi keinginan menggunakan lingkungan yang berbeda untuk kelahiran berikutnya; tetapi uji coba acak menunjukkan tidak ada efek upaya tersebut pada penggunaan analgesia epidural, persalinan dengan forceps, dan seksio sesarea (Klein et al, 1984; Chapman et al, 1986). Uji coba ini terutama memitibarkan pada lingkungan bangsal persalinan yang lebih menarik tanpa disertai perubahan yang mendasar pada perawatan; tampaknya ini belum cukup untuk meningkatkan mutu perawatan dan hasil akhir obstetri.

Studi lain menunjukkan bahwa wanita dengan persalinan risiko rendah, yang melahirkan anak pertamanya di rumah sakit pendidikan, dapat ditolong oleh 16 orang selama 6 jam persalinan dan masih dibiarkan untuk waktu yang cukup lama (Dudnett dan Osborn, 1989b). Prosedur rutin-meskipun kurang dikenal, kehadiran orang asing, dan ditinggal sendiri selama persalinan dan/atau melahirkan menyebabkan stres, dan stres dapat memperpanjang persalinan sehingga dimulailah serangkaian intervensi yang berkesinambungan, yang dikenal sebagai "kaskade intervensi".

Melahirkan di rumah merupakan praktik yang penyebarannya tidak sama rata di seluruh dunia. Dengan tersebar luasnya pelebnguan kelahiran sejak tahun 1930-an pilihan melahirkan di rumah pada sebagian besar negara maju hilang bahkan di negara yang tidak melarang praktik melahirkan di rumah. Sistem perawatan obstetri di Belanda, yang masih lebih dari 30% wanita hamilnya melahirkan di rumah, merupakan pengecualian di antara negara-negara maju lain (Van Allen et al, 1989; Trellers et al, 1990). Sebaliknya, di banyak negara berkembang, jarak yang jauh antara wanita dan fasilitas kesehatan membatasi pilihan dan membuat praktik melahirkan di rumah merupakan satu-satunya pilihan yang ada.

Meskipun pengkajian risiko mungkin telah dilakukan dengan benar oleh penolong persalinan terlatih, saran mereka tentang tempat melahirkan, yang dibuat berdasarkan pengkajian risiko, tidak selalu diikuti. Banyak faktor membuat wanita jauh dari tingkat fasilitas kesehatan tingkat tinggi. Faktor-faktor ini meliputi biaya melahirkan di rumah sakit, praktik yang tidak lazim, sikap staf yang tidak pada tempatnya, pembatasan kehadiran anggota keluarga pada persalinan, dan kebutuhan yang sering untuk mendapatkan izin dari anggota keluarga yang lain (biasanya laki-laki) sebelum mencari institusi perawatan (Brueger et al, 1994; Paolisso dan Leslie, 1995). Sering kali, wanita berisiko tinggi dan sangat tinggi tidak merasa sakit atau menunjukkan tanda-tanda penyakit sehingga mereka melahirkan di rumah, dibantu oleh seorang anggota keluarga, seorang tetangga atau seorang peraji terlatih (Kwast, 1995a).

Namun, praktik persalinan di rumah dihantu yang benar memerlukan beberapa persiapan yang esensial. Penolong persalinan harus memastikan

hawa tersedia air bersih dan ruangan untuk tempat melahirkan yang hangat. Mencuci tangan harus dilakukan dengan cermat. Pakaian atau handuk hangat harus disiapkan untuk membungkus bayi agar tetap hangat. Paling tidak harus ada beberapa bentuk peralatan melahirkan yang bersih sesuai rekomendasi WHO, yang bertujuan menciptakan lapangan persalinan sebersih mungkin dan memberi perawatan tali pusat yang adekuat. Selanjutnya, fasilitas transpor ke pusat rujukan harus tersedia jika dibutuhkan. Secara praktis, hal ini berarti bahwa partisipasi masyarakat dan dana yang beredar diperlukan untuk memungkinkan pengadaan transportasi untuk situasi-situasi darurat di daerah yang trasportasinya sulit.

Di beberapa negara maju, telah didirikan pusat kelahiran di dalam dan di luar rumah sakit. Di sini wanita bersiko rendah dapat melahirkan dalam suasana seperti di rumah, di bawah perawatan primer, dan biasanya dibantu oleh bidan. Di sebagian besar pusat kelahiran tersebut, pemantauan janin elektronik dan augmentasi persalinan tidak dilakukan dan penggunaan analgesik minimum. Suatu laporan yang luas tentang perawatan di pusat kelahiran di Amerika menggambarkan perawatan di pusat-pusat kelahiran alternatif di dalam dan di luar rumah sakit (Rooks et al, 1989). Percobaan pada perawatan yang dikelola bidan di rumah sakit di Inggris, Australia, dan Swedia menunjukkan bahwa kepuasan wanita yang mendapat perawatan yang demikian jauh lebih tinggi daripada kepuasan wanita yang mendapat perawatan standar. Jumlah intervensi umumnya lebih rendah, khususnya analgesik obstetri, induksi dan augmentasi persalinan. Hasil akhir obstetri tidak berbeda secara signifikan dari perawatan yang dipimpin konsultan meskipun pada beberapa uji coba mortalitas perinatal cenderung sedikit lebih tinggi pada model perawatan yang dipimpin bidan (Flint et al, 1989; MacVicar et al, 1993; Waldenström dan Nilsson 1993; Hundley et al, 1994; Rowley et al, 1995; Waldenström et al, 1996).

Di sejumlah negara maju ketidakpuasan terhadap perawatan di rumah sakit menyebabkan kelompok-kelompok kecil wanita dan pemberi perawatan menggunakan praktik melahirkan di rumah dengan cara alternatif, seringkali sedikit banyak bertentangan dengan sistem perawatan yang resmi. Data statistik tentang praktik melahirkan di rumah ini hampir tidak ada. Di Australia, data studi dikumpulkan. Data ini menunjukkan bahwa seleksi kehamilan risiko rendah hanya berhasil secara moderat. Pada persalinan di rumah terencana, jumlah transfer ke rumah sakit dan tingkat intervensi obstetri rendah. Angka mortalitas perinatal dan morbiditas neonatal juga relatif rendah, tetapi data tentang faktor-faktor yang dapat mencegah kedua hal tersebut tidak tersedia (Bastian dan Lancaster, 1992).

Belanda adalah sebuah negara maju yang memiliki sistem kelahiran di rumah yang resmi. Insiden melahirkan di rumah sangat berbeda antar wilayah dan bahkan antar kota-kota besar. Sebuah studi tentang mortalitas

perinatal menunjukkan tidak ada korelasi antara hospitalisasi persalinan di suatu daerah dan mortalitas perinatal di daerah tersebut (Treffers dan Laan, 1986). Suatu studi yang dilakukan di propinsi Gelderland membandingkan "hasil obstetri" melahirkan di rumah dan di rumah sakit. Hasil penelitian menunjukkan bahwa untuk wanita primipara dengan kehamilan risiko rendah, melahirkan di rumah sama aman dengan di rumah sakit. Pada wanita multipara risiko rendah, hasil melahirkan di rumah secara signifikan lebih baik daripada di rumah sakit (Wieggers et al, 1996). Tidak ada bukti bahwa sistem perawatan wanita hamil ini dapat ditingkatkan dengan meningkatkan pendekatan persalinan secara medis (Buitendijk, 1993).

Di Nepal pendekatan desentralisasi perawatan maternitas telah disesuaikan dengan kebutuhan khusus daerah perkotaan di negara berkembang. Di negara berkembang kapasitas rumah sakit untuk memberikan pelayanan obstetri yang diberikan oleh spesialis yang dibutuhkan oleh wanita dengan komplikasi persalinan, digunakan untuk menangani banyak wanita berisiko rendah yang mengalami persalinan normal-suatu skenario umum di banyak negara. Pengembangan unit persalinan "teknologi rendah" di lingkup rumah sakit besar bukan saja menghilangkan tekanan di unit spesialis, tetapi membuat rumah sakit lebih mudah memberi perawatan yang tepat untuk wanita dalam persalinan normal. Proyek berskala besar serupa bertempat di Lusaka, Zambia, yang merupakan rumah sakit pendidikan milik universitas, yang melayani pusat rujukan untuk seluruh negeri, dipadati oleh banyak wanita hamil dengan risiko rendah. Perluasan kapasitas pusat kelahiran perifer dan pembukaan pusat-pusat baru untuk kelahiran risiko rendah mengurangi jumlah persalinan di rumah sakit dari sekitar 22.000 kelahiran sampai kira-kira 12.000 kelahiran dan pada saat yang sama sejumlah total kelahiran di 12 klinik satelit meningkat dari hanya lebih dari 2.000 kelahiran pada tahun 1982 menjadi 15.298 kelahiran pada tahun 1988. Perawatan wanita risiko tinggi di rumah sakit ditingkatkan dengan mengurangi jumlah wanita risiko rendah, sementara di unit perifer tersedia cukup waktu untuk memastikan bahwa wanita risiko rendah menerima perawatan dan perhatian yang mereka butuhkan (Nasah dan Tyndall, 1994).

Jadi, di manakah seharusnya wanita melahirkan? Aman untuk mengatakan bahwa wanita harus melahirkan di tempat yang menurutnya aman dan pada tingkat yang paling perifer agar perawatan yang tepat dapat dikerjakan dengan mudah dan aman (FIGO, 1992). Untuk wanita hamil risiko rendah hal ini dapat dilakukan di rumah, di klinik maternitas berskala kecil atau pusat kelahiran di kota atau mungkin di unit maternitas di rumah sakit yang lebih besar. Namun, tempat tersebut harus merupakan tempat dengan seluruh perhatian dan perawatan difokuskan pada kebutuhan dan keamanan wanita, sedapat mungkin dekat ke rumah dan kebudayaannya. Jika kelahiran dilakukan di rumah atau di pusat kelahiran perifer berskala kecil, rencana antisipasi untuk masuk ke pusat

perujukan yang terstruktur baik harus merupakan bagian dari persiapan antenatal.

2.5 Dukungan dalam Persalinan

Laporan dan uji terkontrol acak tentang dukungan persalinan yang diberikan oleh satu orang, seorang "doula," bidan atau perawat, menunjukkan bahwa dukungan fisik dan empati yang terus-menerus selama persalinan menghasilkan banyak keuntungan, termasuk persalinan lebih singkat, pengobatan dan analgesia epidural lebih sedikit secara signifikan, nilai Apgar <7 lebih sedikit, dan lebih sedikit persalinan operasi (Klaus et al, 1986; Hodnett dan Osborn, 1989; Hemminki et al, 1990; Hofmeyr et al, 1991).

Laporan ini mengidentifikasi seorang *doula* sebagai pemberi perawatan wanita, yang telah menjalani pelatihan dasar dalam persalinan dan kelahiran serta terbiasa dengan prosedur perawatan yang hemat biaya luas. Dia memberi dukungan emosional yang terdiri dari pujian, penenangan hati, tindakan untuk meningkatkan kenyamanan ibu, kontak fisik, misalnya, menggosok punggung ibu dan memegang tangannya, penjelasan tentang yang terjadi selama persalinan dan kelahiran, serta sikap ramah yang konstan. Tugas-tugas tersebut dapat juga dipenuhi oleh perawat atau bidan, tetapi mereka sering harus melakukan prosedur teknik/medis yang dapat mengalihkan perhatian mereka dari ibu. Namun, pemberian rasa nyaman yang dilakukan secara konstan oleh pemberi perawatan wanita secara signifikan mengurangi rasa cemas dan perasaan telah menjalani suatu persalinan yang sulit pada ibu 24 jam pascapartum. Hal ini juga memiliki efek positif pada sejumlah ibu yang masih menyusui 6 minggu pascapartum.

Wanita yang bersalin harus ditemani oleh orang yang ia percayai dan membuatnya merasa nyaman: pasangannya, sahabatnya, *doula* atau bidan. Di beberapa negara berkembang hal ini mencakup juga peraji. Umumnya mereka adalah orang yang telah dikenal wanita selama perjalanan kehamilannya. Penolong persalinan yang profesional harus mengenal tugas suportif dan sekaligus tugas medis yang mereka miliki, serta mampu melakukan keduanya dengan kompeten dan sensitif. Salah satu tugas suportif pemberi perawatan adalah memberi wanita sebanyak mungkin informasi dan penjelasan sesuai keinginan dan kebutuhan mereka. Privasi wanita di tempat melahirkan harus dihormati. Wanita yang bersalin membutuhkan ruangan tersendiri, di mana jumlah penolong persalinan harus dibatasi sesedikit mungkin.

Namun, pada praktik yang sebenarnya kondisi yang ada sangat berbeda dari situasi ideal yang digambarkan di atas. Di negara maju, wanita yang bersalin sering merasa terisolasi di dalam ruang bersalin di rumah

sakit besar, dikelilingi oleh peralatan teknis serta tanpa dukungan ramah dari pemberi perawatan. Di negara berkembang, beberapa rumah sakit besar terlalu dipadati oleh persalinan risiko rendah sehingga dukungan personal dan privasi tidak mungkin diberikan. Rumah bersalin di negara berkembang sering dibantu oleh pemberi perawatan yang tidak atau kurang terlatih. Dalam keadaan seperti ini, dukungan terhadap wanita yang akan melahirkan kurang atau bahkan tidak ada karena banyak wanita bersalin tanpa penolong persalinan sama sekali.

Implikasi pernyataan di atas untuk lokasi persalinan dan pemberian dukungan menjadi sulit diraih karena pernyataan tersebut memberi kesan bahwa pemberi perawatan dalam persalinan harus bekerja pada skala yang jauh lebih kecil. Perawatan terampil dalam kelahiran anak harus tersedia di atau dekat tempat tinggal wanita, bukan membawa semua wanita ke unit obstetri yang berskala besar. Unit-unit besar yang membantu 50 sampai 60 persalinan sehari perlu merestrukturisasi pelayanan mereka agar mampu memenuhi kebutuhan khusus wanita. Pemberi perawatan perlu mengatur kembali jadwal kerja agar dapat memenuhi kebutuhan wanita akan perawatan dan dukungan yang kontinu. Hal ini juga mempunyai implikasi biaya sehingga menjadi isu politik. Baik negara maju dan negara berkembang harus membahas dan menyelesaikan masalah-masalah ini dengan cara masing-masing.

Sebagai kesimpulan, kelahiran normal, asalkan risiko rendah, hanya membutuhkan observasi ketat oleh penolong persalinan yang terdidik dan terlatih dengan tujuan mendeteksi tanda-tanda awal komplikasi. Kelahiran normal risiko rendah tidak membutuhkan intervensi tetapi dukungan, dorongan dan sedikit perawatan yang lembut dan penuh kasih sayang. Pedoman umum dapat diberikan berupa hal-hal yang dibutuhkan untuk melindungi dan mempertahankan persalinan normal. Namun, setiap negara yang ingin mempraktikkan pelayanan ini perlu menyesuaikan pedoman ini sesuai dengan situasi spesifik dan kebutuhan wanita di negara tersebut serta memastikan bahwa dasar-dasar pelayanan sudah diatur di negara tersebut sehingga wanita risiko tinggi, sedang, dan rendah serta mereka yang mengalami komplikasi dapat memperoleh pelayanan yang adekuat.

2.6 Nyeri Persalinan

Hampir semua wanita mengalami nyeri selama persalinan, tetapi respons setiap wanita terhadap nyeri persalinan berbeda-beda. Berdasarkan pengalaman klinik, persalinan yang tidak normal, persalinan lama atau dipersula oleh distosia, diinduksi atau diakselerasi oleh oksitosin, atau diakhiri oleh persalinan dengan bantuan alat tampaknya lebih menyakitkan daripada "kelahiran normal." Meskipun demikian, persalinan yang benar-benar normal pun menyakitkan juga.

2.6.1 Metode meredakan nyeri secara non-farmakologis

Tugas penting penolong persalinan adalah membantu wanita mengatasi nyeri persalinan. Tugas ini dapat dilakukan dengan memberi obat-obatan pereda rasa nyeri, tetapi yang lebih mendasar dan lebih penting adalah pendekatan non farmakologis yang dimulai sejak perawatan prapatal dengan memberikan informasi yang meyakinkan kepada wanita hamil dan pasangannya, dan jika dibutuhkan oleh keluarganya. Dukungan yang empatik dari pemberi perawatan dan teman teman, sebelum dan selama persalinan, dapat mengurangi kebutuhan akan obat-obatan pereda rasa nyeri sehingga memperbaiki pengalaman melahirkan (lihat 2.5).

Selain dukungan selama persalinan (yang merupakan faktor paling penting) terdapat beberapa metode lain untuk meredakan nyeri persalinan. Metode pertama, yaitu kesempatan memilih posisi apapun yang wanita inginkan, di tempat tidur atau bukan, selama perjalanan persalinan. Ini berarti bahwa wanita tersebut tidak harus dibatasi di tempat tidur dan tidak selalu pada posisi supine, tetapi bebas mengambil sikap tubuh tegak, misalnya, duduk, berdiri, atau berjalan, tanpa campur tangan pemberi perawatan, khususnya selama kala satu persalinan (lihat 3.2).

Ada beberapa metode non-invasif sekaligus non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, yang dapat digunakan selama persalinan. Banyak wanita merasakan nyeri berkurang dengan mandi. Sentuhan dan pijatan oleh teman sering dirasa banyak membantu. Hal yang sama berlaku juga untuk metode yang membantu wanita mengatasi nyeri dengan teknik memusatkan perhatian, misalnya, mengatur pola pernapasan, bimbingan dan relaksasi yang dilakukan secara verbal, menjauhkan perhatian wanita dari nyerinya. Metode-metode ini kadang kala diterapkan dalam kombinasi dengan strategi lain, termasuk pendekatan psikosomatik untuk membantu wanita yang bersalin seperti hipnosis, musik, dan umpan balik biologis. Praktik ini dirasakan hermantaat oleh banyak wanita, tidak berbahaya, dan dapat direkomendasikan.

Metode non-farmakologis yang spesifik untuk meredakan rasa nyeri pada wanita dalam persalinan normal mencakup metode yang mengaktifkan reseptor sensorik perifer (Smkin, 1989). Metode yang paling baru adalah *Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation* (TENS). Sifatnya yang dapat dilakukan secara mandiri mengontribusi keberhasilannya di antara banyak wanita, tetapi ketersediaannya terbatas pada negara-negara kaya di dunia, dan keefektifannya belum pernah terbukti dalam uji coba acak (Erkolla et al, 1980; Nesheim, 1981; Bundsen et al, 1982; Harrison et al: 1936, Hughes et al, 1986; Thomas et al, 1988). Teknik pereda nyeri lain adalah penggunaan kompres panas dan dingin, akupunktur, berendam dalam air, penggunaan jamu-jamuan dan terapi aroma dengan minyak yang harum. Untuk kebanyakan teknik ini, uji coba acak yang dapat membuktikan keefektifannya belum tersedia. Praktik ini harus menjalani

proses tinjauan kritis yang sama seperti yang diperlukan untuk intervensi farmakologis. Hal yang sama juga berlaku untuk metode semi-farmakologis, seperti suntikan air steril intradermal pada 4 tempat di bagian punggung bawah (Enkin et al, 1995).

Sebagai kesimpulan, semua budaya mempunyai cara masing-masing untuk meredakan dan memimpin persalinan. Beberapa budaya tersebut menjelaskan kebiasaannya dengan cara sihir, yang lain mencoba memberi penjelasan yang lebih masuk akal tentang sistem yang diterapkan. Ciri umum dari metode-metode ini adalah pemberian perhatian yang intens kepada wanita selama persalinan dan melahirkan; mungkin inilah alasan mengapa begitu banyak wanita hamil merasa metode ini nyaman dan banyak membantu. Laporan yang menyebut bahwa wanita merasa metode tersebut membuat nyaman baru merupakan hasil observasi. Meskipun demikian sejumlah metode ini tidak berbahaya dan penggunaannya oleh wanita yang mengalami peredaan nyeri dengan metode-metode tersebut dapat dibenarkan. Pelatihan dalam melakukan konseling dan keterampilan komunikasi interpersonal sangat penting untuk semua yang merawat wanita usia reproduktif (Kwast, 1995a).

2.6.2 Meredakan nyeri dalam persalinan secara farmakologis

Metode farmakologis untuk meredakan nyeri telah diterapkan secara luas, khususnya di negara-negara maju. Efek dari beberapa teknik telah diteliti melalui uji coba klinis. Keuntungan pengurangan nyeri menjadi jelas, tetapi kemungkinan efek yang merugikan terhadap ibu atau bayi kurang diperhatikan.

Agens Sistemik

Sejumlah obat-obatan telah dan sedang digunakan untuk meredakan nyeri: opioid alkaloid, yang paling dikenal adalah petidin, diikuti oleh derivat fenotiazin (prometazin), benzodiazepin (diazepam), dan yang lain. Di beberapa negara penggunaan analgesik inhalasi untuk persalinan normal telah menurun pada tahun-tahun terakhir (telah digantikan oleh analgesia epidural); agens yang paling umum digunakan adalah nitrogen oksida yang dikombinasi dengan oksigen 50%. Semua agens ini dapat memberi manfaat pereda nyeri yang lumayan, tetapi disertai efek samping yang tidak diharapkan (Dickersin, 1989). Efek samping petidin pada ibu adalah hipotensi ortostatik, mual, muntah, dan pusing. Semua obat sistemik yang digunakan untuk mengurangi nyeri melewati plasenta dan semua obat sistemik ini, kecuali nitrogen oksida, diketahui dapat menyebabkan depresi pernapasan pada bayi dan perilaku abnormal pada neonatus, termasuk menolak untuk disusui. Diazepam dapat menyebabkan depresi pernapasan neonatus, hipotonia, letargi, dan hipotermia (Dalen et al, 1969; Catchlove dan Kaser, 1971; Flowers et al, 1969; McCarthy et al, 1973; McAllister, 1980).

Analgesia epidural

Dari berbagai teknik analgesik regional (epidural, kaudal, paraservikal, spinal), analgesia epidural adalah metode yang paling banyak digunakan dalam persalinan normal. Efeknya telah diselidiki dalam sejumlah uji coba, yang kesemuanya membandingkan analgesia epidural dengan teknik pengendali nyeri yang lain (Robinson et al, 1980; Philipsen dan Jensen, 1989; 1990; Swanson dan Bratteby, 1981; Thorp et al, 1993). Analgesia epidural memberi manfaat pereda nyeri yang lebih baik dan lebih lama daripada agens sistemik. Pemakaian analgesia epidural pada perawatan obstetri adalah sumber yang intensif dan membutuhkan beberapa fasilitas penting: persalinan dan persalinan harus dilakukan di rumah sakit yang mempunyai peralatan yang lengkap, perlengkapan teknik harus memadai, ahli anestesi harus tersedia setiap saat, dan dibutuhkan supervisi terampil yang konstan terhadap ibu.

Pada penggunaan analgesia epidural, ada kecenderungan kala satu persalinan menjadi sedikit lebih panjang dan oksitosin lebih sering digunakan. Pada beberapa laporan dan uji coba, jumlah persalinan operatif per vaginam meningkat, khususnya jika efek analgesik dipertahankan sampai kala dua persalinan sehingga menekan refleksi mengejan. Pada uji coba di Amerika belum lama ini, jumlah seksio sesarea meningkat ketika analgesia epidural digunakan, khususnya saat analgesia epidural dimulai sebelum pembukaan 5 cm (Thorp et al, 1994). Data yang tersedia dari uji coba acak terhadap efek analgesia epidural yang mungkin, baik pada ibu maupun bayi dalam jangka waktu yang lama jumlahnya sedikit. Sejauh ini belum ada uji coba yang membandingkan analgesia epidural dengan "tidak menggunakan pengendalian nyeri" atau suatu metode non-farmakologis yang ada adalah antara metode analgesia epidural yang berbeda-beda atau metode pereda nyeri secara farmakologi yang berbeda-beda. Efek utama yang diukur dalam uji coba adalah derajat pengurangan nyeri, tetapi tidak satupun uji coba analgesia epidural yang mengukur kepuasan ibu terhadap persalinan. Sebuah studi observasional (Murray et al, 1982) menunjukkan bahwa tidak ada hubungan langsung antara pereda nyeri dan kepuasan. Pada percobaan di pusat perawatan kelahiran di Swedia, penggunaan analgesia epidural dan metode lain pereda nyeri secara farmakologi secara signifikan lebih rendah di kelompok pusat kelahiran dibanding kelompok dengan perawatan standar; namun, sikap terhadap nyeri persalinan di antara kedua kelompok tersebut tidak berbeda ketika ditanyakan pada ibu 2 bulan setelah persalinan. Tampaknya banyak wanita memandang nyeri persalinan secara positif, seolah mereka telah mencapai sukses. Hal ini menggariskan perbedaan karakter nyeri dalam persalinan dari nyeri yang berhubungan dengan keadaan sakit (Waldenström dan Nilsson, 1994). Pada sebuah studi terhadap ibu baru, dukungan dari pemberi perawatan mempunyai pengaruh yang positif pada keseluruhan pengalaman persalinan wanita, sementara pereda nyeri tidak memberi pengaruh apapun dalam respons wanita (Waldenström et al, 1996).

Ada sedikit keraguan bahwa analgesia epidural berguna pada persalinan dan kelahiran dengan komplikasi. Namun, jika analgesia epidural diberikan kepada wanita hamil risiko rendah, dapat dipertanyakan apakah hasil prosedur masih dapat disebut "kelahiran normal". Biasanya, jawaban tergantung pada definisi kenormalan, tetapi analgesia epidural adalah salah satu contoh tindakan medis yang paling mencolok pada kelahiran normal, yang merubah peristiwa fisiologis menjadi prosedur medis. Penerimaan terhadap transformasi ini secara luas ditentukan oleh faktor budaya. Sebagai contoh, di Inggris dan Amerika, sebagian besar wanita hamil risiko rendah melahirkan di bawah pengaruh analgesia epidural, sementara di sebagian besar negara berkembang sangat banyak persalinan dilakukan di rumah tanpa pengendali nyeri farmakologis apapun. Hal ini bukan semata-mata merupakan perbedaan yang kontras antara negara berkembang dan negara maju: di Belanda lebih dari 30% wanita hamil melahirkan di rumah tanpa pengendali nyeri farmakologis apapun, dan bahkan jika mereka melahirkan di rumah sakit hanya sebagian kecil wanita risiko rendah yang mendapatkan obat pereda nyeri (Senden et al. 1998).

Sebagai kesimpulan, dalam perawatan seputar kelahiran normal, metode pereda nyeri non-farmakologis, misalnya, memberikan perhatian khusus kepada wanita yang bersahn, merupakan hal yang sangat penting. Metode yang membutuhkan jumlah fasilitas teknis yang besar, misalnya, analgesia epidural, hanya dapat diterapkan di rumah sakit dengan peralatan yang lengkap dan pegawai yang handal. Di banyak negara, fasilitas teknis ini biasanya tidak tersedia, khususnya untuk persalinan normal. Namun, tuntutan terhadap metode ini banyak ditentukan oleh faktor budaya, kualitas perawatan dalam persalinan normal tidak bergantung pada ketersediaan fasilitas teknis ini. Fasilitas tersebut bukanlah bagian perawatan yang esensial selama persalinan. Metode farmakologis tidak akan pernah menggantikan perhatian khusus kepada wanita yang melahirkan dan perawatan yang penuh kasih sayang.

2.7 Memantau Janin Selama Persalinan

Memantau kesejahteraan janin adalah bagian perawatan yang penting selama persalinan. Angka kejadian gawat janin, yang biasanya karena hipoksia, tidak akan pernah dapat sepenuhnya dihilangkan, bahkan meskipun suatu persalinan mempunyai kriteria "normal", waktu dimulai saat usianya cukup, setelah kehamilan yang tenang tanpa faktor yang mengindikasikan peningkatan risiko komplikasi. Risiko gawat janin sedikit lebih tinggi selama kala dua persalinan dan pada kasus persalinan lama.

2.7.1 Pengkajian cairan amnion

Pengeluaran mekonium dapat menggambarkan gawat janin dan dihubungkan dengan kelahiran mati intrapartum dan morbiditas atau

kematian neonatal (Matthews dan Martin, 1974; Gregory et al, 1974; Fujikura dan Kilonsky, 1975; Meis et al, 1978; MacDonald et al, 1985). Di mana pun pelayanan diberikan, pengeluaran mekonium selama persalinan merupakan indikasi bagi pemberi perawatan utama untuk merujuk wanita yang bersalin. Mekonium kental yang dikenali setelah ketuban pecah menimbulkan prognosis yang paling buruk; mekonium yang padat juga mengakibatkan berkurangnya volume cairan amnion, yang merupakan faktor risiko tersendiri. Tidak adanya cairan amnion pada saat keubhan pecah harus juga dianggap faktor risiko. Cairan amnion yang sedikit keruh kemungkinan mencerminkan risiko yang kurang lebih serius, tetapi hal ini belum sepenuhnya diselidiki.

2.7.2 Pemantauan denyut jantung janin

Hubungan antara kesejahteraan janin dan denyut jantung janin telah diselidiki pada beberapa studi. Dari studi tersebut jelas bahwa gawat janin dapat dilihat dari denyut jantung yang abnormal: bradikardi (<120 /menit), takikardi (>160 /menit), berkurangnya variabilitas atau deselerasi. Ada dua metode pemantauan denyut jantung: auskultasi intermiten dan surveilans elektronik yang kontinu.

Auskultasi intermiten dapat dilakukan dengan menggunakan stetoskop monaural (Pinard's), yang sudah dilakukan sejak permulaan abad ini, atau dengan peralatan ultrasonografi Doppler sederhana yang dapat dipegang tangan. Pada saat stetoskop digunakan, wanita biasanya berbaring telentang atau miring, meskipun denyut jantung janin dapat didengar pada saat wanita duduk atau berdiri. Peralatan Doppler dapat diterapkan dalam berbagai macam posisi. Auskultasi biasanya dilakukan setiap 15–30 menit sekali selama kala satu persalinan dan dilakukan setelah setiap kali kontraksi selama kala dua. Jika perlu, denyut jantung janin dibandingkan dengan denyut jantung ibu. Auskultasi intermiten dengan menggunakan stetoskop monaural adalah satu-satunya pilihan yang tersedia untuk sebagian besar pemberi perawatan di daerah, baik di pusat kesehatan maupun di rumah. Keuntungan dari auskultasi intermiten adalah kesederhanaannya - suatu contoh jelas tentang teknologi yang sesuai, dengan peralatan (stetoskop monaural) yang murah untuk diproduksi (bahkan dapat dibuat cukup mudah) dan tidak sulit untuk digunakan, dan memberikan kebebasan wanita untuk bergerak sesuai keinginannya. Ini berarti bahwa, dengan pelatihan yang tepat, pemberi perawatan dapat memantau jantung janin di mana pun dan tidak terbatas di rumah sakit dengan peralatan teknik yang canggih, misalnya, alat monitor elektronik. Surveilans wanita yang melahirkan dan janinnya dapat dilakukan oleh bidan di rumah atau di unit maternitas yang berskala kecil.

Pemantauan denyut jantung janin secara elektronik digunakan selama kehamilan pada surveilans kehamilan risiko tinggi dan juga selama persalinan. Penggunaannya biasanya terbatas pada institusi kelahiran

Pemantauan paling umum dilakukan dengan transduser eksternal (ultrasonografi Doppler atau dengan elektroda internal (vaginal) yang ditempelkan pada kepala janin setelah pecah ketuban. Meskipun informasi tentang denyut jantung janin lebih akurat pada metode yang terakhir daripada dengan auskultasi, interpretasinya sulit; cetakan sering diinterpretasi secara berbeda oleh pemberi perawatan yang berbeda dan bahkan oleh orang yang sama pada waktu yang berbeda (Cohen et al, 1982; Van Geijn, 1987; Nielsen et al, 1987). Sensitivitas metode ini untuk mendeteksi gawat janin tinggi, tetapi spesifisitasnya rendah (Grant, 1989). Hal ini berarti bahwa metode menghasilkan angka tanda positif semu yang tinggi dan selang dengan tingginya angka intervensi (yang tidak perlu), khususnya jika digunakan pada kelompok wanita hamil risiko rendah (Curzen et al, 1984; Borthen et al, 1989). Pada kehamilan risiko tinggi dan pada kasus risiko tinggi selama persalinan metode tersebut telah terbukti dapat dan menjadi lebih berguna, selain itu, memberikan ketenangan kepada wanita, meskipun tidak dapat dihindari bahwa penggunaannya membatasi kapasitas wanita untuk bergerak sesuai keinginannya.

Di antara kekurangan yang dikaitkan dengan penerapan pemantauan secara elektronik adalah kecenderungan pada beberapa pemberi perawatan dan bahkan pasangan dan keluarga, untuk berfokus pada peralatan daripada wanita. Di beberapa rumah sakit yang secara teknis mempunyai peralatan yang lengkap proses pemantauan bahkan dipusatkan, yang memungkinkan penolong untuk memperhatikan monitor di kantor pusat tanpa diharuskan untuk memasuki ruang persalinan.

2.7.3 Pemeriksaan darah kulit kepala janin

Pengambilan sampel darah mikroteknik kulit kepala janin yang bertujuan mengonfirmasi hipoksia janin telah dilakukan sejak awal tahun 1960-an. Status asam basa darah khususnya pH diperiksa. Ada beberapa keraguan tentang reproduibilitas dan representativitas sampel darah dari bagian kulit yang mengalami edema kronis, meskipun demikian metode ini jika dikombinasi dengan pemantauan denyut jantung janin telah terbukti bermanfaat pada penggunaan klinis. Metode mikroteknik adalah sumber yang intensif, mahal, invasif, menyita waktu, tidak praktis, dan tidak nyaman bagi wanita. Seperti juga pemasangan elektroda di kepala janin, penggunaan mikroteknik ini kadang-kadang dapat menyebabkan trauma, infeksi, dan kemungkinan nyeri pada janin. Akhirnya, mikroteknik ini memerlukan ketersediaan fasilitas laboratorium yang kontinu dan personel yang terampil. Dengan demikian, penggunaan metode ini umumnya terbatas di departemen-departemen rumah sakit yang lebih besar, yang melayani banyak kasus risiko tinggi. Peran metode ini dalam surveilans persalinan risiko rendah dibatasi: hanya untuk tujuan diagnostik setelah denyut jantung janin yang abnormal terdeteksi (Grant, 1989).

2.7.4 Perbandingan pemantauan janin dengan auskultasi dan elektronik.

Dua metode surveilans janin ini telah dibandingkan dalam sejumlah uji coba (Haverkamp et al, 1976; 1979; Kelso et al, 1978; MacDonald et al, 1985; Wood et al, 1981; Neldam et al, 1986). Angka seksio sesarea dan persalinan operatif per vaginam keduanya sama-sama lebih tinggi pada semua kelompok yang diamati secara elektronik. Jika penilaian pH kulit kepala tidak tersedia, peningkatan angka seksio sesarea bahkan lebih tinggi. Terdapat sedikit bukti bahwa peningkatan jumlah intervensi pada kelompok yang dipantau secara elektronik memberi manfaat yang penting bagi bayi. Kematian perinatal dan nilai Apgar yang rendah tidak berkurang pada kelompok yang dipantau secara elektronik. Hanya satu pengukuran hasil akhir neonatal yang meningkat akibat pemantauan secara elektronik, yakni pada uji coba yang terbesar: kejang neonatal (MacDonald et al, 1985). Analisis uji coba yang lebih lanjut menunjukkan risiko kejang neonatal yang berlebihan pada kelompok yang diauskultasi terutama terbatas pada persalinan yang diinduksi atau diaugmentasi dengan oksitosin. Data tindak lanjut pada bayi yang mengalami kejang menunjukkan insiden ketidakmatangpitan neurologis berat yang sama, baik dalam kelompok yang dipantau secara elektronik maupun yang diauskultasi.

Data ini mempunyai konsekuensi penting bagi surveilans janin selama persalinan normal. Peningkatan intervensi yang besar jika persalinan dipantau secara elektronik bersesuaian dengan spesifitas rendah metode tersebut pada kasus risiko rendah dan tampaknya tidak menghasilkan manfaat yang bermakna bagi bayi. Satu-satunya pengecualian adalah kejadian kejang neonatal. Namun, kejang neonatal ini terjadi terutama pada bayi yang lahir setelah dilakukan infusi oksitosin dan seseorang mungkin mengajukan pertanyaan yang tepat apakah jika persalinan diinduksi atau diaugmentasi dengan oksitosin, persalinan tersebut dipertimbangkan sebagai "persalinan normal." Di negara yang memiliki fasilitas yang canggih dan proporsi persalinan yang tinggi di institusi, persalinan yang diinduksi atau diaugmentasi dengan oksitosin atau prostaglandin disebut risiko tinggi, dan persalinan seperti itu hanya dilakukan di bawah tanggung jawab ahli obstetri. Dengan demikian, surveilans janin dipantau secara elektronik. Dalam sebuah studi lanjutan yang berskala besar terhadap perawatan yang dilakukan bidan, yang menggunakan auskultasi intermiten pada persalinan normal, tetapi di pantau secara elektronik setelah dirujuk untuk dilakukan augmentasi dengan oksitosin, angka kejang neonatal menjadi sangat rendah (Van Allen et al, 1989; Treffers et al, 1990).

Pemantauan elektronik intermiten adalah variasi dari pemantauan elektronik yang kontinu. Metode ini digunakan selama periode 30 menit pada awal persalinan dan sesudah itu pada interval yang teratur dengan selang waktu sekitar 20 menit. Pada uji coba acak yang dilakukan, Herbst dan

Ingemarsson (1994) membandingkan metode tersebut dengan pemantauan yang kontinu; hasil pada kedua kelompok sama-sama bagus. Meskipun dalam uji coba ini angka intervensi di kedua kelompok rendah, harus diharapkan jika digunakan pada banyak kasus persalinan normal, metode pemantauan elektronik yang intermiten ini akan menghasilkan kerugian yang sama dengan metode pemantauan yang kontinu walaupun kerugiannya tidak terlalu nyata. Kerugian metode pemantauan elektronik yang intermiten mencakup restriksi pergerakan selama penerapan metode dan spesifisitas yang rendah pada intervensi-intervensi yang terkait. Jika ada anggapan bahwa auskultasi kurang dapat dipercaya daripada pemantauan elektronik, penggunaan metode ini secara rutin dapat menimbulkan rasa tidak percaya. Tentu saja, penggunaan rutin pemantauan janin elektronik yang intermiten harus dibedakan dari penggunaan pemantauan elektronik untuk tujuan menghantu (di mana pun tersedia) yakni, ketika auskultasi mengindikasikan kemungkinan gawat janin, praktik ini membuat penyimpangan dari keadaan normal pada auskultasi mendapat perhatian lebih besar.

Sebagai kesimpulan, metode pilihan untuk pemantauan janin selama persalinan normal adalah auskultasi intermiten. Di banyak negara ini adalah satu-satunya metode yang ada untuk sebagian besar wanita. Tetapi di negara maju pun, di mana peralatan elektronik lebih mudah diperoleh, auskultasi adalah metode pilihan pada persalinan normal. Perawatan secara individual pada wanita melahirkan sangat esensial dan bisa dilakukan dengan lebih mudah melalui kontak pribadi pada saat melakukan auskultasi secara teratur. Hanya pada wanita dengan peningkatan risiko, misalnya, pada persalinan yang diinduksi atau augmentedasi, komplikasi oleh cairan amnion yang tercemar mekonium, atau oleh faktor risiko lain, maka pemantauan elektronik menjadi bermanfaat. Pada sebagian besar persalinan tanpa peningkatan risiko, pemantauan elektronik meningkatkan jumlah intervensi tanpa keuntungan yang jelas bagi janin serta meningkatkan rasa tidak nyaman wanita.

2.8 Kebersihan

Di mana pun proses persalinan dan melahirkan ditangani, kebersihan adalah kebutuhan yang paling penting dan utama. Sterilitas yang biasa digunakan di kamar operasi tidak diperlukan, tetapi kuku harus pendek dan bersih serta tangan harus dicuci dengan air dan sabun secara cermat. Perhatian harus diberikan pada kebersihan pribadi wanita yang akan melahirkan dan penolong persalinan juga pada kebersihan lingkungan dan semua alat-alat yang digunakan selama persalinan. Di beberapa negara, masker dan gaun steril digunakan secara tradisional untuk melindungi wanita melahirkan dari infeksi. Untuk tujuan tersebut masker dan gaun steril tidak bermanfaat (Crowther et al. 1989). Namun, di daerah dengan prevalensi HIV dan virus hepatitis B dan C yang tinggi, pakaian pelindung

berguna melindungi pemberi perawatan dari kontak dengan darah dan materi lain yang terkontaminasi (WHO, 1995).

WHO telah menetapkan isi kotak persalinan yang bersih serta penggunaannya yang benar dan efektif (WHO 1994a). Program yang sudah ada perlu dipertahankan atau diperluas untuk memberi dukungan terhadap efek positif penggunaan "tiga bersih" (tangan, daerah perineum, daerah umbilikus). Isi kotak persalinan yang bersih bervariasi dari negara ke negara, tetapi isi kotak harus sesuai dengan kebutuhan khusus wanita yang akan melahirkan dan mudah didapatkan di setiap sudut jalan dan di seluruh daerah terpencil. Kotak yang sederhana, tetapi efektif ini bahkan dapat dibuat di rumah dan di dalamnya terdapat sebuah pisau cukur steril dan baru untuk tali pusat. Kotak persalinan yang bersih dan isinya harus benar-benar bersih dan tidak perlu disterilkan. Alat-alat sekali pakai dalam kotak tidak boleh digunakan lagi.

Instrumen yang akan digunakan kembali harus didesinfektan dengan cara yang benar berdasarkan petunjuk yang ditetapkan oleh WHO (1995). Peralatan yang bersentuhan dengan kulit yang utuh dapat dicuci dengan cermat, instrumen yang bersentuhan dengan membran mukosa atau kulit yang tidak utuh harus disterilkan, direbus atau didesinfektan secara kimia, dan instrumen yang menembus kulit harus disterilkan. Metode ini dilakukan untuk mencegah kontaminasi pada wanita dan pemberi perawatan.

Beberapa tindakan harus diambil selama persalinan untuk mencegah kemungkinan infeksi pada wanita dan/atau penolong persalinan. Tindakan ini meliputi penghindaran kontak langsung dengan darah dan cairan tubuh lain, penggunaan sarung tangan selama pemeriksaan vagina, selama kelahiran bayi, dan dalam penanganan plasenta. Penting untuk mengurangi kemungkinan terjadinya infeksi dengan mempertahankan teknik invasif, misalnya, episiotomi seminimal mungkin dan jika melakukan perawatan tambahan, setelah digunakan instrumen yang tajam dibuang (misalnya, selama melakukan penjahitan) (ICN, 1996).

3. PERAWATAN SELAMA KALA SATU PERSALINAN

3.1 Mengkaji Permulaan Persalinan

Mengkaji permulaan persalinan adalah salah satu aspek yang paling penting pada penatalaksanaan persalinan. Tanda-tanda permulaan persalinan adalah:

- kontraksi yang menyakitkan dengan keteraturan tertentu
- pendataran dan/atau dilatasi serviks
- cairan amnion bocor
- keluar lendir bercampur darah

Pecahnya ketuban ialah tanda yang jelas bahwa sesuatu yang irreversibel telah terjadi. Gejala lain persalinan yang kurang jelas: kontraksi mungkin dirasakan jauh sebelum persalinan yang sebenarnya dimulai dan dilatasi serviks mungkin terjadi bertinggu-minggu sebelum akhir kehamilan dan berkembang secara perlahan sampai waktu persalinan (Crowther, 1989). Meskipun hal ini sulit, penolong persalinan harus mampu membedakan persalinan palsu dan permulaan persalinan; biasanya pemeriksaan vagina diperlukan untuk mendeteksi perubahan serviks. Penentuan awitan persalinan, tanpa dapat dihindarkan, merupakan dasar untuk mengidentifikasi persalinan lama yang membutuhkan tindakan. Jika diagnosis "permulaan persalinan" dibuat dengan keliru, akibatnya dapat berupa intervensi yang tidak perlu, misalnya, amniotomi atau infus oksitosin. Diagnosis "fase laten yang memanjang" biasanya lebih baik diganti dengan "persalinan palsu" karena persalinan yang aktual belum dimulai. Kadang-kadang, perbedaan antara "permulaan persalinan" dan "persalinan palsu" hanya dapat dibuat setelah suatu observasi pada periode yang singkat. Dalam uji coba partograf di banyak pusat WHO (WHO, 1994b) hanya 1,3% wanita yang dilaporkan mengalami fase laten yang memanjang. Penyebab persentase yang kecil ini dapat dua kali lipat, pada saat partograf diperkenalkan di rumah sakit, terjadi diskusi tentang penatalaksanaan persalinan yang memengaruhi persepsi terhadap fase laten sehingga intervensi aktif pada fase laten tertunda 8 jam di dalam partograf.

Ketuban pecah dini (PROM/Prelabour Rupture of the Membran) yang spontan pada usia kehamilan cukup bulan memicu diskusi yang hidup tentang risiko pemeriksaan vagina (Schutte et al, 1983), induksi persalinan, dan antibiotik profilaktik. Pada uji coba acak baru-baru ini tentang induksi yang dilakukan setelah 12 jam versus penatalaksanaan fisiologis selama 48 jam, pada kelompok induksi kebutuhan akan pengobatan nyeri menjadi lebih besar dan lebih banyak intervensi, sementara infeksi neonatal ringan terjadi pada 1,6% dalam kelompok induksi versus 3,2% pada kelompok dengan penatalaksanaan yang fisiologis. Tidak ada antibiotik profilaktik rutin yang digunakan dan pemeriksaan vagina hanya dilakukan

jika persalinan telah dimulai (Ottewillinger et al, 1996). Pendekatan konservatif, yang didukung oleh bukti yang ada, mengindikasikan sebuah kebijakan yang memerlukan observasi tanpa antibiotik dan pemeriksaan vagina selama 48 jam pertama setelah keruban pecah dini. Jika persalinan tidak dimulai secara spontan selama masa tersebut (pada sekitar 20% wanita), pertimbangan dapat diberikan untuk induksi oksitosin. Namun, hasil ini didapat dari populasi wanita di negara maju dengan kesehatan yang baik dan di rumah sakit yang memungkinkan untuk mempertahankan standar higiene yang tinggi setiap saat. Pada populasi yang berbeda perawataksanaan yang lebih aktif mungkin dianjurkan, dengan penggunaan antibiotik dan induksi persalinan yang lebih awal. Oleh karena itu, sepsis puerperal adalah penyebab ketiga atau keempat kematian ibu di negara berkembang seluruh upaya harus dilakukan untuk mencegahnya, apapun sumbernya.

3.2 Posisi dan Pergerakan Selama Kala Satu Persalinan

Beberapa studi menunjukkan bahwa selama kala satu persalinan, posisi supine memengaruhi aliran darah ke dalam uterus. Uterus yang berat dapat menyebabkan kompresi pada aorta dan vena kava dan berkurangnya aliran darah dapat membahayakan kondisi janin. Posisi supine juga terbukti mengurangi intensitas kontraksi (Flynn et al, 1978; McManus dan Calder, 1978; Williams et al, 1980; Chen et al, 1987) dan juga mengganggu kemajuan persalinan. Berdiri dan berbaring miring dihubungkan dengan intensitas dan efisiensi kontraksi yang lebih besar (kemampuan posisi ini untuk mencapai dilatasi serviks).

Meskipun prevalensi posisi supine berlanjut, banyak pilihan terbuka untuk wanita yang bersalin. Namun, berbagai pembatasan sering kali membatasi pilihan tersebut, dari bentuk tempat tidur persalinan hingga protokol persalinan, atau terpasangnya selang intavena, atau peralatan untuk memonitor. Ketika pembatasan seperti itu diminimalkan, wanita dapat berdiri, berjalan, duduk tegak lurus atau pada tangan dan lutut, mandi, relaks atau berganti-ganti posisi seperti yang mereka pilih. Uji coba yang membandingkan posisi tersebut dengan posisi supine telah menemukan bahwa, rata-rata, persalinan yang dialami menjadi sedikit menyakitkan (kebutuhan analgesik lebih sedikit) dan augmentasi tidak sering digunakan dalam posisi bukan-supine (Chan 1963, Flynn et al, 1978, McManus dan Calder, 1978; Diaz et al, 1980; Williams et al, 1980; Hemminki, 1983; Melzack, 1991). Satu uji coba (Flynn et al, 1978) menunjukkan insiden denyut jantung janin yang abnormal secara signifikan lebih rendah pada posisi tegak, tetapi dalam uji coba lain menemukan tidak ada perbedaan yang signifikan pada hasil akhir neonatal.

Sebagai kesimpulan, tidak ada bukti untuk mendukung dianjurkan-nya posisi supine selama kala satu persalinan. Satu-satunya pengecualian

adalah di mana ketuban telah pecah pada saat kepala belum masuk pintu atas panggul (*non-engaged*). Jika dan saat ketuban telah pecah dan penolong persalinan telah menentukan kepala janin sudah mencakap (*engagement*), wanita harus bebas dan didorong untuk memilih posisi yang lebih disukai selama persalinan. Mereka akan sering mengubah posisi, seperti yang tidak ada posisi yang nyaman untuk waktu yang lama.

3.3 Pemeriksaan Vagina

Pemeriksaan vagina adalah salah satu tindakan *diagnosis* yang sangat penting dalam pengkajian permulaan dan kemajuan persalinan. Hal ini hanya boleh dilakukan oleh penolong persalinan yang terlatih, dengan tangan yang bersih memakai sarung tangan yang steril. Jumlah pemeriksaan vagina harus dibatasi dengan ketat; selama kala satu persalinan biasanya cukup setiap 4 jam sekali, seperti yang ditentukan dalam pedoman penggunaan partograf (WHO, 1993). Jika persalinan berjalan dengan lancar, penolong persalinan yang berpengalaman kadang-kadang dapat membatasi jumlah pemeriksaan menjadi satu. Idealnya, itu akan menjadi satu pemeriksaan yang penting untuk menentukan persalinan aktif, yaitu untuk menegaskan kenyataan bahwa terdapat dilatasi serviks (kriteria paling objektif persalinan aktif). Praktik lain dalam penatalaksanaan persalinan adalah hanya melakukan pemeriksaan vagina saat ada indikasi, misalnya, saat intensitas dan frekuensi kontraksi menurun atau jika timbul tanda-tanda *show* (munculnya darah sebagai tanda awal persalinan) yang hebat atau keinginan untuk mengejan yang mendesak, atau sebelum pemberian analgesik.

Sesuatu dapat dikatakan untuk tiap-tiap pendekatan yang disebutkan di atas, tetapi mengingat dalil kita: "Dalam kelahiran normal harus ada alasan yang sah jika akan mencampuri proses alami" mungkin dua kebijakan terakhir lebih berat dari sebelumnya. Masih banyak pertanyaan yang belum terjawab selama tidak ada bukti yang jelas untuk mendukung kebijakan yang spesifik. Pedoman yang lebih ketat mungkin diperlukan di negara yang penolong persalinannya mempunyai pelatihan yang terbatas dan terisolasi dengan jarak yang sangat jauh ke pusat rujukan. Pedoman ini kemudian spesifik untuk setiap negara.

Di institusi tempat pemberi perawatan dilatih, pemeriksaan vagina oleh mahasiswa kadang harus diulang dan diperiksa oleh pengawas. Pemeriksaan ini hanya dapat dilakukan jika telah mendapat persetujuan wanita. Bagaimanapun juga wanita seharusnya tidak didorong untuk menjalani pemeriksaan vagina yang sering atau diulang oleh sejumlah pemberi perawatan atau mahasiswa.

Dahulu pemeriksaan rektal telah dianjurkan untuk menghindari kontaminasi vagina. Praktik ini tidak direkomendasikan. Studi yang

membandingkan pemeriksaan vagina dan rektal menunjukkan insiden infeksi puerperal yang serupa baik pada pemeriksaan vagina atau rektal yang dilakukan selama persalinan (Crowther et al, 1989). Pilihan wanita untuk pemeriksaan vagina daripada rektal secara jelas diperlihatkan dalam uji klinik acak (Murphy et al, 1986).

3.4 Memantau Kemajuan Persalinan

Pengkajian kemajuan persalinan dilakukan dengan mengobservasi wanita; baik penampilannya, ingkahi lakunya, kontraksi, dan penurunan bagian terendah janin. Pengukuran yang paling akurat adalah dilatasi servik. Penyimpangan kecepatan dilatasi serviks dari batasan normal yang telah disepakati harus menjadi indikasi untuk memeriksa ulang rencana penatalaksanaan persalinan. Di dalam metode partograf WHO (WHO, 1993) garis waspada dilewati jika dilatasi lebih lambat dari 1 cm per jam; jika wanita berada di pusat kesehatan ini adalah alasan untuk perujukan ke rumah sakit. Garis tindakan dilewati jika kemajuan yang tertunda berlanjut sampai 4 jam berikutnya. Kemudian pengkajian kritis tentang penyebab penundaan harus dibuat dan sebuah keputusan diambil mengenai penatalaksanaan yang tepat. Meskipun peraturan ketat ini tidak diikuti di seluruh negara, membentuk pedoman yang berharga, khususnya dalam situasi jarak ke pusat rujukan sangat jauh dan petolong persalinan terisolasi. Penelitian mengenai pengaruh penggunaan partograf menunjukkan bahwa lebih dari sepertiga grafik primigravida melewati garis waspada dan 10-11% melewati garis tindakan (Philpott dan Castle, 1972; WHO, 1994b). Di Amerika Latin, partograf yang berbeda sedang dalam penggunaan, membedakan antara wanita nullipara dan multipara, ketuban yang utuh dan pecah, serta posisi tegak lurus atau berbaring (Schwarcz et al, 1987-1995).

Hubungan antara persalinan lama dan hasil akhir yang merugikan janin dan ibu adalah alasan yang sangat penting untuk memantau kemajuan persalinan secara akurat. Seberapa jauh hubungan sebab akibat tersebut masih belum jelas. Kemajuan persalinan yang lambat harus menjadi alasan untuk evaluasi dampak untuk intervensi. Disproporsi selulo-pelvik harus dipertimbangkan saat kemajuan lambat. Pelvimetri sinar-X intrapartum tidak terbukti bermanfaat. Uji coba yang ada tentang pelvimetri sinar-X menunjukkan peningkatan intervensi, misalnya, seksio sesarea, tetapi tidak ada manfaatnya dalam menurunkan morbiditas neonatal (Parsons dan Spellacy, 1985). Pelvimetri sinar-X selama kehamilan dan persalinan meningkatkan insiden leukemia pada bayi dan harus dihapuskan (Stewart et al, 1956; MacMahon, 1962). Di tangan orang yang berpengalaman pelvimetri manual dapat bermanfaat. Jika ketuban masih utuh selama persalinan, kemajuan yang lambat biasanya tidak disebabkan oleh disproporsi. Penatalaksanaan fisiologis kemudian akan menjadi

pilihan (Albers et al, 1996). Oleh karena tidak tersedia bukti penelitian yang kuat mengenai penatalaksanaan fisiologis versus penatalaksanaan aktif dalam kasus kemajuan yang lambat tanpa adanya tanda disproporsi, tidak ada kesimpulan pasti yang dapat ditarik. Saat ketuban pecah, kemajuan yang lambat kemungkinan akibat masalah mekanis. Penatalaksanaan dalam kasus persalinan yang tidak normal di luar bahasan laporan ini.

3.5 Mencegah Persalinan Lama

Beberapa langkah telah diusulkan untuk mencegah tertundanya kemajuan persalinan; kadang tindakan ini diambil jauh sebelum garis tindakan atau bahkan garis waspada pada partograf tercapai. Intervensi yang paling aktif adalah amniotomi dini dan infusi oksitosin dini, atau kombinasi keduanya. Amniotomi dini turut memengaruhi waktu fisiologis pecahnya ketuban janin. Di bawah kondisi normal, ketuban masih utuh sampai dilatasi lengkap pada 75% kasus (Schwarcz et al, 1995). Amniotomi sebelum dilatasi lengkap sering kali digunakan sebagai metode untuk mempercepat persalinan.

3.5.1 Amniotomi Dini

Intervensi ini telah dianjurkan sebagai prosedur rutin 1 jam setelah masuk dalam persalinan (O'Driscoll et al, 1973). Pada sebuah studi terkontrol menunjukkan bahwa deselerasi denyut jantung janin tipe 1 setelah amniotomi dini sangat meningkat (Schwarcz et al, 1973). Beberapa uji coba acak menunjukkan bahwa amniotomi dini dalam persalinan menyebabkan penurunan lamanya persalinan, rata-rata, antara 60 dan 120 menit, tanpa efek penggunaan analgesik dan tingkat persalinan operatif. Uji coba tersebut tidak memberikan bukti bahwa amniotomi dini mempunyai pengaruh yang menguntungkan atau tidak bagi kondisi neonatus (Fraser et al, 1991; 1993; Barret et al 1992). Jadi tidak mungkin untuk menyimpulkan bahwa amniotomi dini mempunyai keuntungan yang jelas daripada penatalaksanaan fisiologis, atau sebaliknya. Dengan demikian, dalam persalinan normal harus ada alasan yang sah jika ingin turut campur dengan waktu pecah ketuban spontan.

3.5.2 Infusi oksitosin intravena

Infusi oksitosin intravena sering kali digunakan untuk mempercepat persalinan baik setelah pecah ketuban secara spontan maupun artifisial (dibantu). Kombinasi infusi oksitosin intravena dengan amniotomi dini sering disebut "manajemen persalinan aktif," dan hal ini pertama kali dianjurkan di Irlandia (O'Driscoll et al, 1973; O'Driscoll dan Meagher,

1986). Dalam bentuk yang sedikit banyak telah dimodifikasi, teknik ini telah dipakai secara luas di seluruh dunia. Berdasarkan protokol asli untuk penatalaksanaan persalinan aktif, setelah amniotomi dini dilakukan pemeriksaan vagina setiap jam dan oksitosin diberikan jika kecepatan dilatasi serviks kurang dari 1 cm per jam. Praktik ini telah diteliti di sejumlah uji coba acak (Read et al, 1981; Hemminki et al, 1985; Bidgood dan Steer, 1987; Cohen et al, 1987; Lopez-Zeno et al, 1992). Dari tiga uji coba yang memberikan data pada lama persalinan setelah augmentasi oksitosin dibandingkan dengan kelompok kontrol, hanya satu yang menunjukkan rata-rata durasi yang memendek dengan oksitosin. Dalam suatu uji coba, wanita dalam kelompok kontrol dianjurkan untuk bangun dari tempat tidur dan berjalan, berdiri atau duduk seperti yang mereka inginkan. Dalam kelompok kontrol ini rata-rata durasi persalinan sedikit lebih pendek daripada kelompok augmentasi. Nilai Apgar maupun insiden masuk ke kamar perawatan khusus anak berbeda antara kelompok yang diaugmentasi dengan oksitosin dan kelompok kontrol (Hemminki et al, 1985). Studi ini melaporkan dari sudut pandang wanita tentang prosedur. Sebagian besar wanita mengatakan bahwa prosedur augmentasi tidak menyenangkan. Lebih dari 80% merasa prosedur augmentasi tersebut meningkatkan nyeri mereka. Serengah dari wanita dalam kelompok kontrol yang melakukan ambulasi mengatakan bahwa mobilisasi telah menurunkan nyeri mereka sementara 24% merasa tidak ada perbedaan.

Sebagai kesimpulan, dari data yang ada tidak jelas bahwa penggunaan augmentasi oksitosin yang bebas ("manajemen persalinan aktif") berguna untuk wanita dan bayi. Tentu saja ini tidak berarti bahwa oksitosin tidak berguna dalam terapi persalinan lama. Namun, tidak ada bukti bahwa pencegahan persalinan lama dengan penggunaan oksitosin yang bebas dalam persalinan normal bermanfaat. Sehingga adil untuk menanyakan apakah persalinan yang diaugmentasi dengan infusi oksitosin masih dapat dianggap normal. Di banyak tempat, infusi oksitosin hanya diberikan di rumah sakit di bawah tanggung jawab ahli obstetri. Hal ini ialah tindakan pencegahan yang masuk akal, untuk menghindari hal-hal yang tidak dapat diduga pada penatalaksanaan persalinan secara artifisial. Sebagai pemoran umum, oksitosin hanya digunakan untuk augmentasi persalinan pada fasilitas yang dapat segera akses untuk seksio sesarea jika dibutuhkan. Kebutuhan untuk augmentasi persalinan merupakan indikasi untuk merujuk ke pelayanan obstetri dengan fasilitas pembedahan. Jika tersedia, surveilans janin kemudian tidak lagi dengan auskultasi intermiten tetapi dengan pemantauan secara elektronik. Pengalaman di Dublin, selama uji coba acak pada pemantauan denyut jantung janin intrapartum juga menunjuk ke arah ini: pada kelompok yang dipantau menggunakan auskultasi jumlah kejang neonatal meningkat, tetapi sebagian besar bayi m lahir dari ibu yang mendapat augmentasi oksitosin selama persalinan (MacDonald et al, 1985). Lihat juga 2.7. Augmentasi oksitosin merupakan intervensi mayor dan hanya dilakukan pada indikasi yang shahih. Hal ini berlaku juga untuk variasi yang lebih modern untuk augmentasi per-

salinan dengan prostaglandin dan untuk induksi persalinan dengan substansi ini

3.5.3 Pemberian oksitosin intramuskular

Penggunaan oksitosik intramuskular apa pun sebelum kelahiran bayi umumnya dianggap berbahaya karena dosis tidak dapat diadaptasi ke tingkat aktivitas uterus. Hiperstimulasi dapat terjadi dan berbahaya bagi janin. Suatu peningkatan insiden ruptur uterus dengan gejala sisa yang berat juga dihubungkan dengan praktik ini (Kone, 1993; Zheng, 1994). Meskipun begitu, pemberian oksitosin intramuskular masih dipraktikkan, kadang atas permintaan wanita hamil atau keluarganya yang mengharapkan persalinan lebih cepat. Pada beberapa negara berkembang obat tersebut dapat dibeli dipasaran. Praktik berbahaya ini harus ditinggalkan. Hal yang sama berlaku untuk pemberian oksitosik yang lain, misalnya, prostaglandin, kapan saja sebelum persalinan dengan cara sedemikian rupa sehingga efeknya tidak dapat dikontrol.

4. PERAWATAN SELAMA KALA DUA PERSALINAN

4.1 Latar Belakang Fisiologis

Selama kala dua persalinan oksigenisasi janin secara berangsur-angsur berkurang karena janin sedang dikeluarkan dari rongga uterus, menyebabkan retraksi uterus dan penurunan dalam sirkulasi plasenta. Lebih jauh, kontraksi yang kuat dan dorongan yang hebat dapat semakin mengurangi sirkulasi uteroplasenta. Penurunan oksigenisasi disertai dengan asidosis. Namun, terdapat perbedaan yang besar pada setiap individu dalam tingkat dan keseriusan proses ini sehingga pemberi perawatan harus memantau kondisi janin dengan cermat.

4.2 Awitan Kala Dua

Permulaan kala dua ditandai dengan gejala berikut ini:

- wanita merasakan desakan untuk mengejan karena kantung amnion atau bagian terendah janin terdorong ke depan melalui serviks yang berdilatasi dan menekan rektum,
- sering kali ketuban pecah secara spontan;
- biasanya dilatasi serviks lengkap, tetapi kadang wanita merasakan desakan untuk mengejan pada tahap dilatasi dini. Jika pinggiran serviks di sebelah kiri, akan didorong ke sebelah kanan oleh bagian terendah janin.

Dari yang disebutkan di atas, menjadi jelas bahwa sering kali awitan kala dua tidak diketahui dengan tepat. Wanita mungkin merasakan desakan untuk mengejan sebelum dilatasi lengkap atau ia belum merasakannya pada saat dilatasi lengkap didiagnosis. Jika dilatasi lengkap didiagnosis dengan pemeriksaan vagina, tetap belum menjelaskan berapa lama kondisi ini telah ada sebelumnya.

Di beberapa rumah sakit sudah menjadi kebiasaan untuk memindahkan wanita dari ruang persalinan ke "ruang bersalin" khusus pada awitan kala dua. Ruang bersalin biasanya dilengkapi dengan lampu terang yang besar, instrumen dan tempat tidur untuk posisi litotomi dan pijakan kaki atau pancuran logam. Walaupun lingkungan seperti itu lebih tepat untuk pemberi perawatan jika dilakukan persalinan operatif, bagi wanita setiap perpindahan yang tidak perlu tidak menyenangkan. Pada persalinan normal tidak perlu untuk memindahkan wanita ke ruangan yang berbeda saat awitan kala dua. Persalinan dan kelahiran dapat diupayakan dengan sangat baik dalam ruangan yang sama.

4.3 Awitan Mengejan Selama Kala Dua

Pemberi perawatan sering memutuskan awitan kala dua dengan menganjurkan wanita untuk mengejan, baik pada saat dilatasi lengkap telah didiagnosis, atau kadang bahkan lebih awal. Pendekatan fisiologis ialah menunggu hingga wanita merasa desakan mengejan dengan sendirinya. Saat dilatasi telah lengkap kadang-kadang desakan mengejan belum juga ada dan dengan menunggu 10 atau 20 menit fase pengeluaran dapat berlangsung secara spontan. Tidak ada uji coba terkontrol mengenai mengejan lebih awal dibandingkan dengan menunda mengejan dalam persalinan normal, tetapi beberapa uji coba telah dilakukan dengan analgesia epidural. Oleh karena refleks mengejan ditekan, lebih mudah untuk menunda upaya mengejan sampai puncak kepala (*vertex*) tampak dalam introitus. Prosedur ini telah dibandingkan dengan mengejan segera setelah dilatasi lengkap didiagnosis (McQueen dan Mylrea, 1977; Maresh et al. 1983; Duxton et al. 1988). Menunda mengejan tidak menunjukkan efek yang berbahaya bagi janin atau hasil akhir neonatal. Pada kelompok yang mengejan lebih awal, persalinan dengan forcep secara signifikan lebih banyak. Meskipun hasil tersebut diperoleh dari para wanita yang mendapat analgesia epidural, hasil tersebut sesuai dengan pengalaman klinis kebidanan, yang menunda mengejan sampai refleks mengejan yang spontan muncul. Praktik ini lebih mudah untuk wanita dan cenderung memendekkan fase mengejan.

Pada saat atau sebelum mulai mengejan kadangkala dilanjutkan untuk mengosongkan kandung kemih secara rutin dengan kateterisasi. Praktik ini tidak perlu dan dapat menyebabkan infeksi pada saluran kemih. Selama kala dua, waktu kepala janin benar-benar *engaged*, kateterisasi mungkin sangat sulit dilakukan dan bahkan dapat menyebabkan trauma. Disarankan untuk menganjurkan wanita berkemih secara spontan selama kala satu persalinan; dalam persalinan normal praktik ini biasanya mencukupi.

4.4 Prosedur Mengejan Selama Kala Dua

Praktik yang mendukung instruksi upaya mengejan (*valsalva*) yang ditahan selama kala dua persalinan dianjurkan secara luas di banyak bangsa persalinan. Pilihan lain adalah mendukung pola spontan wanita dalam upaya pengeluaran (*exhalatory bearing down efforts*/upaya mengejan ekshalatorik). Dua praktik ini telah dibandingkan dalam beberapa uji coba (Barnett dan Humenick; 1982; Knauth dan Haloburdo. 1986; Parnell et al. 1993; Thomson. 1993). Mengejan spontan menghasilkan 3 sampai 5 upaya mengejan yang relatif singkat (4–6 detik) setiap kontraksi, dibandingkan dengan durasi 10–30 detik upaya mengejan yang ditahan disertai dengan menahan napas. Metode terakhir membuat kala dua persalinan menjadi sedikit lebih singkat, tetapi menyebabkan pernapasan-menginduksi perubahan denyut jantung dan curah jantung. Jika wanita berbaring telentang,

hal ini mungkin dihubungkan dengan kompresi aorta dan penurunan aliran darah ke uterus. Dalam uji coba yang diterbitkan, rata-rata pH arteri umbilikus lebih rendah pada kelompok mengejan yang ditahan dan nilai Apgar cenderung menjadi rendah. Bukti yang ada terbatas, tetapi polanya membuktikan bahwa upaya mengejan lebih awal dan ditahan mengakibatkan pengurangan durasi kala dua yang moderat, tetapi hal ini tampaknya tidak memberi keuntungan apapun, kelihatannya membahayakan pertukaran gas ibu-janin. Upaya mengejan spontan yang lebih pendek tampaknya lebih baik (Sleep et al. 1989).

Di banyak negara praktik tekanan fundal selama kala dua persalinan adalah umum. Hal ini bermaksud untuk mempercepat persalinan, kadang kala dilakukan sesaat sebelum persalinan, kadang kala dari permulaan kala dua. Terlepas dari masalah meningkatnya ketidaknyamanan ibu, ada kecurigaan bahwa praktik tersebut mungkin berbahaya bagi uterus, perineum dan janin, tetapi tidak ada data penelitian yang tersedia. Kesannya adalah metode ini paling tidak digunakan terlalu sering, tanpa bukti kegunaannya.

4.5 Durasi Kala Dua

Pada tahun 1930, De Snoo menetapkan durasi kala dua persalinan pada 628 wanita primipara dengan janin dalam presentasi vertex. Ia mendapatkan rata-rata durasi kala dua persalinan sekitar 1 1/4 jam, dengan nilai median 1 jam. Nilai ini dengan kuat dipengaruhi oleh peristiwa beberapa periode yang sangat panjang (10-14 jam). Sejak saat itu rata-rata durasi kala dua telah ditetapkan secara luas dengan terminasi persalinan artifisial setelah periode maksimum dipenuhi oleh pemberi perawatan. Pada wanita primipara, rata-rata durasi kala dua sekarang sering dilaporkan sekitar 45 menit. Hubungan kala dua yang memanjang dengan hipoksia dan asidosis janin adalah dorongan untuk membatasi kala dua persalinan, bahkan dengan tidak adanya masalah ibu atau janin yang jelas. Kebijakan ini telah diuji di dalam uji coba terkontrol (Wood et al. 1973; Katz et al. 1982; Yancey et al. 1991). Terminasi persalinan setelah kala dua tanpa komplikasi mengarah kepada nilai pH arteri umbilikus yang lebih tinggi secara signifikan, tanpa bukti lain apapun bahwa kebijakan ini mempunyai efek yang bermanfaat bagi bayi. Trauma ibu dan kadang-kadang trauma janin akibat dari peningkatan campur tangan pembedahan yang melibatkan kebijakan hampir tidak dapat dibenarkan. Jika kondisi ibu dan janin baik dan jika ada kemajuan persalinan, tidak ada alasan memegang teguh untuk menetapkan durasi kala dua, sebagai contoh, 1 jam.

Beberapa studi lanjutan telah diterbitkan tentang keadaan neonatal setelah kala dua dengan durasi yang bervariasi. Dalam studi Wormerveer (Van Allen et al. 1989; Kruist et al. 1989) sebuah studi kohort terhadap 148 neonatus yang diuji menggunakan penentuan nilai neurologi (Pretchl)

dan pH arteri umbilikus pada minggu kedua kehidupan. Kala dua persalinan bervariasi dari <60 menit (66% wanita multipara) sampai 159 menit. Tidak ada hubungan yang ditemukan antara durasi kala dua dan kondisi neonatal. Studi lanjutan terbaru yang telah diterbitkan tentang 6759 bayi yang merupakan anak pertama dengan presentasi kepala dengan berat >2500 g; kala dua persalinan bertahan >3 jam pada 11% bayi tersebut. Tidak ada hubungan yang ditemukan antara durasi kala dua dengan rendahnya nilai Apgar 5 menit, kejang neonatal atau masuk ke unit perawatan intensif neonatal (Menticoglou et al, 1995).

Sebagai kesimpulan, keputusan tentang pembatasan kala dua persalinan harus berdasarkan survei atas kondisi ibu dan janin, dan pada kemajuan persalinan. Jika ada tanda gawat janin atau jika bagian terendah janin gagal untuk turun, ada alasan yang baik untuk memisahkan persalinan, tetapi jika kondisi ibu memuaskan, janin dalam kondisi yang baik dan ada bukti kemajuan dalam penurunan kepala janin, tidak ada alasan untuk intervensi. Namun, setelah kala dua >2 jam pada wanita multipara dan >1 jam pada multipara kesempatan untuk persalinan yang spontan dalam waktu yang wajar berkurang, maka reminesi harus direnungkan.

Di seluruh dunia, di negara maju dan berkembang, selama 10 tahun terakhir jumlah persalinan operatif meningkat dengan tajam. Penyebabnya tidak diketahui dengan pasti, tetapi terlepas dari memegang teguh untuk menetapkan durasi kala dua yang disebutkan sebelumnya, insiden persalinan operatif mungkin dipengaruhi oleh rasa takut terhadap gugatan malpraktik, menyenangkan hidup dan oleh keuntungan keuangan. Penelitian di antara ahli obstetri dan penduduk di Belanda menunjukkan bahwa kecenderungan untuk intervensi yang lebih sering diadakan oleh kehadiran bulan di rumah sakit (Pel et al, 1995). Tampaknya pertolongan persalinan oleh profesional yang tidak memenuhi kualifikasi untuk turut campur, tetapi yang bertindak untuk pemeliharaan kenormalan dapat mencegah intervensi yang tidak perlu. Epidemik persalinan operatif yang tersebar di seluruh dunia membutuhkan lebih banyak perhatian, karena intervensi yang tidak perlu berbahaya bagi wanita dan bayi.

4.6 Posisi Ibu Selama Kala Dua

Sejumlah uji coba (Stewart et al, 1983; Liddell dan Fisher, 1985; Chen et al, 1987; Johnstone et al, 1987; Gardosi et al, 1989ab; Stewart dan Spiby, 1989; Crowley et al, 1991; Allanbada dan Vaidya, 1992; Bhardwaj et al, 1995) menduga bahwa posisi tegak lurus (vertikal) atau miring lateral selama kala dua persalinan menunjukkan keuntungan yang lebih banyak daripada posisi dorsal. Posisi tegak lurus memberikan ketidaknyamanan dan kesulitan yang lebih sedikit; dalam melahirkan, nyeri persalinan lebih sedikit, trauma perineal/vagina dan luka infeksi lebih sedikit. Pada satu uji coba, durasi kala dua yang lebih singkat diobservasi pada posisi tegak

lurus. Dengan memperhatikan hasil akhir janin, pada beberapa percobaan nilai Apgar dibawah 7 lebih sedikit pada posisi tegak lurus.

Posisi tegak lurus atau vertikal, dengan atau tanpa penggunaan kursi persalinan, dapat menyebabkan lebih banyak robekan labia, hasilnya menunjukkan peningkatan robekan derajat ketiga, meskipun jumlah yang tersedia untuk analisis sangat kecil. Peningkatan persentase perdarahan pascapartum telah ditemukan pada wanita yang memakai posisi vertikal. Penyebabnya belum ditentukan; kemungkinan dalam posisi vertikal pengukuran kehilangan darah lebih akurat, tetapi perbedaan dapat juga karena peningkatan tekanan pada pelvis dan vena vulva (Liddell dan Fisher, 1985; Gardosi et al, 1989; Crowley et al, 1991). Pada satu uji coba, hemoglobin lebih rendah pada hari keempat setelah melahirkan, meskipun perbedaannya tidak signifikan.

Posisi ibu selama kala dua persalinan memengaruhi kondisi janin seperti juga pada kala satu. Penelitian menunjukkan pola denyut jantung abnormal lebih rendah pada posisi tegak lurus dan rata-rata pH arteri umbilikus lebih tinggi. Beberapa uji coba menanyakan kepada wanita posisi mana yang lebih mereka sukai dan menemukan antusiasme yang sangat besar untuk sikap tegak lurus, menyebabkan sedikit nyeri dan sedikit nyeri punggung. Posisi litotomi dengan kaki pada pemijak kaki dialami kurang nyaman dan lebih menyakitkan serta restriksi pada pergerakan. Wanita yang pernah melahirkan pada posisi tersebut akan lebih suka pilihan pada posisi vertikal di masa yang akan datang (Stewart dan Spiby, 1989; Waldenstrom dan Gotvall 1991)

Sebagian besar efek positif posisi vertikal bergantung pada kapasitas penolong persalinan dan pengalamannya dengan posisi apapun yang lain daripada posisi supine. Sejumlah pengetahuan tentang keuntungan dan kerugian untuk membantu wanita dalam posisi yang bervariasi dapat membuat perbedaan yang sangat luas pada persalinan.

Sebagai kesimpulan, untuk kala satu dan kedua, wanita dapat memakai posisi apapun yang mereka sukai, selama ini lebih disukai untuk menghindari berbaring supine untuk waktu yang lama. Wanita harus didorong untuk bereksperimen dengan apa yang dirasakan lebih nyaman dan harus didukung dalam pilihan mereka. Penolong persalinan membutuhkan pelatihan dalam memimpin dan melakukan kelahiran pada posisi yang lain daripada supine, dengan maksud untuk tidak menjadi faktor penghambat dalam pemilihan posisi.

4.7 Perawatan Perineum

Kerusakan perineal adalah salah satu trauma yang paling sering diderita oleh wanita selama melahirkan, bahkan selama proses persalinan dan

pelahiran yang dianggap normal. Ada beberapa teknik dan praktik yang diarahkan untuk mengurangi kerusakan atau memodifikasi ke proporsi yang dapat diatur.

4.7.1 "Menjaga Perineum" selama melahirkan

Banyak buku ajar menjelaskan praktik menjaga perineum selama melahirkan kepala janin: jari-jari satu tangan (biasanya yang kanan) menyangga perineum, sementara tangan yang kiri melakukan tekanan pada kepala janin untuk mengendalikan kecepatan *crowning* (ketika segmen besar dari kepala bayi terlihat di *milieu vaginal*, perineum meregang) dengan demikian mencoba untuk mencegah atau mengurangi kerusakan pada jaringan perineal. Kemungkinan bahwa dengan manuver tersebut robeknya perineal dapat dicegah, tetapi ada kemungkinan juga bahwa tekanan pada kepala janin menghalangi perluasan pergerakan kepala dan mengalihkannya dari lengkung pubis ke perineum, sehingga meningkatkan kerusakan perineal. Oleh karena belum ada evaluasi formal mengenai strategi ini atau sebaliknya: tidak menyentuh perineum atau kepala selama fase melahirkan, tidak mungkin untuk memutuskan strategi mana yang dipilih. Praktik menjaga perineum dengan tangan ahli obstetri dapat diterapkan dengan lebih mudah jika wanita pada posisi supine. Jika ia pada posisi tegak lurus penolong persalinan tidak dapat menyokong perineum, atau dipaksa untuk mengikuti strategi "tanpa sentuhan".

Teknik lain yang bertujuan mengurangi trauma pada perineum ialah memijat perineum selama akhir kala dua persalinan, jadi mencoba meregangkan jaringan. Teknik tersebut tidak pernah dievaluasi secara tepat, tetapi ada keraguan tentang keuntungan memijat jaringan terus-menerus yang vaskularisasinya sudah banyak dan edema.

Manuver lain, yang efektivitasnya belum cukup terbukti, ialah metode yang bervariasi untuk melahirkan bahu dan perut bayi setelah kelahiran kepala. Tidak jelas apakah manuver ini selalu diperlukan dan apakah tepat. Data penelitian tentang masalah ini tidak tersedia. Namun, National Perinatal Epidemiology Unit di Oxford baru-baru ini mengadakan uji coba terkontrol acak tentang "Pelayanan Perineum saat Melahirkan - Menyerah atau Slap (Hands On Or Poised)", atau disebut juga studi "HOOP", yang memberikan data mengenai efek pendekatan yang berbeda untuk melahirkan kepala dan bahu janin pada perineum (McCandlish, 1996).

4.7.2 Robekan perineal dan episiotomi

Robekan perineal sering kali terjadi, khususnya pada wanita primipara. Robekan derajat satu kadang kala bahkan tidak perlu untuk dijahit, robekan derajat dua biasanya dapat dijahit dengan mudah di bawah pengaruh analgesia lokal dan biasanya sembuh tanpa komplikasi. Robekan

derajat tiga dapat mempunyai akibat yang lebih serius dan di mana pun bila memungkinkan harus dijahit oleh ahli obstetri, di rumah sakit dengan peralatan yang lengkap, dengan tujuan untuk mencegah inkontinensia fekal dan/atau fistula fekal.

Episiotomi sering dilakukan, tetapi insidennya berbeda-beda. Di Amerika Serikat, episiotomi dilakukan pada 50-90% wanita yang melahirkan anak pertamanya, sehingga membuat episiotomi sebagai prosedur pembedahan yang paling umum dikerjakan di negara tersebut (Thacker dan Banta, 1983; Cunningham et al, 1989; Wooley, 1995). Di banyak Pusa kelahiran kebijakan menyeluruh, seperti keharusan bagi semua primipara untuk menjalani episiotomi sudah diberlakukan. Frekuensi melakukan episiotomi para bidan di Belanda secara keseluruhan sebesar 24,5%, 23,3% di antaranya episiotomi mediolateral, dan 1,2% episiotomi *midline* (Pe) dan Heres, 1993). Episiotomi *midline* lebih mudah dijahit dan memiliki keuntungan meninggalkan sedikit jaringan parut, sementara episiotomi mediolateral lebih efektif menghindari spinkter anal dan rektum. Alasan yang baik untuk melakukan episiotomi selama persalinan normal hingga kini dapat berupa: tanda-tanda gawat janin; kemajuan persalinan yang tidak cukup; ancaman robekan derajat tiga (termasuk robekan derajat tiga di persalinan sebelumnya).

Ketika indikasi tersebut benar, meskipun perkiraan robekan derajat tiga sangat sulit. Angka kejadian robekan derajat tiga sekitar 0,4% sehingga diagnosis "ancaman robekan derajat tiga" seharusnya hanya dibuat kadang-kadang, kalau tidak diagnosis tersebut tidak ada artinya.

Pada literatur, beberapa alasan, selain yang sudah disebutkan di atas, diberikan untuk penggunaan episiotomi pada semua kasus. Hal ini termasuk argumen bahwa episiotomi menggantikan irisan pembedahan yang lurus dan rapi untuk laserasi yang tidak beraturan, lebih mudah diperbaiki, dan sembuh lebih baik dari robekan (Cunningham et al, 1989); penggunaan episiotomi pada semua kasus mencegah trauma perineal yang serius; episiotomi mencegah trauma pada kepala janin; dan episiotomi mencegah trauma pada otot dasar panggul sehingga mencegah stres urinarius yang inkontinen.

Bukti untuk mendukung manfaat dari penggunaan episiotomi pada semua kasus ini telah diselidiki di beberapa uji coba acak (Sleep et al, 1984; 1987; Harrison et al, 1984; House et al 1986; Argentine episiotomy trial, 1993). Data dari uji coba ini tidak memberikan bukti untuk mendukung kelanjutan ini. Penggunaan episiotomi pada semua kasus dihubungkan dengan tingkat trauma perineal yang lebih tinggi dan lebih sedikit wanita yang perineumnya masih utuh. Kelompok-kelompok wanita dengan penggunaan episiotomi pada semua kasus dan penggunaan yang dibatasi mengalami sejumlah nyeri perineal yang sebanding, yang dikaji pada 10 hari dan 3 bulan pascapartum. Tidak ada bukti tentang efek

perlindungan episiotomi pada kondisi janin. Dalam studi-tindak lanjut, hingga 3 tahun pascapartum tidak ada pengaruh penggunaan episiotomi pada semua kasus terhadap inkontinen urine yang ditemukan. Dalam studi observasi dari 56.471 persalinan yang dibantu oleh bidan, insiden robekan derajat tiga sebesar 0,4% jika episiotomi tidak dilakukan dan persentasenya sama besar dengan episiotomi mediolateral, insiden dengan episiotomi midline sebesar 1,2% (Pel dan Heres, 1995).

Pemberi perawatan yang melakukan episiotomi harus mampu untuk menjahit robekan dan episiotomi secara tepat. Ia harus dilatih untuk hal tersebut. Episiotomi harus dilakukan dan dijahit di bawah pengaruh anestesi lokal, dengan tindakan pencegahan yang tepat untuk mencegah infeksi HIV dan hepatitis (lihat 2.8).

Sebagai kesimpulan, tidak ada bukti yang dapat dipercaya bahwa penggunaan episiotomi pada semua kasus atau episiotomi yang rutin mempunyai efek yang bermanfaat, tetapi ada bukti yang jelas bahwa hal ini dapat membahayakan. Dalam persalinan normal hingga kini kadang kala ada waktu indikasi sah untuk episiotomi, tetapi restriksi penggunaan intervensi ini direkomendasikan. Persentase episiotomi yang diperoleh dalam percobaan di Inggris (10%) tanpa membahayakan ibu atau bayi (Sleep et al, 1984) akan menjadi tujuan yang baik untuk diraih.

5. PERAWATAN SELAMA KALA TIGA PERSALINAN

5.1 Latar Belakang

Pada kala persalinan ini pengeluaran dan pelepasan plasenta terjadi; perdarahan adalah risiko utama bagi ibu selama atau setelah pelepasan plasenta dan retensi plasenta. Perdarahan pascapartum merupakan salah satu penyebab utama kematian ibu; sebagian besar kasus ini terjadi di negara berkembang (Kwast, 1991). Insiden perdarahan pascapartum dan retensi plasenta meningkat jika ada faktor predisposisi, misalnya, kehamilan multipel atau polihidramnion dan persalinan dengan komplikasi: persalinan augmentasi, persalinan yang terhambat, atau persalinan operatif per vaginam (Gilbert et al, 1987). Perdarahan pascapartum dan retensi plasenta lebih sering terjadi jika komplikasi tersebut ada dalam riwayat obstetri wanita (Doran et al, 1995; Hall et al, 1987; WHO, 1989). Oleh karena itu, wanita yang mengalami risiko komplikasi lebih tinggi pada kala tiga dapat ditentukan selama kehamilan dan selama berlangsungnya persalinan sampai tingkat tertentu. Bahkan dalam kehamilan risiko rendah dan setelah kala satu dan kala dua persalinan yang tenang, perdarahan yang serius dan/atau retensi plasenta kadang dapat terjadi. Penatalaksanaan kala tiga dapat memengaruhi timbulnya komplikasi tersebut dan banyaknya kehilangan darah. Beberapa tindakan yang diarahkan pada pencegahan komplikasi telah diusulkan, telah diuji dalam uji coba acak, dan dibahas di bawah.

5.2 Penggunaan Profilaktik Oksitosik

Oksitosik dapat diberikan secara profilaktik pada waktu yang bervariasi selama kala tiga. Paling sering oksitosik diberikan intramuskular segera setelah persalinan bahu depan, atau setelah kelahiran bayi. Obat yang biasanya diberikan dan diteliti di dalam percobaan, adalah oksitosin dan derivat ergot seperti ergometrin, atau kombinasi keduanya, sintometrin (Daley, 1951; McGinty, 1956; Friedman, 1957; Newton et al, 1961; Howard et al, 1964; Hacker dan Biggs, 1979; Rooney et al, 1983; Prendiville et al, 1988; Thornton et al, 1988; Begley, 1990). Oksitosin dan derivat ergot, keduanya menurunkan perkiraan kehilangan darah pascapartum, tetapi efek ergot tampaknya menjadi sedikit berkurang daripada efek oksitosin. Efek ergot terhadap retensi plasenta belum begitu jelas, meskipun ada beberapa data yang menunjukkan bahwa oksitosik yang rutin dapat meningkatkan risiko retensi plasenta.

Komplikasi oksitosik adalah mual, muntah, sakit kepala dan hipertensi pascapartum. Komplikasi tersebut lebih sering terjadi pada derivat

ergot. Selain itu, jarang tetapi morbiditas ibu yang serius telah dihubungkan dengan oksitosik, khususnya dengan ergometrine: hemoragi jantung dan perdarahan intraserebral, infark miokard, eklampsia pascapartum, dan edema pulmonar. Oleh karena kejadian ini begitu jarang, uji coba acak tidak dapat memberikan informasi yang berguna tentang besarnya angka kesakitan ibu dihubungkan dengan oksitosik. Bukti yang tersedia menunjukkan bahwa oksitosin adalah pilihan yang lebih baik daripada derivat ergot. Selain itu, di negara tropis oksitosin lebih stabil daripada ergometrine atau metilergometrine (Hogerzeel et al, 1992; 1994).

Oleh karena di banyak negara berkembang pemberian tablet oral akan lebih mudah, dan di bawah kondisi tropis tablet akan lebih stabil daripada suntikan, studi acak dilakukan untuk menyelidiki pengaruh tablet ergometrine per oral segera setelah kelahiran. Hasilnya mengecewakan: dibandingkan dengan plasebo pengobatan memperlihatkan efek yang kecil terhadap kehilangan darah setelah persalinan (Du Groot et al 1996).

5.3 Penarikan Tali Pusat yang Terkontrol

Penarikan tali pusat yang terkontrol meliputi penarikan pada tali pusat digabungkan dengan tekanan yang berlawanan ke arah atas pada korpus uteri dengan meletakkan satu tangan di atas sirapisis pubis. Dalam dua uji coba terkontrol prosedur ini telah dibandingkan dengan pendekatan yang kurang aktif, kadangkala memerlukan tekanan fundal (Bonham, 1963; Kemp, 1971). Pada kelompok penarikan tali pusat yang terkontrol menunjukkan rata-rata kehilangan darah yang lebih rendah dan kala tiga yang lebih singkat, tetapi uji coba tidak memberikan data yang cukup untuk memberikan kesimpulan yang pasti mengenai peristiwa perdarahan pascapartum dan pengeluaran plasenta secara manual. Pada suatu uji coba, ketidaknyamanan klien lebih sedikit jika penarikan yang terkontrol digunakan. Namun, 3% tali pusat putus selama penarikan tali pusat yang terkontrol. Jarang tetapi komplikasi serius yang dihubungkan dengan penarikan tali pusat yang terkontrol adalah inversi uterus. Meskipun hubungannya mungkin dengan penerapan metode yang salah, kejadian inversi uterus masih merupakan masalah yang diperhatikan. Uji coba yang disebutkan di atas rupanya telah mengumpulkan data wanita pada posisi supine. Kesan bulan yang membantu persalinan pada wanita dalam posisi tegak lurus selama kala dua dan ketiga bahwa kala tiga lebih singkat dan pelepasan plasenta lebih mudah, meskipun kehilangan darah lebih banyak dibandingkan dengan posisi supine. Namun, terpisah dari kehilangan darah, aspek ini belum diselidiki di dalam uji coba acak. Kemungkinan penarikan tali pusat yang terkontrol seperti yang digambarkan dalam buku ajar akan lebih sulit untuk dilakukan dalam posisi vertikal.

5.4 Penatalaksanaan Fisiologis Versus Penatalaksanaan Aktif pada Kala Tiga

Gahungan efek oksitosik dan penarikan tali pusat yang terkontrol kadang diringkas dengan istilah "penatalaksanaan aktif pada kala tiga", berolak belakang dengan penatalaksanaan fisiologis. Terkadang pengkleman tali pusat secara dini juga termasuk penatalaksanaan aktif, khususnya karena pada penarikan tali pusat yang terkontrol pengkleman dini diperintahkan. Namun, karena efek utama prosedur ini berhubungan dengan bayi baru lahir kita akan berurusan dengan aspek tersebut secara terpisah.

Di dalam literatur, penatalaksanaan aktif pada kala tiga menguntungkan dibandingkan dengan penatalaksanaan fisiologis, terutama karena perdarahan pascapartum lebih sedikit dan kadar Hb pascapartum lebih tinggi (Prendiville et al, 1988; Harding et al, 1989; Begley, 1990; Thigalathan et al, 1993). Hasilnya dengan menimbang banyaknya transfusi darah dan pengeluaran plasenta secara manual yang tidak identik pada dua uji coba yang paling besar, di Bristol dan di Dublin (Prendiville et al 1988, Begley 1990). Di dalam kedua uji coba, penatalaksanaan aktif mengakibatkan mual, muntah, dan hipertensi yang lebih sering, kemungkinan disebabkan oleh pemakaian ergometrine.

Beberapa komentar tentang temuan ini dapat dibenarkan. Perdarahan pascapartum didefinisikan oleh WHO sebagai kehilangan darah >500 mL (WHO 1990). Diagnosis dibuat dengan penilaian klinis terhadap kehilangan darah; pengkajian jumlah darah seperti itu sering menyebabkan penaksiran yang terlalu rendah yang signifikan. Tampaknya definisi tersebut dipengaruhi oleh kenyataan bahwa di sebagian besar belahan dunia, kehilangan darah 500 mL adalah ancaman yang nyata untuk kehidupan banyak wanita, terutama karena tingginya prevalensi anemia berat. Namun, jika dengan cermat diukur, rata-rata kehilangan darah pada persalinan per vaginam kira-kira 500 mL dan sekitar 5% dari wanita yang melahirkan per vaginam kehilangan darah lebih dari 1000 mL (Pritchard et al, 1962; Newton, 1966; De Leeuw et al, 1968; Leisky, 1991). Pada uji coba di Bristol (Prendiville et al, 1988) sebesar 18% kelompok wanita dengan penatalaksanaan fisiologis pada kala tiga kehilangan darah ≥ 500 mL dan hanya sebesar 3% yang kehilangan >1000 mL.

Pada populasi yang sehat (seperti pada kasus di sebagian besar negara maju) kehilangan darah pascapartum hingga 1000 mL dapat dianggap fisiologis dan tidak mengharuskan pengobatan lain selain oksitosik. Namun, di banyak negara berkembang diterapkan standar lain. Batasan 500 mL yang diterapkan oleh WHO harus dipertimbangkan sebagai garis waspada; garis tindakan kemudian dicapai saat fungsi vital wanita terancam. Pada wanita sehat biasanya hanya terjadi setelah kehilangan darah >1000 mL. Perbedaan ini sangat penting dari sudut upaya untuk mengurangi transfusi darah yang tidak perlu dan risikonya, termasuk infeksi HIV.

Kesimpulan pasti mengenai manfaat penatalaksanaan aktif pada kala tiga pada populasi risiko rendah yang sehat belum dapat digambarkan. Istilah "penatalaksanaan aktif" digunakan untuk kombinasi intervensi yang bervariasi dengan efek dan efek samping yang berbeda. Semua uji coba penatalaksanaan fisiologis versus penatalaksanaan aktif dilakukan pada pusat-pusat penatalaksanaan aktif adalah praktik yang normal. Uji coba dibutuhkan di dalam lingkungan tempat kedua penatalaksanaan tersebut adalah prosedur normal. Kejadian komplikasi yang serius tetapi jarang (komplikasi janung, eklampsi, inversi uterus, dan lain-lain) tidak dapat dipelajari di dalam uji coba acak, tetapi meskipun demikian, dapat menjadi kepentingan yang utama jika dan saat penatalaksanaan aktif dianjurkan untuk jumlah penduduk yang besar. Keraguan yang serius dibicarakan mengenai penggunaan profilaktik ergometrine yang rutin atau kombinasi oksitosin dan ergometrine dan juga mengenai penarikan tali pusat yang terkontrol sebagai prosedur yang rutin.

Sebagai kesimpulan, pemberian oksitosin dengan segera setelah persalinan bahu depan, atau setelah melahirkan bayi, tampak menguntungkan, khususnya pada wanita dengan peningkatan risiko perdarahan pascapartum atau pada wanita yang terancam bahkan dengan sejumlah kecil kehilangan darah, misalnya, wanita dengan anemia berat. Keraguan tetap ada mengenai kombinasi oksitosin dengan penarikan tali pusat yang terkontrol dan mengenai penerapan yang rutin pada wanita risiko rendah yang sehat. Rekomendasi kebijakan tersebut menyutakan secara tidak langsung bahwa keuntungan penatalaksanaan ini akan mengimbangi dan bahkan melewati risiko, termasuk risiko potensial yang jarang tetapi serius yang mungkin menjadi manifestasi di masa yang akan datang. Menurut pendapat kami sangat dini untuk menyarankan bentuk penatalaksanaan aktif pada kala tiga ini untuk semua persalinan risiko rendah yang normal, meskipun kami mencatat rekomendasi awal yang dibuat oleh WHO (1990, 1994c). Jika untuk alasan yang bervariasi penatalaksanaan aktif dikerjakan, sejumlah pertanyaan tetap tidak terpecahkan, khususnya mengenai waktu optimal suntikan profilaktik oksitosin.

5.5 Waktu Pengkleman Tali Pusat

Tali pusat dapat diklem segera setelah kelahiran atau belikungan dan ini mungkin mempunyai efek terhadap ibu dan bayi (Prendiville dan Elbourne, 1989). Efek terhadap ibu telah dipelajari di beberapa uji coba (Dunn et al, 1966; Botha, 1968; Nelson et al, 1980). Tidak ada bukti tentang efek yang signifikan waktu pengkleman tali pusat terhadap insiden perdarahan pascapartum atau terhadap transfusi ibu-janin. Efeknya terhadap bayi baru lahir telah dipelajari oleh studi observasi dan uji coba acak.

Terdapat sejumlah observasi terhadap pengaruh waktu pengkleman tali pusat pada neonatus (Buckley dan Usher, 1965; Spears et al, 1966; Yao

et al, 1971; Nelson et al, 1980). Jika setelah kelahiran, bayi diletakkan pada permukaan vulva atau di bawahnya selama 3 menit sebelum pengkleman tali pusat menyebabkan berpindahnya darah sekitar 80 mL dari plasenta ke bayi (Yao et al, 1971; 1974; Dunn, 1985). Sel darah merah dalam jumlah darah ini akan segera dihancurkan dengan hemolisis, tetapi ini memberikan sekitar 50 mg zat besi pada cadangan bayi dan mengurangi frekuensi anemia defisiensi zat besi nantinya pada masa balita (Michaelsen et al, 1995; Pisacane, 1996). Secara teori pemindahan darah dari plasenta ke bayi dapat menyebabkan hipervolemia, polisitemia dan hiperviskositas, dan juga hiperbilirubinemia. Efek tersebut telah diteliti disejumlah uji coba (Prendiville dan Elbourne, 1989). Bayi-bayi yang lahir setelah pengkleman dini tali pusat mempunyai kadar Hb dan Ht yang lebih rendah. Berkaitan dengan gangguan penapisan neonatal, tidak ada perbedaan yang berarti di antara dua praktik penatalaksanaan tersebut. Kadar bilirubin neonatal lebih rendah setelah pengkleman tali pusat lebih awal, tetapi secara klinis tidak ada perbedaan yang berhubungan di antara dua praktik tersebut, dan tidak ada perbedaan dalam morbiditas neonatal.

Menunda pengkleman (atau tidak diklem sama sekali) adalah cara fisiologis merawat tali pusat dan pengkleman lebih awal adalah intervensi yang membutuhkan pembenaran. "Transfusi" darah dari plasenta ke bayi, jika tali pusat ditunda diklem, adalah fisiologis, dan efek merugikan transfusi ini adalah mustahil, paling tidak dalam kasus normal. Setelah kehamilan atau persalinan yang abnormal, misalnya, dalam kepekaan rhesus atau kelahiran preterm, pengkleman yang telat dapat menyebabkan komplikasi, tetapi dalam kelahiran normal harus ada alasan yang sah jika ingin turut campur dengan prosedur alami.

Jika penarikan tali pusat yang terkontrol setelah pemberian oksitosin dilakukan, seperti pada kasus di sebagian besar ruang bersalin yang tersebar di seluruh dunia, pengkleman tali pusat lebih awal atau yang relatif awal diperintahkan. Namun, pada penundaan pengkleman yang dipelajari dan dipraktikkan, yaitu setelah denyutan tali pusat berhenti, biasanya setelah sekitar 3-4 menit, efek merugikan belum tercatat. Selain itu, studi terbaru mendukung penundaan pengkleman karena dapat mencegah anemia defisiensi zat besi pada masa kanak-kanak, yang mungkin menjadi kepentingan khusus di negara berkembang (Michaelsen et al, 1995; Pisacane, 1996). Meskipun saat ini tidak ada cukup bukti untuk memutuskan antara pengkleman lebih awal dan menunda, masalah ini dengan jelas patut mendapatkan lebih banyak perhatian.

5.6 Perawatan Segera Bayi Baru Lahir

Dengan segera setelah kelahiran harus ada perhatian pada keadaan bayi baru lahir. Perhatian seperti itu adalah bagian perawatan yang utuh dalam kelahiran normal dan WHO menekankan pentingnya pendekatan yang menyeluruh untuk perawatan ibu dan bayi (WHO, 1994c). Perawatan

segera termasuk memastikan bahwa jalan napas bersih, melakukan tindakan untuk memelihara suhu tubuh, mengklemp dan memotong tali pusat dan meletakkan bayi pada payudara sedini mungkin. Tiap-tiap unsur tersebut telah menjadi objek pembahasan dan penelitian yang sangat penting, tetapi saat ini *Technical Working Group for Normal Birth* mempunyai keuntungan untuk mampu merujuk pada pekerjaan dan rekomendasi *Technical Working Group on Essential Care of the Newborn* (WHO, 1996). Pada saat ini melaporkan hanya beberapa aspek perawatan segera bayi baru lahir yang akan disebutkan secara ringkas.

- Dengan segera setelah kelahiran, bayi harus dikeringkan dengan handuk atau pakaian yang hangat, sementara bayi diletakkan di atas perut ibu atau di kedua lengannya. Kondisi bayi dikaji dan jalan napas yang bersih dipastikan (jika diperlukan) secara bersamaan. Mempertahankan suhu tubuh bayi adalah penting; bayi baru lahir yang terpajan dengan suhu ruangan bersalin yang dingin dapat mengalami penurunan suhu tubuh dan bersamaan dengan masalah metabolisme. Penurunan suhu bayi dapat dikurangi dengan kontak kulit ke kulit antara ibu dan bayi.
- Kontak kulit ke kulit dini antara ibu dan bayi sangat penting untuk beberapa alasan yang lain. Secara fisiologis hal ini merangsang ibu dan bayi untuk kenal satu sama lain. Setelah lahir bayi kulitnya menjadi tempat bakteri berkoloni; hal ini menguntungkan karena bakteri tersebut masuk ke dalam kontak dengan bakteri kulit ibu mereka sehingga kulit bayi tidak dikolonisasi oleh bakteri dari pemberi perawatan atau dari rumah sakit. Semua keuntungan ini sulit untuk dibuktikan, tetapi meskipun begitu tampaknya masuk akal. Mengisap/menyusu lebih awal harus didorong, dalam satu jam pertama setelah kelahiran (WHO/UNICEF, 1989). Pengaruh stimulasi puting susu oleh bayi terhadap kontraksi uterus dan kehilangan darah pascapartum harus diselidiki. Satu studi acak telah dilakukan (Bullough et al, 1989), tetapi hanya dengan penolong persalinan tradisional. Pengaruh mengisap lebih awal terhadap kehilangan darah tidak dapat dibuktikan. Namun, studi dengan penolong persalinan profesional dibutuhkan.
- Memotong tali pusat harus dilakukan dengan peralatan steril, atau sekali pakai, misalnya, dari kotak persalinan yang bersih, atau didekontaminasi dengan sterilisasi secara cermat. Hal ini sangat penting untuk pencegahan infeksi.

5.7 Perawatan Ibu Segera Setelah Pengeluaran Plasenta

Plasenta harus diperiksa dengan cermat untuk menemukan abnormalitas (infark, hematoma, insersi tali pusat yang abnormal), tetapi

semua yang di atas untuk memastikan bahwa plasenta lengkap. Jika ada kecurigaan bahwa bagian plasenta hilang, persiapan harus dilakukan untuk memeriksa rongga uterus. Jika bagian memisahkan plasenta yang hilang, eksplorasi uterus tidak diperlukan.

Di beberapa negara sudah menjadi kebiasaan bagi penolong persalinan untuk memeriksa rongga uterus setelah setiap kelahiran secara rutin, "pemeriksaan kembali uterus". Tidak ada bukti sekecil apapun bahwa kebijakan tersebut berguna; sebaliknya, hal ini dapat menyebabkan infeksi atau trauma mekanis atau bahkan syok. Hal yang sama berlaku untuk praktik yang lain, "lavase uterus", membilas atau menyemprot rongga uterus setelah persalinan.

Ibu harus diamati dengan cermat selama satu jam pertama pascapartum. Pengamatan yang paling penting termasuk jumlah kehilangan darah dan tinggi fundus uterus: jika uterus tidak cukup berkontraksi, darah dapat berkumpul di dalam rongga uterus. Jika kehilangan darah tidak normal dan uterus berkontraksi sangat buruk, pijatan lembut perut di atas uterus dapat membantu. Esensial untuk memastikan bahwa kontraksi uterus tidak terhambat oleh penuhnya kandung kemih. Kehilangan darah yang tidak normal, ditetapkan lebih dari 500 mL, harus ditangani dengan oksitosik: ergometrine atau oksitosin secara intramuskular. Kondisi ibu juga penting: tekanan darah, nadi dan suhu, serta kesejahteraan umum harus dikaji.

6. PENGGOLONGAN PRAKTIK DALAM KELAHIRAN NORMAL

Bab ini menggolongkan praktik yang umum dalam memimpin persalinan normal ke dalam empat kategori, bergantung pada kegunaan, keefektifan dan bahayanya. Penggolongan menggambarkan pendapat *Technical Working Group for Normal Birth*. Alasan untuk penggolongan ini tidak diberikan di sini; pembaca merujuk pada bab yang terdahulu yang merupakan hasil akhir refleksi dan pembahasan Kelompok Kerja, berdasarkan bukti terbaik yang ada pada saat ini (nomor bab di antara tanda kurung).

KATEGORI A:

6.1 Praktik yang Terbukti Berguna dan Harus Didukung

1. Perencanaan personal yang menentukan di mana dan oleh siapa persalinan akan dil bantu, buat bersama wanita selama kehamilan dan berstahukan kepada suami/pasangannya dan jika dapat diterapkan kepada keluarga (1.3).
2. Pengkajian risiko kehamilan selama perawatan prenatal, dievaluasi kembali pada setiap kontak dengan sistem kesehatan dan pada waktu pertama kali kontak dengan pemben perawatan selama dan sepanjang persalinan (1.3).
3. Memantau kesejahteraan emosional dan fisik wanita sepanjang persalinan dan kelahiran, dan saat akhir proses persalinan (2.1).
4. Memberikan cairan per oral selama persalinan dan kelahiran (2.3).
5. Menghormati pilihan wanita tentang tempat melahirkan yang diinformasikan (2.4).
6. Memberikan perawatan dalam persalinan dan kelahiran pada tingkat paling perifer sehingga melahirkan dapat dilakukan dengan mudah dan aman serta wanita merasa aman dan yakin (2.4, 2.5).
7. Mengormati hak wanita untuk privasi di dalam tempat melahirkan (2.5).
8. Dukungan empati oleh para pemberi perawatan selama persalinan dan kelahiran (2.5).

9. Menghormati rekan pilihan wanita selama persalinan dan melahirkan (2.5)
10. Memberikan informasi dan penjelasan sebanyak mungkin seperti yang wanita inginkan (2.5).
11. Metode pereda nyeri non-invasif sekaligus non-farmakologis selama persalinan, seperti memijat dan teknik relaksasi (2.6).
12. Pemantauan janin dengan auskultasi intermiten (2.7).
13. Penggunaan satu kali pakai alat-alat sekali pakai dan dekontaminasi yang tepat alat-alat yang dapat digunakan kembali sepanjang persalinan dan melahirkan (2.8).
14. Menggunakan sarung tangan pada pemeriksaan vagina selama melahirkan bayi dan dalam menangani plasenta (2.8).
15. Kebebasan dalam posisi dan pergerakan sepanjang persalinan (3.2).
16. Mendukung posisi non-supine dalam persalinan (3.2, 4.6).
17. Pemantauan kemajuan persalinan dengan cermat, misalnya, dengan menggunakan partograf WIJO (3.4).
18. Oksiasio profilaktik pada kala tiga persalinan pada wanita dengan risiko perdarahan pascapartum atau yang terancam bahaya bahkan dengan kehilangan darah dalam jumlah yang kecil (5.2, 5.4).
19. Sterilitas dalam memotong tali pusat (5.6)
20. Pencegahan hipotermi pada bayi (5.6).
21. Kontak dini kulit-ke-kulit antara ibu dan anak dan mendukung permulaan menyusui dalam 1 jam pascapartum sesuai dengan pedoman menyusui WIJO (5.6).
22. Pemeriksaan rutin plasenta dan membran plasenta (5.7).

KATEGORI B:

6.2 Praktik yang Jelas Berbahaya atau Tidak Efektif dan Harus Dihapuskan

1. Penggunaan enema yang rutin (2.2).
2. Melakukan pencukuran pubis yang rutin (2.2).
3. Infusi intravena yang rutin pada persalinan (2.3).
4. Inseri selang intavena profilaktik yang rutin (2.3).
5. Penggunaan posisi supine yang rutin selama persalinan (3.2, 4.6).
6. Pemeriksaan rektum (3.3).
7. Penggunaan pelvimeter sinar X (3.4).
8. Pemberian oksitosik setiap saat sebelum persalinan dalam cara sedemikian rupa sehingga efeknya tidak dapat dikendalikan (3.5).
9. Menggunakan posisi litotomi yang rutin dengan atau tanpa penunjak kaki selama persalinan (4.6).
10. Upaya mengejan yang ditahan (valsava manuver) selama kala dua persalinan (4.4).
11. Memijat dan merenggangkan perineum selama kala dua persalinan (4.7).
12. Menggunakan tablet oral ergometrine pada kala tiga persalinan untuk mencegah atau mengendalikan perdarahan (5.2, 5.4).
13. Penggunaan ergometrine parenteral yang rutin pada kala tiga persalinan (5.2).
14. Kebiasaan lavase uterus setelah melahirkan (5.7).
15. Kebiasaan revisi (eksplorasi manual) uterus setelah melahirkan (5.7).

KATEGORI C:**6.3 Praktik yang Tidak Cukup Bukti untuk Mendukung Rekomendasi yang Jelas dan yang Harus Digunakan dengan Kewaspadaan, Sementara Penelitian Lebih Jauh Mengklarifikasi Masalah Tersebut.**

1. Metode pereda nyeri non-farmakologis selama persalinan, seperti herba, berendam dalam air dan stimulasi saraf (2,6).
2. Kebiasaan amniotomi dini pada kala satu persalinan (3,5).
3. Tekanan fundal selama persalinan (4,4).
4. Manuver yang berhubungan dengan perlindungan perineum dan penatalaksanaan kepala janin pada saat kelahiran (4,7).
5. Manipulasi aktif janin pada saat kelahiran (4,7).
6. Oksitosin yang rutin, menarik tali pusat yang terkontrol, atau kombinasi keduanya selama kala tiga persalinan (5,2, 5,3, 5,4).
7. Mengklem tali pusat lebih awal (5,5).
8. Stimulasi puting susu untuk meningkatkan kontraksi uterus selama kala tiga persalinan (5,6).

KATEGORI D:**6.4 Praktik yang Sering Kali Digunakan Secara Tidak Tepat**

1. Restriksi makanan dan cairan selama persalinan (2,3).
2. Pengendalian nyeri dengan agens sistemik (2,6).
3. Pengendalian nyeri dengan analgesia epidural (2,6).
4. Pengamatan janin secara elektronik (2,7).
5. Memakai masker dan pakaian steril selama membantu persalinan (2,8).
6. Pemeriksaan vagina yang sering atau berulang khususnya oleh lebih dari satu pemberi perawatan (3,3).

7. Augmentasi dengan oksitosin (3.5).
8. Secara rutin memindahkan wanita melahirkan ke ruangan lain pada awitan kala dua persalinan (4.2).
9. Kateterisasi kandung kemih (4.3).
10. Menganjurkan wanita untuk mengejan saat dilatasi lengkap serviks atau hampir lengkap telah didiagnosis, sebelum wanita merasakan desakan mengejan dengan sendirinya (4.3).
11. Memegang teguh untuk menetapkan durasi kala dua persalinan, misalnya, 1 jam jika kondisi ibu dan janin baik dan jika ada kemajuan persalinan (4.5).
12. Persalinan operasi (4.5).
13. Penggunaan episiotomi pada semua kasus dan penggunaan yang rutin (4.7).
14. Eksplorasi manual uterus setelah melahirkan (5.7).

7. REFERENSI

Albers LL, Schiff M, Gorwoda JG. The Length of Active Labour in Normal Pregnancies. Obstet Gynaecol 1996; 87:155-9.

Alisjahbana A, Williams C, Dharmayanti R, Hernawan D, Kwast BE, Koblinaky M. An Integrated village maternity service to improve referral patterns in a rural area in West-Java. Int J Gynecol Obstet 1995; 48 (Suppl):S83-S94.

Allahbadia GN, Vaidya PR. Why deliver in the supine position? Aust NZ J Obstet Gynaecol 1992; 32/2:104-106.

Argentine episiotomy trial collaborative group. Routine vs selective episiotomy: a randomised controlled trial. Lancet 1993; 342:1517-1518.

Bhardwaj N, Kukade JA, Patil S, Bhardwaj S. Randomised controlled trial on modified squatting position of delivery. Indian J Maternal and Child Health 1995; 6(2):33-39.

Barnett MM, Humenick SS. Infant outcome in relation to second stage labor pushing method. Birth 1982; 9:221-228.

Barrott JFR, Savage J, Phillips K, Lilford RJ. Randomized trial of amniotomy in labour vs the intention to leave membranes intact until the second stage. Br J Obstet Gynaecol 1992; 99:5-10.

Bastian H, Lancaster PAL. Home births in Australia 1985-1987, 1988-1990. Sydney, AIHW National Perinatal Statistics Unit 1992

Begley CM. A comparison of "active" and "physiological" management of the third stage of labour. Midwifery 1990; 6:3-17.

Bidgood KA, Steer PJ. A randomized control study of oxytocin augmentation of labour. Br J Obstet Gynaecol 1987; 94:512-517.

Bonham DG. Intramuscular oxytocics and cord traction in third stage of labour. Br Med J 1963; 2:1620-1623.

Borthen I, Lossius P, Skjaerven R, Bergsjø P. Changes in frequency and indications for cesarean section in Norway 1967-1984. Acta Obstet Gynecol Scand 1989; 68:589-593.

Botha M. The management of the umbilical cord in labour. S Afr J Obstet Gynaecol 1968; 6:30-33

Brieger WR, Luchok KJ, Eng E, Earp JA. Use of maternity services by pregnant women in a small Nigerian community. Health Care for Women International 1994; 15:101-110

- Buckels LJ, Usher R.** Cardiopulmonary effects of placental transfusion. J Pediatr 1965; 67:239-246
- Buitendijk SF.** How safe are Dutch home births? In: Abraham-Van der Mark E (ed). Successful home birth and midwifery. Westport. Bergin and Garvey 1993.
- Bullough CHW, Msuku RS, Karonde L.** Early suckling and postpartum haemorrhage: controlled trial in deliveries by traditional birth attendants. Lancet 1989; ii:522-525
- Bundsen P, Ericson K, Peterson L, Thiringer K.** Pain relief in labor by transcutaneous nerve stimulation. Testing of a modified technique and evaluation of the neurological and biochemical condition of the newborn infant. Acta Obstet Gynecol Scand 1982; 61:129-136.
- Buxton EJ, Redman CWE, Ohlral M.** Delayed pushing with epidural in labour - does it increase the incidence of spontaneous delivery? J Obstet Gynaecol 1988; 8:258-261
- Campbell R, Macfarlane A.** Where to be Born? The debate and the evidence. National Perinatal Epidemiology Unit, Oxford. 1994.
- Catchlove FH, Kafer ER.** The effects of diazepam on the ventilatory response to carbon dioxide and on steady-state gas exchange. Anesthesiology 1971; 34:9-13.
- Chan DPC.** Positions during labour. Br Med J 1963; i 100-102.
- Chapman MG, Jones M, Spring JE, De Swiet M, Chamberlain GVP.** The use of a birthroom: a randomized trial comparing delivery with that in a labour ward. Br J Obstet Gynaecol 1986; 93:182-187.
- Chen SZ, Aisaka K, Mori H, Kigawa T.** Effects of sitting position on uterine activity during labor. Obstet Gynecol 1987; 79:67-73.
- Chintu MK, Susu B.** Role of the midwife in maternal health care. In: Nasah BT, Muti JKG, Kasonde JM (eds). Contemporary issues in maternal health care in Africa. Luxembourg, Harwood Academic Publishers 1994.
- Cohen AR, Klapholz H, Thompson MS.** Electronic fetal monitoring and clinical practice - a survey of obstetric opinion. Med Decision Making 1982; 2:79-95.
- Cohen GR, O'Brien WF, Lewis L, Knuppel RA.** A prospective randomized study of the aggressive management of early labor. Am J Obstet Gynecol 1987; 157:1174-1177.

Crawford JS. Some aspects of obstetric anaesthesia. Br J Anaesth 1956; 28:146-158, 201-208.

Crowley P, Elbourne DR, Ashhurst II, Garcia J, Murphy D, Duignan N. Delivery in an obstetric birth chair: a randomized controlled trial. Br J Obstet Gynaecol 1991; 98:667-674.

Crowther C, Enkin M, Keirse MJNC, Brown I. Monitoring the progress of labour. In: Chalmers I et al (eds). Effective care in pregnancy and childbirth. Oxford, Oxford University Press, 1989.

Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF, Williams Obstetrics. 18th ed. East Norwalk, Appleton 1989.

Curzen P, Bekir JS, McIntock DG, Patel M. Reliability of cardiotocography in predicting baby's condition at birth. Br Med J 1984; 289:1345-1347.

Dalen JE, Evans GL, Banas JS, Brooks HI, Paraskos JA, Dexter L. The hemodynamic and respiratory effects of diazepam (Valium). Anesthesiology 1969; 30:259-263.

Daley D. The use of intramuscular ergometrine at the end of the second stage of normal labour. J Obstet Gynaecol Br Commonwealth 1951; 57:388-397.

De Groot ANJA, Slort W, Van Roosmalen J. Assessment of the risk approach to maternity care in a district hospital in rural Tanzania. Int J Gynaecol Obstet 1993; 40:33-37.

De Groot ANJA, Van Roosmalen J, Van Dongen FWJ, Borm GF. A placebo-controlled trial of oral ergometrine to reduce postpartum hemorrhage. Acta Obstet Gynecol Scand 1996 (in press).

De Leeuw NKM, Lowenstein L, Tucker EC, Dayal S. Correlation of red cell loss at delivery with changes in red cell mass. Am J Obstet Gynecol 1968; 100:1092-1101.

Department of Health. Changing Childbirth Report of the Expert Maternity Group, HMSO, London, 1993.

De Snoo K. Leerboek der Verloskunde (Textbook of Obstetrics). Groningen, Wolters 1930.

Díaz AG, Schwarcz R, Fescina R, Caldeyro-Barcia R. Vertical position during the first stage of the course of labor, and neonatal outcome. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1980; 11:1-7.

Dickersin K. Pharmacological control of pain during labour. In: Chalmers et al (eds). Effective care in pregnancy and childbirth. Oxford, Oxford University Press 1989.

Doran JR, O'Brien SA, Randall JH. Repeated postpartum hemorrhage. Obstet Gynecol 1955; 5:186-192.

Drayton S, Rees C. They know what they're doing. Do nurses know why they give pregnant women enemas? Nurs Mirror 1984; 5:4-8.

Dunn PM, Fraser ID, Raper AB. Influence of early cord ligation on the transplacental passage of fetal cells. J Obstet Gynaecol Br Commonwealth 1966; 73:757-760.

Dunn PM. The third stage and fetal adaptation. In: Clinch J, Matthews T (eds). Perinatal medicine. Proceedings of the IX European Congress of perinatal medicine held in Dublin, Ireland, 1984. Lancaster, MTP Press, 1985.

Enkin M, Keirse MJNC, Renfrew M, Neilson J. Effective Care in Pregnancy and Childbirth. 2nd edition, Oxford University Press, 1995.

Erkkola R, Pikkola P, Kanto J. Transcutaneous nerve stimulation for pain relief during labour: a controlled study. Ann Chir Gynaecol 1980; 69:273-277.

Fathalla MF. FIGO Workshop Conclusion. Int J Gynecol Obstet 1992; 38(suppl):S75-S77.

FIGO. Recommendations accepted by the General Assembly at the XIII World Congress of Gynecology and Obstetrics. Int J Gynecol Obstet 1992; 38(suppl):S79-S80.

Flint C, Poulengeris P, Grant A. The "Know Your Midwife" scheme - a randomised trial of continuity of care by a team of midwives. Midwifery 1989; 5:11-16.

Flowers CE, Rudolph AJ, Desmond MM. Diazepam (Valium) as an adjunct in obstetric analgesia. Obstet Gynecol 1969; 34:688-1.

Flynn AM, Kelly J, Hollins G, Lynch PF. Ambulation in labour. Br Med J 1978; 2:591-593.

Fraser WD, Sauve R, Parboosingh LJ, Fung T, Sokol R, Persaud D. A randomized controlled trial of early amniotomy. Br J Obstet Gynaecol 1991; 98:84-91.

Fraser WD, Marcoux S, Moutquin JM, Christen A. Effect of early amniotomy on the risk of dystocia in nulliparous women. N Engl J Med 1993; 328:1145-1149.

Friedman EA. Comparative clinical evaluation of postpartum oxytocics. Am J Obstet Gynecol 1957; 73:1306-1313.

Fujikura T, Klionsky B. The significance of meconium staining. Am J Obstet Gynec 1975; 121:45-50.

Gardosi J, Sylvester S, Lynch CB. Alternative positions in the second stage of labour, a randomized controlled trial. Br J Obstet Gynaecol 1989a; 96:1290-1296.

Gardosi J, Hutson N, Lynch CB. Randomised, controlled trial of squatting in the second stage of labour. Lancet 1989b; 2:74-77.

Gilbert L, Porter W, Brown VA. postpartum haemorrhage - a continuing problem. Brit J Obstet Gynaecol 1987; 94:67-71.

Grant A. Monitoring the fetus during labour. In: Chalmers I et al (eds). Effective care in pregnancy and childbirth. Oxford, Oxford University Press 1989.

Grant J, Keirse MJNC. Prelabour rupture of the membranes at term. In: Chalmers I et al (eds). Effective care in pregnancy and childbirth. Oxford, Oxford University Press 1989.

Gregory GA, Gooding CA, Philbix RH, Tooley WH. Meconium aspiration in infants - a prospective study. J Pediatr 1974; 85:848-852.

Hacker NF, Biggs JSG. Blood Pressure changes when uterine stimulants are used after normal delivery. Br J Obstet Gynaecol 1979; 86:633-636.

Hall MH, Halliwell R, Carr-Hill R. Concomitant and repeated happenings of complications of the third stage of labour. Brit J Obstet Gynaecol 1985; 92:732-738.

Harding JE, Elbourne DR, Prendiville WJ. Views of mothers and midwives participating in the Bristol randomized, controlled trial of active management of the third stage of labor. Buth 1989; 16:1-6.

Harrison RF, Brennan M, North PM, Reed JV, Wickham EA. Is routine episiotomy necessary? Br med J 1984; 288:1971-1975.

Harrison RF, Woods T, Shore M, Mathews G, Unwin A. Pain relief in labour using transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS). Br J Obstet Gynaecol 1986; 93:739-746.

Haverkamp AD, Thompson HE, McFee JG, Cetrulo C. The evaluation of continuous fetal heart rate monitoring in high-risk pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1976; 125:310-320.

Haverkamp AD, Orleans M, Langendoerfer S, McFee J, Murphy J, Thompson HE. A controlled trial of the differential effects of intrapartum fetal monitoring. Am J Obstet Gynecol 1979; 134:399-412.

Hemminki E, Saarikoski S. Ambulation and delayed amniotomy in the first stage of labor. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1983; 13:129-139.

Hemminki E, Lenck M, Saarikoski S, Henriksson L. Ambulation vs oxytocin in protracted labour: a pilot study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1985; 20:199-208.

Hemminki E, Virta AL, Koponen P, Malin M, Kojo-Austlin H, Tuimala R. A trial on continuous human support during labor: Feasibility, interventions and mothers' satisfaction. J Psychosom Obstet Gynaecol 1990; 11:239-250.

Herbst A, Ingemarsson I. Intermittent versus continuous electronic monitoring in labour: a randomized study. Br J Obstet Gynaecol 1994; 101:663-668.

Hodnett ED, Osborn RW. A randomized trial of the effect of midwife support during labor: mothers' views two to four weeks postpartum. Birth 1989a; 16:177-183.

Hodnett ED, Osborn RW. Effects of intrapartum professional support on childbirth outcomes. Res Nurs Health 1989b; 12:289-297.

Hofmeyr GJ, Nikodem VC, Wolman WL, Chalmers BE, Kramer T. Companionship to modify the clinical birth environment: effects on progress and perceptions of labour, and breastfeeding. Br J Obstet Gynaecol 1991; 98:756-764.

Hogerzell HV, Battersby A, Srdanovic V, Stjernstrom NE. Stability of essential drugs during shipment to the tropics. Br Med J 1992; 304:210-212.

Hogerzell HV, Walker GJA, De Goeje MJ. Oxytocin more stable in tropical climates. Br Med J 1994; 308:59.

House of Commons. Session 91-92. Health Committee 2nd report. Maternity Services. Vol 1. HMSO, London, 1992. (Chair. Mr. Nicholas Winterton).

House MJ, Carlo G, Jones MH. Episiotomy and the perineum: a random controlled trial. J Obstet Gynaecol 1986; 7:107-110.

Howard WF, McFadden PR, Keettel WC. Oxytocic drugs in fourth stage of labor. JAMA 1964; 189:411-413.

Hughes SC, Dalley PA, Partridge C. Transcutaneous electrical nerve stimulation for labor analgesia. Anesth Analg 1988; 67:S99.

Hundley VA, Cruickshank FM, Lang GD, Glazener CMA, Milne JM, Turner M, Blyth D, Mollison J, Donaldson C. Midwife managed delivery unit: a randomised controlled comparison with consultant care. Br Med J 1994; 309:1400-1404.

Ibrahim SA, Omer MIA, Amin IK, Babiker AG, Rushwan H. The role of the village midwife in detection of high risk pregnancies and newborns. Int J Gynecol Obstet 1992; 39:117-122.

ICN. Reducing the impact of HIV/AIDS on Nursing/Midwifery personnel: guidelines for National Nurses' Associations and others. International Council of Nurses. Geneva. 1996.

Jaffre Y, Prual A. Midwives in Niger: an uncomfortable position between social behaviours and health care constraints. Soc Sci Med 1994; 38:1069-1073.

Johnston RA, Sidal RS. Is the usual method of preparing patients for delivery beneficial or necessary? Am J Obstet Gynecol 1922; 4:645-650.

Johnstone FD, Abdoelmagd MS, Harouny AK. Maternal posture in second stage and fetal acid-base status. Br J Obstet Gynaecol 1987; 94:753-757.

Kantor HI, Rember R, Tablo P, Buchanan R. Value of shaving the pudendal-perineal area in delivery preparation. Obstet Gynecol 1965; 25:509-512.

Katz Z, Lancet M, Dgani R, Ben-hur H, Zalel Y. The beneficial effect of vacuum extraction on the fetus. Acta Obstet Gynecol Scand 1982; 61:337-340.

Kelso IM, Parsons RJ, Lawrence GF, Arora SS, Edmonds DK, Cooke ID. An assessment of continuous fetal heart rate monitoring in labor. Am J Obstet Gynecol 1978; 131:526-532.

Kemp J. A review of cord traction in the third stage of labour from 1963 to 1969. Med J Aust 1971; 1(17):899-903.

Klaus MJ, Kennell JH, Robertson SS, Sosa R. Effects of social support during parturition on maternal and infant morbidity. Br Med J 1986; 293:585-587.

Klein M, Papageorgiou AN, Westreich R, Spector-Dunsky L, Elkins V, Kramer MS, Gelfand MM. Care in birthroom vs a conventional setting: a controlled trial. Can Med Assoc J 1984; 131:1461-1466.

Knauth DG, Haliburdo EP. Effect of pushing techniques in birthing chair on length of second stage of labor. Nurs Res 1986; 35:49-51.

Knuist M, Eskes M, Van Alten D. Uitdrijvingsduur en toestand van de pasgeborene bij door vroedvrouwen geleide bevalingen (Duration of the second stage and condition of the neonate in deliveries attended by midwives). Ned Tijdschr Geneesk 1989; 133:932-936.

Koné MB. Utilisation de l'oxytocine dans les maternités de Bamako, résumé des résultats d'enquête. Thèse en pharmacie, 1994. (inédit) Bamako.

Kwast BE, Bentley J. Introducing confident midwives: Midwifery education - Action for safe motherhood. Midwifery 1991; 7:8-19.

Kwast BE. Midwives: key rural health workers in maternity care. Int J Gynaecol Obstet 1992; 38(suppl):S9-S15.

Kwast BE. Building a community-based maternity program. Int J Gynecol Obstet 1995a; 48(suppl):S67-S82.

Kwast BE. Maternity care in developing countries. In: Health matters. Public health in North-South perspective. Van der Velden K et al (eds). Houten, Bohn Stafleu Van Loghum 1995b.

Lawrence GF, Brown VA, Parsons RJ, Cooke ID. Feto-maternal consequences of high-dose glucose infusion during labour. Br J Obst Gynaecol 1982; 89:27-32.

Letsky E. The haematological system. In: Hytten E, Chamberlain G (eds) Clinical physiology in obstetrics. 2nd edition. Oxford, Blackwell 1991.

Liddell HS, Fisher PR. The birthing chair in the second stage of labour. Aus NZ J Obstet Gynaecol 1985; 25:65-68.

Lopez-Zeno JA, Peacerman AM, Adashek JA, Socol ML. A controlled trial of a program for the active management of labor. N Engl J Med 1992; 326:450-454.

Lucas A, Adrian TE, Aynsley-Green A, Bloom SR. Iatrogenic hyperinsulinism at birth. Lancet 1980; 1:144-145.

MacDonald D, Grant A, Sheridan-Pereira M, Boylan P, Chalmers I. The Dublin randomized trial of intrapartum fetal heart monitoring. Am J Obstet Gynecol 1985; 152:524-539.

MacMahon B. Prenatal X-ray exposure and childhood cancer. J Natl Cancer Inst 1962; 28:1173-1191.

MacVicar J, Dobbie G, Owen-Johnstone L, Jagger C, Hopkins M, Kennedy J. Simulated home delivery in hospital: a randomised controlled trial. Br J Obstet Gynaecol 1993; 100:316-323.

Maresh M, Choong KH, Beard RW. Delayed pushing with lumbar epidural analgesia in labour. Br J Obstet Gynaecol 1983; 90:623-627.

Mati JKG, Aggarwal VP, Sanghvi HCG, Lucas S, Corkhill R. The Nairobi birth survey III. Labour and delivery. J Obst Gyn East Cent Afr 1983; 2:47-56.

Mati JKG. Human resources development and training. In: Nasah BT, Mati JKG, Kasonde JM. Contemporary issues in maternal health care in Africa. Luxembourg: Harwood Academic Publishers 1994.

Matthews CD, Martin MR. Early detection of meconium-stained liquor during labor: A contribution to fetal care. Am J Obstet Gynecol 1974; 120:808-811.

Mhlizvo MT, Fawcus S, Lindmark G, Nyström L, and the Maternal Mortality Study Group. Operational factors of maternal mortality in Zimbabwe. Health Pol and Plann 1993; 8(4):369-378.

McAllister CB. Placental transfer and neonatal effects of diazepam when administered to women just before delivery. Br J Anaesth 1980; 52:423-427.

McCandlish R. National Perinatal Epidemiology Unit, Oxford, 1996. Personal Communication.

McCarthy GT, O'Connell B, Robinson AE. Blood levels of diazepam in infants of two mothers given large doses of diazepam during labour. J Obstet Gynaecol Br Communwlt 1973; 80:349-352.

McGinty LB. A study of the vasopressor effects of oxytocics when used intravenously in the third stage of labour. West J Surg 1956; 64:22-28.

McKay S, Mahan C. Modifying the stomach contents of labouring women: why, how, with what success, and at what risk? How can aspiration of vomitus in obstetrics best be prevented? Birth 1988; 15(4):213-221.

McManus TJ, Calder AA. Upright posture and the efficiency of labour. Lancet 1978; 1:72-74.

McQueen J, Mylrea L. Lumbar epidural analgesia in labour. Br Med J 1977; 1:640-641.

Meis PJ, Hall M, Marshall JR, Hobel CJ. Meconium passage: a new classification for risk assessment during labor. Am J Obstet Gynecol 1978; 131:509-513.

Melzack R, Belanger E, Lacroix R. Labor pain, effect of maternal position on front and back pain. J Pain symptom Managem 1991; 6:476-480.

Mentenglou SM, Manning P, Harman C, Morrison L. Perinatal outcome in relation to second-stage duration. Am J Obstet Gynecol 1995; 173:906-912.

Michaelsen KE, Milman N, Samuelson G. A longitudinal study of iron status in healthy Danish infants: effects of early iron status, growth velocity and dietary factors. Acta Paediatr 1995; 84:1035-1044.

Morgan BM, Bulpitt CJ, Clifton P, Lewis PJ. Analgesia and satisfaction in childbirth (the Queen Charlotte's 1000 mother survey). Lancet 1982; 2:808-810.

Murphy K, Grieg V, Garcia J, Grant A. Maternal considerations in the use of pelvic examinations in labour. Midwifery 1986; 2:93-97.

Nasah BT, Tyndall M. Emerging problems of maternity care in urban settings. In: Nasah BT, Mati JKG, Kasonde JM (eds). Contemporary issues in maternal health care in Africa. Luxembourg, Harwood Academic Publishers 1994.

Neldam S, Osler M, Hansen PK, Nim J, Smith SE, Hertel J. Intrapartum fetal heart rate monitoring in a combined low- and high-risk population: a controlled clinical trial. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1986; 23:1-11.

Nelson NM, Enkin MW, Saigal S, Bennett KJ, Milner R, Sackett DL. A randomized clinical trial of the Leboyer approach to childbirth. New Engl J Med 1980; 302:655-660.

Nesheim B. The use of transcutaneous nerve stimulation for pain relief during labour: a controlled clinical study. Acta Obstet Gynaecol Scand 1981; 60:13-16.

Newton M, Mosey LM, Egl GE, Gifford WB, Hull CT. Blood loss during and immediately after delivery. Obstet Gynecol 1961; 17:9-18.

Newton M. Postpartum hemorrhage. Am J Obstet Gynecol 1966; 94:711-717.

Nielsen PV, Stigsby B, Nickelson C, Nim J. Intra- and interobserver variability in the assessment of intrapartum cardiotocograms. Acta Obstet Gynecol Scand 1987; 66:421-424.

O'Driscoll K, Stronge JM, Minogue M. Active management of labour. Br Med J 1973; 3:135-137.

O'Driscoll K, Meagher D. Active management of labour: the Dublin experience, 2nd ed. Baillière Tindall, London 1986.

O'Heir J. From Kobe to Oslo: the WHO Midwifery Education Modules. Proceedings of the 24th triennial International Confederation of Midwives Congress, ICM, Oslo 1996, pp 520-522

Okafor CB, Rizzuto RR. Women's and health-care providers' Views of maternal practices and services in rural Nigeria. Studies Fam Plann 1994; 25:353-361.

Onwudiegwu U. The effect of a depressed economy on the utilisation of maternal health services: the Nigerian experience. J Obstet Gynaec 1993; 13:311-314

Ottervanger HP, Keirse MJNC, Smit W, Holm JP. Controlled comparison of induction versus expectant care for prelabor rupture of the membranes at term. J Perinat Med 1996 (in press).

Paolitto M, Leslie J. Meeting the changing health needs of women in developing countries. Soc Sci Med 1995; 40:55-65.

Farnell C, Langhoff-Ross J, Iversen R, Damgaard P. Pushing method in the expulsive phase of labor. Acta Obstet Gynecol Scand 1993; 72:31-35.

Parsons MT, Spellacy WN. Prospective randomized study of X-ray pelvimetry in the primigravida. Obstet Gynecol 1985; 66:76-79.

Pel M, Heres MHB. Obint. A study of obstetric intervention. Thesis. University of Amsterdam, 1995.

Pel M, Heres MHB, Hart AAM, Van der Veen F, Treffers PE. Provider-associated factors in obstetric interventions. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1995; 61:129-134.

Peters MH. Midwives and the achievement of safer motherhood. Int J Gynecol Obstet 1995; 50(suppl.2):S89-S92.

Philipsen T, Jensen NH. Epidural block or parenteral pethidine as analgesic in labour: a randomised study concerning progress in labour and instrumental deliveries. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1989; 30:27-33.

Philipsen T, Jensen NH. Maternal opinion about analgesia in labour and delivery. A comparison of epidural blockade and intramuscular pethidine. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1990; 34:205-210.

Philpott RH, Castle WM. Cervicographs in the management of labour in primigravidae. J Obstet Gynaecol Br Commonwealth 1972; 79:592-598, 599-602.

Pisacane A. Neonatal prevention of iron deficiency. Placental transfusion is a cheap and physiological solution. Br Med J 1996; 312:136-137.

Prendiville WJ, Harding JE, Elbourne DR, Stirrat GM. The Bristol third stage trial: active vs physiological management of third stage of labour. Br Med J 1988; 297:1295-1300.

Prendiville W, Elbourne D. Care during the third stage of labour. In: Chalmers J et al (eds). Effective care in pregnancy and childbirth. Oxford, Oxford University Press 1989.

Pritchard JA, Baldwin RM, Dickey JC, Wiggins KM. Blood volume changes in pregnancy and the puerperium. Am J Obstet Gynecol 1962; 84:1271.

Radford N and Thompson A. A Pathway to Practice: Direct Entry Midwifery. Department of Health and Social Services. HMSO. 1987.

Read JA, Miller FC, Paul RH. Randomized trial of ambulation vs oxytocin for labor enhancement: a preliminary report. Am J Obstet Gynecol 1981; 139:669-672.

Roberts RB, Shirley MA. The obstetrician's role in reducing the risk of aspiration pneumonia. With particular reference to the use of oral antacids. Am J Obstet Gynaecol 1976; 124:611-617.

Robinson JO, Rosen M, Evans JM, Revill SI, David H, Rees GAD. Maternal opinion about analgesia for labour: A controlled trial between epidural block and intramuscular pethidine combined with inhalation. Anaesthesia 1980; 35:1173-1181.

Romney ML, Gordon H. Is your enema really necessary? Br Med J 1981; 282:1269-1271.

Rooks JP, Weatherby NL, Ernst EKM, Stapleton S, Rosen D, Rosenfield A. Outcomes of care in birth centers: the National Birth Center Study. N Engl J Med 1989; 321:1804-1811.

Rooney C. Antenatal care and maternal health. How effective is it? A review of the evidence. Geneva, World Health Organization 1992

Rooney I, Hughes P, Calder AA. Is routine administration of syntometrine still justified in the management of the third stage of labour? Health Bull 1985; 43:99-101.

Rowley MJ, Hensley MJ, Brinsmead MW, Wlodarczyk JH. Continuity of care by a midwife team versus routine care during pregnancy and birth: a randomised trial. Med J Australia 1995; 163:289-293.

Rutter N, Spencer A, Mann N, Smith M. Glucose during labour: Lancet 1980; 2:155.

Schutte MF, Treffers PE, Kloosterman GJ, Soepmati S. Management of premature rupture of the membranes: the risk of vaginal examination to the infant. Am J Obstet Gynecol 1983; 146:395-400.

Schwarcz RI, Althabe O, Belitzky R, Lanchares JL, Alvarez R, Berdagner P, Capurro H, Bellizán JM, Sabatino JH, Abusleme C, Caldeiro-Barcia R. Fetal heart rate patterns in labors with intact and with ruptured membranes. J Perinat Med 1973; 1:153-165.

Schwarcz RI, Díaz AG, Nieto F. Partograma con curvas de alerta: guía par la vigilancia del parto. Salud perinatal. Boletín del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) Organización Panamericana de la Salud- Organización Mundial de la Salud, 1987; 2(8):93-96.

Schwarcz RI, Díaz AG, Fescina RH, Belitzky R, Rossello JLD. Low-risk pregnancy and delivery. Guidelines for the management of antenatal care, labor and delivery. Latin American Center for Perinatology and Human Development. CLAP Scientific Publication No 1321.02. Montevideo, Pan American Health Organization - World Health Organization 1995.

Senden IPM, Wetering MD, Eskes TKAB, Bierkens PB, Laube DW, Pitkin RM. Labor pain: A comparison of parturients in a Dutch and an American teaching hospital. Obstet Gynecol 1988; 71:541-544.

Simkin P. Non-pharmacological methods of pain relief during labour. In: Chalmers I et al (eds). Effective care in pregnancy and childbirth. Oxford, Oxford University Press 1989.

Sleep J, Grant AM, Garcia J, Elbourne DR, Spencer JAD, Chalmers I. West Berkshire perineal management trial. Br Med J 1984; 289:587-590.

Sleep J, Grant AM. West Berkshire perineal management trial: three year follow up. Br Med J 1987; 295:749-751.

Sleep J, Roberts J, Chalmers I. Care during the second stage of labour. In: Chalmers I et al (eds). Effective care in pregnancy and childbirth. Oxford, Oxford University Press 1989.

Smith DG. Safe Motherhood: listening to women. Tropical Doctor 1993; 23:1-2.

Spears RL, Anderson GV, Brotman S, Farrier J, Kwan J, Mastro A, Perrin L, Stebbins R. The effect of early versus late cord clamping on signs of respiratory distress. Am J Obstet Gynecol 1966; 95:564-568.

Stewart A, Webb J, Giles D, Hewitt D. Malignant disease in childhood and diagnostic irradiation in utero. Lancet 1956; ii:447.

Stewart P, Hillan E, Calder AA. Upright posture and the efficiency of labour. Lancet 1978; i:72-74.

Stewart P, Spiby H. A randomized study of the sitting position for delivery using a newly designed obstetric chair. Br J Obstet Gynaecol 1989; 96:327-333.

Swanstrom S, Bratteby LE. Metabolic effects of obstetric regional analgesia and of asphyxia in the newborn infant during the first two hours after birth. Acta Paed Scand 1981; 70:791-800.

Tarnow-Mordi WO, Shaw JCL, Liu D, Gardner DA, Flynn FM. Iatrogenic hyponatraemia of the newborn infant due to maternal fluid overload; a prospective study. Br Med J 1981; 283:639-642.

Taylor G, Pryse-Davies J. The prophylactic use of antacids in the prevention of the acid-pulmonary-aspiration syndrome (Mendelson's syndrome). Lancet 1966; i: 288-291.

Tettambel MA. Preoperative use of antacids to prevent Mendelson's syndrome in caesarean section, a pilot study. J Am Osteopath Assoc 1983; 82:858-860.

Thacker SB, Banta HD. Benefits and risks of episiotomy: an interpretative review of the English language literature, 1860-1980. Obstet Gynecol Surv 1983; 38:322-338.

Thilaganathan B, Cutner A, Latimer J, Beard R. Management of the third stage of labour in women at low risk of postpartum haemorrhage. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1993; 48:19-22.

Thomas JL, Tyle V, Webster J, Nelson A. An evaluation of transcutaneous electrical nerve stimulation for pain relief in labour. Aust NZ J Obstet Gynaecol 1988; 28:182-189.

Thomson AM. Pushing techniques in the second stage of labour. J Adv Nurs 1993; 18:171-177.

Thornton S, Davison JM, Baylis PH. Plasma oxytocin during third stage of labour: comparison of natural and active management. Br Med J 1988; 297:167-169.

Thorp JA, Hu DH, Albin RM, McNitt J, Meyer BA, Cohen GR, Yeast JD. The effect of intrapartum epidural analgesi on nulliparous labor: a randomized, controlled, prospective trial. Am J Obstet Gynecol 1993; 169:831-838.

Treffers PE, Laan R. Regional perinatal mortality and regional hospitalization at delivery in The Netherlands. Br J Obstet Gynaecol 1986; 93:690-693.

Treffers PE, Eskes M, Kleiverda G, Van Alten D. Home births and minimal medical interventions. JAMA 1990; 264:2203-2208.

Treffers PE. Selection as the basis of obstetric care in the Netherlands. In: Abraham-Van der Mark E (ed). Successful home birth and midwifery. The Dutch model. Westport, Connecticut, Bergin and Garvey 1993.

Treffers PE. Obstetric care in developed countries: the case of the Netherlands. In: Health matters. Public health in North-South perspective. Van der Velden K et al (eds). Houten, Bohn Stafleu Van Loghum 1995.

Van Alten D, Eskes M, Treffers PE. Midwifery in the Netherlands; the Wormerveer study: selection, mode of delivery, perinatal mortality and infant morbidity. Br J Obstet Gynaecol 1989; 96:656-662.

- Van Geijn HP. Fetal monitoring - present and future: the evaluation of fetal heart rate patterns. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1987; 24:117-119.
- Waldenström U, Gottvall K. A randomized trial of birthing stool or conventional semirecumbent position for second-stage labour. Birth 1991; 18:1:5-10.
- Waldenström U, Nilsson CA. Women's satisfaction with birth center care: a randomised, controlled study. Birth 1993; 20:3-13.
- Waldenström U, Nilsson CA. Experience of childbirth in birth center care. A randomized controlled study. Acta Obstet Gynecol Scand 1994; 73:547-554.
- Waldenström U, Nilsson CA, Winbladh B. The Stockholm birth center trial. Maternal and infant outcome. Br J Obstet Gynaec 1996 (in press).
- Waldenström U, Borg IM Olsson B Skold M, Wald S. The Birth Experience. A study of 295 new mothers. Birth 1996 (in press)
- Wieggers TA, Kelise MJNC, Berghs GAH, Van der Zee J. An approach to measuring the quality of midwifery care. J Clin Epidemiol 1996; 49:319-325.
- Williams RM, Thorn MH, Studd JWW. A study of the benefits and acceptability of ambulation in spontaneous labour. Br J Obstet Gynaecol 1980; 87:122-126.
- Wood C, Ng KH, Hounslow D, Benning H. Time - an important variable in normal delivery. J Obstet Gynaecol Br Commonwealth 1973; 80:295-300.
- Wood C, Renou P, Oats J, Farrell E, Belscher N, Anderson I. A controlled trial of fetal heart rate monitoring in a low-risk population. Am J Obstet Gynecol 1981; 141:527-534.
- Woolley RJ. Benefits and risks of episiotomy: a review of the English-language literature since 1980. Obstet Gynecol Surv 1995; 50:806-820, 821-835.
- World Health Organization. Appropriate Technology for Birth. Lancet 1985; ii:436-437.
- World Health Organization/Unicef. Protecting, promoting and supporting breast-feeding: the special role of maternity services. Geneva, World Health Organization 1989.

World Health Organization. The prevention and management of post-partum haemorrhage. Report of a Technical Working Group, Geneva 3-6 July 1989. Unpublished document WHO/MCH/90.7, Geneva. World Health Organization 1990.

World Health Organization. Preventing prolonged labour: a practical guide. The Partograph. Unpublished document WHO/FHE/MSM/93.8/9/10/11, Geneva, World Health Organization 1993.

World Health Organization. Clean delivery for the prevention of tetanus and sepsis: Strengthening of country-wide programmes. Unpublished document CHD/MSM/94.1, Geneva. World Health Organization 1994a.

World Health Organization. Maternal Health and Safe Motherhood Programme. World Health Organization partograph in management of labour. Lancet 1994b; 343:1399-1404.

World Health Organization. Mother-Baby Package: implementing safe motherhood in countries. Unpublished document FHE/MSM/94.11, Geneva, World Health Organization 1994c.

World Health Organization. Global programme on AIDS. Preventing HIV Transmission in Health Facilities. Unpublished document GPA/ICO/HCS/95.16, Geneva, World Health Organization 1995.

World Health Organization. Preventing HIV transmission in Health Facilities. Geneva, WHO Global Programme on AIDS 1995.

World Health Organization. Report of the Technical Working Group on Essential Care of the Newborn 1996 (in press).

Yancey MK, Harpolsheimer A, Jordan GD, Benson WL, Brady K. Maternal and neonatal effects of outlet forceps delivery compared with spontaneous vaginal delivery in term pregnancies. Obstet Gynecol 1991; 78:646-650.

Yao AC, Lind J, Vuorenkoski V. Expiratory grunting in the late cord clamped normal infant. Pediatrics 1971; 48:865-870.

Yao AC, Lind J. Placental transfusion. Am J Dis Child 1974; 127:128-141.

Zheng Qiao-ling, Zhang Xiao-min. Analysis of 39 cases of maternal deaths caused by incorrect use of oxytocin. Chin J Obstet Gynecol 1994; 29:317.

Buku- Buku Lain Terbitan Kami:

- ❶ *Safe Motherhood* Modul Eklampsia: Materi Pendidikan Kebidanan, *WHO*.
- ❷ *Safe Motherhood* Modul Hemoragi Postpartum, *WHO*
- ❸ *Safe Motherhood* Modul Persalinan Macet: Materi Pendidikan Kebidanan, *WHO*
- ❹ *Safe Motherhood* Modul Sepsis Puerperalis: Materi Pendidikan Kebidanan, *WHO*
- ❺ *Safe Motherhood* Modul Dasar Bidan di Masyarakat: Materi Pendidikan Kebidanan, *WHO*
- ❻ Perawatan Maternitas, *Faver*
- ❼ Dasar-Dasar Keperawatan Maternitas, *Hamilton*
- ❽ Buku Saku Perawatan Kesehatan Ibu & Anak, *Pillitteri*
- ❾ Rencana Perawatan Maternal/Bayi, *Doenges*
- ❿ Seri Pedoman Praktis Pemantauan Janin, *Tucker*
- ⓫ Buku Saku Menyusui dan Laktasi, *Ruridan*

Untuk keterangan lebih lanjut, silakan menghubungi:

BAGIAN PEMASARAN

PENERBIT BUKU KEDOKTERAN EGC

Jl. Agung Jaya 3 No. 2

Sunter Agung Podomoro, Jakarta 14350

Telepon: (021) 6408023, Fax: (021) 686352

FORMULIR PEMESANAN

Yang terhormat

Bagian Pemasaran

Penerbit Buku Kedokteran EGC:

Jl. Agung Jaya 3/2 • Sunter Agung Podomoro • Jakarta 14350

Telepon (021) 686 351, 640 8023 • Fax. (021) 686 352

....., 20

Mohon dikirimkan: ☐ Informasi buku baru ☐ Daftar harga/katalog
Untuk buku: ☐ Kedokteran Umum ☐ Kedokteran Gigi
☐ Keperawatan ☐ Ancak
☐ FKM

Kami pun memesan buku berjudul

1. _____
3. _____
2. _____
4. _____
5. _____

Pembayaran sebesar Rp telah kami kirimkan melalui

- ☐ Wesel pos, d/a CV EGC
Jl. Agung Jaya 3/2,
Sunter Agung Podomoro,
Jakarta 14350

Formulir ini dapat diperbanyak dengan fotokopi

Perawatan dalam Kelahiran Normal

Pedoman Praktis

Kesehatan reproduktif merupakan sentra kehidupan dan penting untuk setiap orang. Kesehatan reproduktif mencerminkan kesehatan pada masa kanak-kanak dan remaja, yang penting selama tahun-tahun reproduktif, dan juga menyusun tahap bagi kesehatan di atas usia reproduktif baik untuk wanita maupun pria, bahkan untuk generasi selanjutnya. Kesehatan reproduktif wanita merupakan kunci untuk mencapai kesetaraan gender dan meningkatkan peran dan status wanita dalam masyarakat.

Setiap tahun:

- Lebih dari 500.000 wanita meninggal selama periode kehamilan, melahirkan atau pascapartum
- Lebih dari 3 juta bayi baru lahir meninggal selama minggu pertama kehidupan
- Terjadi 340 juta infeksi yang ditularkan secara seksual baru yang dapat disembuhkan
- Terjadi 20 juta aborsi yang tidak aman, yang menyebabkan kematian 80.000 wanita
- 2 juta gadis berisiko mengalami mutilasi genital wanita

Selain itu, terdapat banyak faktor lain yang berdampak hebat pada kesehatan reproduktif, misalnya, kemiskinan, konflik dan perpindahan, perpindahan penduduk dari pedesaan/perkotaan, lingkungan, gaya hidup, dan kekerasan. Melalui kerja Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization mencoba membahas masalah-masalah ini dan membantu masyarakat mencapai cita-cita mereka akan keamanan dan kepuasan kehidupan seksual dengan jumlah dan jarak anak yang mereka inginkan.



9 789794 486306

ISBN 979-448-630-2