

ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN PADA NY.J USIA 19 TAHUN

G₁P₀A₀ GRAVIDA 38-39 MINGGU DENGAN SIFILIS SEKUNDER

DI RUANG PONEK RSUD dr. SLAMET GARUT

LAPORAN TUGAS AKHIR

Dianjukan Untuk Menyelesaikan Program Studi DIII Kebidanan

VERA SRI FATHONAH AKMAL

KHGB23020



PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN

INSTITUT KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT

2026

PERPNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa:

1. Laporan Tugas Akhir (LTA) saya ini adalah asli dan belum pernah di ajukan untuk mendapatkan gelar akademik A.Md.Keb, baik dari Institut Kesehatan Karsa Husada Garut maupun di perguruan tinggi lain.
2. Laporan Tugas Akhir ini adalah murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan Tim Pembimbing.
3. Dalam Laporan Tugas Akhir ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh karena karya ini, serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.

Garut, Juni 2026

Yang Membuat Pernyataan

Vera Sri Fathonah Akmal

NIM : KHGB23020

LEMBAR PERSETUJUAN

PERBAIKAN LAPORAN TUGAS AKHIR

Judul LTA : ASUHAN KEBIDANAN PERSALIN PADA NY. J
USIA 19 TAHUN G₁P₀A₀ GRAVIDA 38-39
MINGGU DENGAN SIFILIS SEKUNDER DI
RUANG PONEK RSUD dr. SLAMET GARUT
Nama Mahasiswa : VERA SRI FATHONAH AKMAL
NIM : KHGB23020

Menyatakan bahwa mahasiswa tersebut sudah melaksanakan sidang dan
perbaikan Laporan Tugas Akhir

Garut, 22 Juli 2026

Menyetujui,

Penela'ah I



Bilqis Ar-Rohman, M.Tr.Keb
NIP: 042039.1009.064

Penela'ah II



Lina Humaeroh, S.ST., M.Kes
NIP: 042039.1223.182

Pemhimbing



Bdn. Dian Fitriani, S.ST., M.Keb
NIP: 042039.0823.180

Mengetahui,

Ketua Program Studi D-III Kebidanan



Lina Humaeroh, S.ST., M.Kes
NIP: 042039.1009.064

LEMBAR PENGESAHAN

**ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN PADA NY. J USIA 19 TAHUN
G₁P₀A₀ GRAVIDA 38-39 MINGGU DENGAN SIFILIS SEKUNDER
DI RUANG PONEK RSUD dr. SLAMET GARUT**

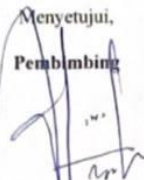
Disusun oleh

**VERA SRI FATHONAH AKMAL
KHGB23020**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Laporan Tugas Akhir ini telah disidangkan dihadapan Tim Penguji
Program Studi D-III Kebidanan Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kebidanan
Institut Karsa Husada Garut

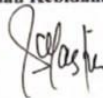
Menyetujui,
Pembimbing



Bdn. Dian Fitriyani, S.ST., M.Keb
NIP: 042089.0823.180

Tugas Akhir ini telah diterima dan disahkan sebagai salah satu persyaratan untuk
memperoleh gelar A.Md.Keb

Mengesahkan,
**Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan
dan Kebidanan**



Sulastini, S.Kep., Ners., M.Kep
NIP: 043298.0810.083

Mengetahui,
**Ketua Program Studi D-III
Kebidanan**



Lina Humaeroh, S.ST., M.Kes
NIP: 042039.1009.064

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadiran Allah SWT yang telah memberikan Rahmat dan Karunia-NYA sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir dengan judul "Asuhan Kebidanan Persalinan Pada Ny.J G₁P₀A₀ Usia 19 Tahun Dengan Sifilis Sekunder di RSUD dr. Slamet Garut".

Laporan Tugas Akhir ini diajukan untuk menyelesaikan Program Studi D3 Kebidanan Institut Karsa Husada Garut. Dalam penyusunan ini, penulis mendapatkan begitu banyak bimbingan, bantuan, dan saran serta dorongan dari berbagai pihak. Oleh karena itu dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Dr. H. Hadiat, MA selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan dan terimakasih atas bimbingannya.
2. H. Suryadi, SE., M, Si selaku Ketua Umum Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Dr. Iwan Wahyudi, S.Kep., Ners., M.Kep., selaku Rektor Institut Kesehatan Karsa Husada Garut, terima kasih atas bimbingannya.
4. Sulastini, S.Kep., Ners., M.Kep selaku Dekan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.
5. Lina Humaeroh, S.ST., M.Kes selaku Ketua Prodi D-III Kebidanan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut, sekaligus penguji II Laporan Tugas Akhir yang telah menguji dan membimbing.

6. Bdn. Dian Fitriyani, S.ST., M.Keb selaku Pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan sehingga Laporan Tugas Akhir ini dapat terselesaikan sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.
7. Bilqis Ar-Rohman, M.Tr.Keb selaku penguji I yang telah menguji dan membimbing.
8. Seluruh Dosen Institut Kesehatan Karsa Husada Garut yang telah sabar membimbing kami, memberikan ilmu pengetahuan, pengalaman yang tentunya sangat berguna bagi kami di masa yang sekarang dan yang akan datang.
9. Seluruh rekan-rekan mahasiswi Program Studi DIII Kebidanan Institut Karsa Husada Garut tahun akademik 2023-2026, terimakasih telah berjuang bersama. Tak terhitung dan tak ternilai dengan angka perjalanan yang telah di tempuh bersama begitu banyak ilmu dan pengalaman yang penulis dapatkan.
10. Bdn Dian Radianti, S.Tr.Keb selaku pembimbing lapangan di ruang PONEK RSUD dr. Slamet Garut beserta jajarannya yang telah memberikan bimbingan, arahan serta memfasilitasi saya selama melakukan asuhan kebidanan pada Ny.J.
11. Ny. J, keluarga Ny.J yang telah bersedia menjadi pasien dalam studi kasus Laporan Tugas Akhir, terima kasih atas kebaikan dan kerjasamanya selama melakukan asuhan.

Terima kasih kepada semua pihak yang telah memberikan dukungan dan membantu serta membimbing penulis dalam menyelesaikan Laporan

Tugas Akhir ini. Mudah–mudahan segala kebaikan dan bantuan yang telah di berikan kepada penulis di balas oleh Allah SWT. Akhirnya, penulis berharap semoga Laporan Tugas Akhir ini bermanfaat bagi semua pihak. Aamiin ya robbal’alamin.

Garut, Juni 2026

Penulis

LEMBAR PERSEMBAHAN

Bismillahirrahmanirrahim.

Alhamdulillahirabbil'alamini, segala puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT. atas rahmat dan karunia-Nya sehingga Laporan Tugas Akhir ini dapat diselesaikan.

1. Dengan penuh rasa hormat dan syukur, karya ini penulis persembahkan kepada Ayahanda dan Ibunda tercinta Bapak Sulaeman dan Ibu Lilit Hotimah selaku orang tua saya yang sudah melakukan semua yang bisa dilakukan untuk membuat saya bahagia dari kecil, maka semoga Allah membuat kalian bahagia dua kali, sepuluh kali, seratus kali, ribuan kali, bahkan jutaan kali lipat melebihi kebahagiaan yang mereka buat untuk saya, karena sesungguhnya dari saya kecil mereka tidak pernah benar-benar hidup untuk dirinya. Terima kasih telah memberikan perasaan yang menghangatkan hati saya tentang cinta, inspirasi, semangat, perhatian yang tak terukur serta sebuah rasa syukur, terima kasih untuk dukungan baik moril maupun materil, sehingga memberikan motivasi bagi penulis untuk terus berjuang hingga terselesaikannya Laporan Tugas Akhir ini.
2. Sahabat- sahabat saya, Ai Hikmawati, Delia Sucirahayu, Guruh Hasfira Susanty dan Lusi Melani Putri. Terima kasih sudah kebersamaan penulis dalam menyusun Laporan Tugas Akhir ini. Terima kasih untuk segala do'a dan dukungan yang tidak pernah berhenti diberikan kepada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.

3. Kepada diri saya sendiri, terima kasih karena telah memilih bertahan ketika menyerah terasa lebih mudah. Terima kasih untuk setiap malam yang kamu tukar untuk revisi tanpa menyalahkan keadaan, untuk setiap kali kamu ragu tapi tetap membuka laptop lagi. Laporan Tugas Akhir ini bukan hanya kumpulan bab dan data. Ia adalah saksi bisu dari prosesmu belajar menjadi lebih disiplin, lebih sabar, dan lebih percaya diri. Setiap tetes keringat, setiap doa di sepertiga malam, setiap kata lelah yang selalu dilontarkan, hari ini berubah menjadi baris-baris yang kamu banggakan.

Semoga amal baik atas bantuan yang diberikan selama ini di terima menjadi suatu ibadah dan mendapatkan balasan yang setimpal dari Allah SWT. Dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini saya menyadari masih banyak kekurangan baik dari segi penulisan maupun materi yang disampaikan. Oleh karena itu, saya mengharapkan saran yang membangun dari para pembaca demi tercapainya penyusunan Laporan Tugas Akhir yang lebih baik di kemudian hari.

DAFTAR ISI

PERNYATAAN

LEMBAR PERSETUJUAN

LEMBAR PENGESAHAN

KATA PENGANTAR..... i

LEMBAR PERSEMBAHAN iv

DAFTAR TABEL..... viii

DAFTAR GAMBAR..... ix

DAFTAR SINGKATAN..... x

BAB I PENDAHULUAN 1

1.1 Latar belakang..... 1

1.2 Rumusan Masalah 4

1.3 Tujuan Penulisan 4

1.4 Manfaat Penulisan 5

1.5 Metodologi Pengkajian Data 6

1.6 Tempat dan Waktu 7

BAB II TINJAUAN PUSTAKA..... 11

2.1 Persalinan 11

2.1.1 Definisi..... 11

2.1.2 Sebab-Sebab Mulainya Persalinan 13

2.1.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Persalinan..... 16

2.1.4 Tanda dan Gejala Persalinan 22

2.1.5 Tahapan Persalinan 26

2.1.6 Mekanisme Persalinan 31

2.2 Sifilis 33

2.2.1 Klasifikasi Sifilis 34

2.2.2 Penanganan Sifilis 39

2.2.3 Pengobatan Sifilis 40

2.2.4 KIE dirumah Tentang Sifilis 42

2.2.5 APD Persalinan dengan Sifilis 43

2.2.6 Peran Bidan dalam Penanganan Sifilis 47

2.2.7 Pendokumentasian 49

BAB III TINJAUAN KASUS	67
3.1 Data Subjektif	67
3.2 Data Objektif	69
3.3 Analisa	71
3.4 Penatalaksanaan	71
BAB IV PEMBAHASAN.....	83
4.1 Subjektif.....	83
4.2 Objektif.....	84
4.3 Analisa	86
4.4 Penatalaksanaan	87
4.5 Pendokumentasian.....	89
BAB V PENUTUP.....	91
5.1 Kesimpulan.....	91
5.2 Saran.....	92
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Durasi Kala II	28
Tabel 2.2 Jenis APD	44
Tabel 2.3 Contoh Dokumentasi POR.....	55
Tabel 2.4 Contoh Dokumentasi SOR.....	57
Tabel 3.1 Catatan Hasil Observasi Kala IV	77

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Mekanisme Persalinan Normal	31
Gambar 2.2 Bagan Alur Tes Serologis Sifilis.....	39
Gambar 2.3 Interpretasi Hasil Tes Serologis Sifilis Dan Tindakan	39

DAFTAR SINGKATAN

AKI	:	Angka Kematian Ibu
AKB	:	Angka Kematian Bayi
WHO	:	World Health Organization
IMS	:	Infeksi Menular Seksual
CPD	:	Cephalo Pelvic Disproportion
PAP	:	Pintu Atas Panggul
HIV	:	Human Immunodeficiency Virus
AIDS	:	Acquired Immunodeficiency Syndrome
HPV	:	Human Papillomavirus
VDRL	:	Venereal Disease Research Laboratory
RPR	:	Rapid Plasma Regain
KIE	:	Komunikasi, Informasi Dan Edukasi
APD	:	Alat Pelindung Diri
PPI	:	Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi
PONEK	:	Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif
ANC	:	Antenatal Care
USG	:	Ultrasonografi
TT	:	Tetanus Toxoid
KB	:	Keluarga Berencana
TTV	:	Tanda – Tanda Vital
IMT	:	Indeks Massa Tubuh

LILA	:	Lingkar Lengan Atas
TFU	:	Tinggi Fundus Uteri
DJJ	:	Denyut Jantung Janin
TBBJ	:	Taksiran Berat Badan Janin
HB	:	Hemoglobin
VK	:	Verlos Kamer
PTT	:	Peregangan Tali Pusat Terkendali
IM	:	Intramuscular
IV	:	Intravena
HPHT	:	Hari Pertama Haid Terakhir
TP	:	Taksiran Persalinan
TD	:	Tekanan Darah
SDGs	:	Sustainable Development Goals
POR	:	Problem Oriented Record
SOR	:	Source Oriented Record
CBE	:	Charting By Exception
IMS	:	Infeksi Menular seksual

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Kesehatan reproduksi merupakan komponen fundamental dalam derajat kesehatan masyarakat. Berdasarkan Konferensi Internasional Kependudukan dan Pembangunan (ICPD) tahun 1994, kesehatan reproduksi didefinisikan sebagai keadaan sejahtera fisik, mental, dan sosial secara utuh dalam segala hal yang berkaitan dengan sistem, fungsi, dan proses reproduksi (UNPFA, 2025).

Salah satu ancaman terbesar terhadap kesehatan reproduksi adalah Infeksi Menular Seksual (IMS). Prevalensi IMS di Indonesia tergolong tinggi, terutama sifilis terutama pada ibu hamil (0,14%), HIV/AIDS (0,20%) dengan faktor risiko utama berupa perilaku seksual berisiko, karakteristik individu, serta rendahnya akses informasi kesehatan reproduksi (Kemenkes RI, 2024). Data Kementerian Kesehatan RI mencatat bahwa pada periode Januari–Maret 2023 saja terdapat 13.067 kasus IMS, dengan tren yang terus meningkat dan semakin banyak menjangkau kelompok remaja usia 15–19 tahun.

Diantara berbagai jenis IMS, sifilis menempati posisi yang sangat mengkhawatirkan. Sifilis masih menjadi masalah kesehatan global yang serius. WHO mencatat pada 2022 terdapat sekitar 8 juta kasus baru sifilis pada usia 15–49 tahun, meningkat dari 7,1 juta kasus pada 2020. Sekitar 1,1 juta ibu hamil terinfeksi sifilis, mengakibatkan lebih dari 390.000 luaran kehamilan yang buruk, termasuk keguguran, lahir mati, dan kematian neonatal, serta 700.000 kasus sifilis kongenital. (WHO, 2024).

Sifilis di Indonesia menunjukkan tren peningkatan yang mengkhawatirkan. Kemenkes RI mencatat 23.347 kasus sifilis pada 2024, terutama pada kelompok usia produktif dan remaja. Penyakit yang disebabkan oleh *Treponema pallidum* ini dapat ditularkan melalui hubungan seksual maupun dari ibu ke janin (sifilis kongenital), dan bila tidak ditangani dapat memicu komplikasi neurologis, kardiovaskular, infertilitas, serta kematian neonatal. (Kemenkes RI, 2024).

Provinsi Jawa Barat menempati peringkat kedua tertinggi kasus sifilis di Indonesia pada 2022 dengan 3.186 kasus, setelah Papua (3.864 kasus). Tingginya angka ini menjadi ancaman serius, khususnya bagi ibu hamil karena berisiko menimbulkan sifilis kongenital. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat terus mengupayakan pencegahan melalui skrining pada populasi berisiko, edukasi kesehatan reproduksi, serta penguatan deteksi dini dan pengobatan (Kemenkes RI, 2024). Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kabupaten Garut, kasus sifilis di wilayah tersebut berkisar antara 100–150 kasus per tahun dengan kelompok usia produktif sebagai penderita terbanyak (Gala, 2023).

Hal ini menegaskan perlunya skrining dini, pengobatan tepat, dan edukasi kesehatan reproduksi yang berkelanjutan. Penanganan IMS yang tepat dan segera menjadi suatu keharusan mengingat dampak yang ditimbulkan sangat serius bagi ibu, janin, maupun masyarakat luas. Sifilis yang tidak ditangani pada ibu hamil berisiko menyebabkan keguguran, lahir mati, dan sifilis kongenital dengan risiko penularan vertikal mencapai 60–80%, serta individu dengan IMS yang tidak diobati memiliki risiko 3–5 kali lebih tinggi tertular

HIV (Kemenkes RI, 2024; Vatrissy et al., 2024). Keterlambatan penanganan juga terbukti meningkatkan biaya perawatan neonatus hingga 8–12 kali lebih besar dibandingkan biaya skrining selama kehamilan, sekaligus berdampak pada penurunan kualitas hidup penderita secara bermakna (Arsy et al., 2023; Iskandar & Reza, 2023). Oleh karena itu, penanganan IMS yang komprehensif merupakan upaya strategis yang sejalan dengan target *triple elimination* dan 95-95-95 pada tahun 2030 sebagaimana diamanatkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2021.

Dengan adanya angka kejadian IMS ini, khususnya sifilis yang mencapai 0,14% kasus, maka upaya yang dilakukan salah satunya adalah yaitu bidan memiliki peran strategis dalam pencegahan dan penanganan IMS melalui pemberian KIE kesehatan reproduksi serta pelaksanaan skrining triple eliminasi (HIV, Sifilis, dan Hepatitis B) pada ibu hamil dalam kunjungan ANC sesuai dengan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023. Namun pada permasalahan skrining, cakupan skrining sifilis baru mencapai 62,90% dari target sasaran, dengan 0,14% ibu hamil positif sifilis dan 0,08% positif HIV (Kemenkes RI, 2025), yang menunjukkan masih adanya kesenjangan peran bidan di lapangan.

Di tingkat nasional, hal ini diperkuat melalui Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan yang mengamanatkan pelayanan kesehatan reproduksi secara komprehensif, mencakup deteksi dini, pengobatan, rehabilitasi, konseling, hingga penyediaan alat kontrasepsi (Republik Indonesia, 2023).

Deteksi dini oleh bidan melalui ANC terpadu terbukti mampu menurunkan risiko penularan vertikal dari ibu ke bayi hingga 90%, dan bidan yang terlatih PPIA mampu meningkatkan cakupan tes HIV pada ibu hamil sebesar 3,2 kali lipat (Fakhri Inayati Said et al., 2024; Veronika et al., 2023). Oleh karena itu, penguatan peran bidan dalam pencegahan, deteksi dini, tatalaksana, dan rujukan kasus IMS menjadi sangat penting guna mendukung target eliminasi sifilis dan HIV/AIDS tahun 2030 sesuai Permenkes Nomor 21 Tahun 2021.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan masalah diatas, maka dapat dirumuskan permasalahan sebagai berikut “ Bagaimana Asuhan Kebidanan Persalinan Pada Ny. J Usia 19 Tahun G₁P₀A₀ Gravida 38-39 Minggu Dengan Sifilis Sekunder di RSUD dr. Slamet Garut?”

1.3 Tujuan Penulisan

Tujuan yang diharapkan dalam penulisan Laporan Tugas Akhir ini adalah:

1.3.1 Tujuan Umum

Melakukan asuhan kebidanan Pada Ny. J Usia 19 Tahun G₁P₀A₀ Gravida 38-39 Minggu Dengan Sifilis Sekunder di RSUD dr. Slamet Garut dengan pendokumentasian SOAP.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian data subjektif pada ibu bersalin Ny. J Usia 19 Tahun G₁P₀A₀ Gravida 38-39 Minggu Dengan Sifilis Sekunder di RSUD dr. Slamet Garut.
- b. Melakukan pengkajian data objektif ibu bersalin pada Ny. J Usia

19 Tahun G₁P₀A₀ Gravida 38-39 Minggu Dengan Sifilis Sekunder di RSUD dr. Slamet Garut.

- c. Melakukan analisa pada Ny. J Usia 19 Tahun G₁P₀A₀ Gravida 38-39 Minggu Dengan Sifilis Sekunder di RSUD dr. Slamet Garut.
- d. Melakukan penatalaksanaan pada Ny. J Usia 19 Tahun G₁P₀A₀ Gravida 38-39 Minggu Dengan Sifilis Sekunder di RSUD dr. Slamet Garut.
- e. Melaksanakan pendokumentasian dalam bentuk SOAP pada Ny. J Usia 19 Tahun G₁P₀A₀ Gravida 38-39 Minggu Dengan Sifilis Sekunder di RSUD dr. Slamet Garut.

1.4 Manfaat Penulisan

1.4.1 Bagi Penulis

Menambah pengetahuan dan dapat mengaplikasikan secara langsung ilmu yang didapat yaitu melaksanakan asuhan kebidanan ibu hamil pada Ny. J Usia 19 Tahun G₁P₀A₀ Gravida 38-39 Minggu Dengan Sifilis Sekunder di RSUD dr. Slamet Garut.

1.4.2 Bagi Lahan Praktik

Sebagai bahan masukan dalam upaya mengembangkan dan meningkatkan mutu pelayanan pada ibu bersalin dengan sifilis sekunder.

1.4.3 Bagi Institusi Pendidikan

Hasil asuhan kebidanan ini dapat dijadikan sebagai bahan referensi bagi mahasiswa dalam meningkatkan proses pembelajaran dalam memberikan asuhan.

1.4.4 Bagi Ibu Pasien

Diharapkan ibu bisa mengetahui tentang pentingnya pemeriksaan sifilis lanjut sehingga bisa dilakukan pencegahan tertularnya penyakit tersebut kepada bayi dan betapa pentingnya pemeriksaan ini dilakukan.

1.5 Metodologi Pengkajian Data

Dalam pengkajian data kasus ini dilakukan menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan melalui teknik:

1.5.1 Wawancara

Yaitu mendapatkan data dengan cara bertanya pada ibu dan keluarga pasien, juga dengan petugas.

1.5.2 Observasi

Yaitu dengan melibatkan pasien dan keluarga secara langsung dalam melakukan asuhan kebidanan.

1.5.3 Studi Dokumentasi

Membuat dokumentasi dengan metode SOAP.

1.5.4 Studi Kepustakaan

Yaitu dengan mempelajari informasi dari buku-buku yang berkaitan dengan topik kasus yang bersangkutan.

1.6 Tempat dan Waktu

1.6.1 Tempat

Tempat dilakukannya asuhan kebidanan pada ibu bersalin di ruang PONEK RSUD dr. Slamet Garut.

1.6.2 Waktu

Adapun waktu pelaksanaannya yaitu pada 13 dan 14 April 2026.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Persalinan

2.1.1 Definisi

Pengertian secara umum rangkaian peristiwa yang terjadi apabila bayi cukup bulan dikeluarkan yang diikuti dengan keluarnya plasenta dan selaput janin dari ibu melalui jalan lahir atau cara lain, dengan atau tanpa bantuan (tenaga ibu sendiri). Terdapat berbagai macam definisi mengenai persalinan, sebagai berikut:

- 1) Persalinan merupakan suatu proses fisiologis yang mengharuskan ibu mengalami serangkaian perubahan besar sebelum janin dapat dilahirkan melalui jalan lahir (Fitriyani et al., 2024).
- 2) Persalinan adalah suatu proses persalinan yang dilakukan oleh seorang wanita yang diawali dengan kontraksi rahim yang teratur, diakhiri dengan keluarnya bayi, dan diakhiri dengan keluarnya plasenta dan selaput janin. Proses persalinan akan berlangsung selama 12 sampai 14 jam.
- 3) Persalinan normal adalah proses keluarnya janin pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), persalinan spontan dan presentasi posterior dalam waktu 18 jam, tanpa komplikasi baik bagi ibu maupun janin (Fitriyani et al., 2024).

Macam-macam Persalinan menurut

1) Persalinan spontan

Persalinan spontan adalah persalinan melalui jalan lahir ibu dan melalui tenaga ibu sendiri.

2) Persalinan Buatan

Persalinan buatan yaitu jika persalinannya dibantu, seperti pencabutan forceps atau operasi caesar.

3) Persalinan anjuran

Persalinan tidak dimulai dengan sendirinya tetapi terjadi setelah ketuban pecah dan diberikan oksitosin atau prostaglandin (Fitriyani et al., 2024)

Persalinan Berdasarkan Umur Kehamilan

1) Abortus

Pengeluaran hasil kehamilan terjadi sebelum usia kehamilan 22 minggu atau jika berat bayi kurang dari 500 gram.

2) Partus immaturus

Pengeluaran buah kehamilan antara 22 minggu dan 28 minggu atau bayi dengan berat badan antara 500 gram dan 999 gram.

3) Partus prematurus

Pengeluaran buah kehamilan antara 28 minggu dan 37 minggu atau bayi dengan berat badan antara 1000 gram dan 2499 gram.

4) Partus maturus atau aterm

Pengeluaran buah kehamilan antara 37 minggu dan 42 minggu atau bayi dengan berat badan 2500 gram atau lebih.

5) Partus postmaturus atau serotinus

Pengeluaran buah kehamilan setelah kehamilan 42 minggu.

2.1.2 Sebab-Sebab Mulainya Persalinan

Sebab mulainya persalinan belum diketahui dengan jelas. Agaknya banyak faktor yang memegang peranan dan bekerjasama sehingga terjadi persalinan. Beberapa teori yang dikemukakan adalah: penurunan kadar progesteron, teori okitosin, keregangan otot-otot, pengaruh janin, dan teori prostaglandin. Beberapa teori yang menyebabkan mulainya persalinan adalah sebagai berikut (Fitriyani et al., 2024)

1) Penurunan kadar progesterone

Progesteron melemaskan otot-otot rahim, sedangkan estroge meningkatkan kelemahannya. Pada masa kehamilan, kadar progesteron dan estrogen dalam darah seimbang, namun pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun dan terjadi HIS. Proses penuaan plasenta dimulai pada minggu ke-28 kehamilan, ketika jaringan ikat menumpuk dan pembuluh darah menyempit dan tersumbat. Produksi progesteron menurun dan otot Rahim menjadi lebih sensitif terhadap oksitosin. Akibatnya, ketika

progesteron turun ke tingkat tertentu, otot-otot rahim mulai berkontraksi (Fitriyani et al., 2024).

2) Teori oksitosin

Oksitosin dilepaskan dari kelenjar hipofisis posterior. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim dan menyebabkan kontraksi Braxton-Hicks lebih sering. Menjelang akhir kehamilan, kadar progesteron turun, sehingga oksitosin meningkat dan aktivitas otot rahim meningkat, sehingga memicu kontraksi rahim dan tanda-tanda persalinan (Fitriyani et al., 2024).

3) Keregangan otot-otot

Otot-otot rahim memiliki kemampuan untuk meregang dalam rentang tertentu. Setelah titik tertentu tercapai, kontraksi terjadi dan kelahiran dimulai. Seperti pada kandung kemih dan lambung, saat dinding meregang akibat bertambahnya isi, terjadi kontraksi untuk mengeluarkan isinya. Situasi serupa terjadi di rahim. Seiring bertambahnya usia kehamilan, otot-otot rahim menjadi lebih meregang dan lebih rapuh. Misalnya, pada kehamilan ganda, kontraksi sering kali terjadi setelah sejumlah peregangan tertentu (Fitriyani et al., 2024).

4) Pengaruh janin

Kelenjar hipofisis janin dan kelenjar adrenal juga tampaknya terlibat, karena pada anensefali hipotalamus kurang

berkembang dan kehamilan seringkali berlangsung lebih lama, dari biasanya. Pemberian kortikosteroid memungkinkan janin menjadi matang dan menginduksi persalinan (Fitriyani et al., 2024).

5) Teori prostaglandin

Setelah kehamilan 15 minggu, konsentrasi prostaglandin yang dilepaskan dari desidua meningkat. Prostaglandin yang diproduksi oleh desidua diduga menjadi salah satu penyebab timbulnya persalinan. Eksperimen telah menunjukkan bahwa prostaglandin F2 atau E2 yang diberikan secara intravena, intra-amniotik, dan ekstra-omnial menginduksi kontraksi miometrium pada usia kehamilan berapa pun. Prostaglandin yang diberikan selama kehamilan dapat menyebabkan otot rahim berkontraksi dan mengeluarkan produk konsepsi. Prostaglandin diduga memicu kontraksi. Hal ini juga didukung dengan adanya tingginya kadar prostaglandin baik pada cairan ketuban maupun sekitar ibu hamil sebelum melahirkan atau saat melahirkan (Fitriyani et al., 2024).

6) Tujuan asuhan persalinan

Adalah mencapai kelangsungan hidup ibu dan anak serta tingkat Kesehatan yang tinggi melalui intervensi minimal dan serangkaian inisiatif yang terintegrasi dan komprehensif dengan asuhan kebidanan yang tepat tergantung pada tahapan

persalinan untuk menjaga keselamatan dan kualitas layanan yang optimal. Tingkat (Fitriyani et al., 2024).

Tujuan pemberian asuhan obstetri adalah menjamin kelangsungan hidup ibu dan anak melalui berbagai pendekatan terpadu dan komprehensif serta intervensi minimal melalui asuhan kebidanan yang tepat sesuai tahapan persalinan, menjamin terpenuhinya prinsip keselamatan dan mencapai tingkat keselamatan yang tinggi. tingkat kesehatan. Kualitas layanan dapat dipertahankan pada tingkat yang sesuai. Optimal. Dalam memberikan intervensi yang digunakan dalam pelayanan obstetrik rutin, harus terdapat dasar pemikiran dan bukti ilmiah yang kuat bahwa intervensi tersebut bermanfaat bagi kemajuan dan keberhasilan proses persalinan (kebidanan berbasis bukti). Semua keterampilan yang diajarkan dalam pelatihan obstetri reguler harus pelayanan semua ibu intrapartum pada semua tahap persalinan, dimanapun hal itu terjadi (Fitriyani et al., 2024).

2.1.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Menurut (Fitriyani et al., 2024), faktor yang mempengaruhi persalinan yaitu:

1) Power

Kekuatan kontraksi (kontraksi ritmis otot polos rahim) adalah kekuatan pendorong ibu, keadaan kardiovaskular, pernapasan, dan metabolismenya. Kontraksi uterus terjadi

secara teratur dan tidak disengaja serta mengikuti pola yang berulang. Setiap kontraksi uterus memiliki tiga tahap. Yaitu peningkatan (saat mencapai intensitas), puncak (puncak atau maksimum), dan peluruhan (saat relaksasi). Kontraksi uterus terjadi akibat akumulasi dan pengikatan kalsium di retikulum endoplasma (ER), yang bergantung pada adenot trifosfat (ATP). Sebaliknya, E2 dan F2 mencegah ATP terakumulasi dan meningkat di ER, memungkinkan RE melepaskan kalsium. Kontraksi miofibril ke dalam retikulum endoplasma intraseluler. Setelah miofibril berkontraksi, kalsium kembali ke UGD, mengurangi kadar kalsium intraseluler dan merelaksasi miofibril. Kontraksi uterus bersifat otonom. Artinya sistem saraf simpatis dan parasimpatis hanya bekerja secara bersamaan, meskipun hal ini tidak berada di bawah kendali wanita yang melahirkan (Fitriyani et al., 2024).

Peregangan serviks oleh kepala janin akhirnya menjadi cukup kuat untuk menimbulkan daya kontraksi korpus uteri dan akan mendorong janin maju sampai janin dikeluarkan. Ini sebagai umpan balik positif, kepala bayi meregang serviks, regangan serviks merangsang kontraksi fundus mendorong bayi ke bawah dan meregangkan serviks lebih lanjut, siklus. Ini berlangsung terus menerus.

a) Kekuatan his kala I bersifat:

- (1) Kontraksi bersifat simetris.
- (2) Fundus dominan.
- (3) Involunter artinya tidak dapat diatur oleh parturien.
- (4) Kekuatan makin besar dan pada kala pengeluaran diikuti dengan reflek mengejan.
- (5) Diikuti retraksi artinya panjang otot rahim yang berkontraksi tidak akan kembali ke panjang semula.
- (6) Setiap kontraksi mulai dari "pacemaker" yang terletak sekitar insersi tuba dengan arah penjalaran ke daerah serviks uteri dengan kecepatan 2 cm per detik.

b) Kekuatan his kala II

Kekuatan. kontraksi pada permulaan kala dua atau pada pada akhir kala pertama yaitu amplitudo 60 mmHg, interval 3 -4 menit, durasi berkisar 60-90 detik. Kekuatan his menimbulkan putaran paksi dalam, penurunan kepala atau bagian terendah menekan serviks dimana terdapat pleksus frankenhauser sehingga terjadi reflek mengejan. Kekuatan his dan reflek mengejan mengakibatkan ekspulsi kepala sehingga berturut-turut lahir kepala ubun-ubun besar, dahi, muka, kepala seluruhnya.

c) Kekuatan his kala III

His kala III terjadi bayi lahir sekitar 8-10 menit uterus berkontraksi untuk melepaskan insersi plasenta.

d) Kekuatan his kala IV

Setelah plasenta lahir kontraksi rahim tetap kuat dengan amplitudo sekitar 60-80 mmHg. Kekuatan kontraksi ini tidak diikuti oleh interval pembuluh darah tertutup rapat dan terjadi kesempatan membentuk trombus. Melalui kontraksi yang kuat dan pembentukan trombus . terjadi penghentian pengeluaran darah postpartum (Fitriyani et al., 2024).

2) Passage

Passage adalah suatu keadaan jalan lahir, pada proses persalinan jalan lahir mempunyai peran yang penting dalam proses persalinan pada kelahiran bayi. Dengan demikian evaluasi jalan lahir merupakan salah satu faktor yang menentukan apakah persalinan dapat berlangsung pervaginam atau sectio caesarea. Pada jalan lahir kepala janin dengan ukuran panggul normal apapun jenis panggulnya, secara normal kelahiran pervaginam janin dengan berat badan yang normal tidak akan mengalami kesukaran, akan tetapi karena pengaruh gizi, lingkungan atau hal-hal lain, ukuran panggul dapat menjadi lebih sempit daripada standar

normal, sehingga biasa terjadi kesulitan dalam persalinan pervaginam atau yang biasa disebut CPD.

Pada jalan lahir lunak atau otot yang berperan pada proses persalinan adalah segmen bawah rahim, vagina dan servik uteri. Disamping itu otot-otot jaringan ikat dan ligamen yang menyokong alat-alat urogenital juga sangat berperan pada persalinan.

3) Passanger

Passager adalah janinnya, kepala adalah bagian yang paling besar dan keras dari tubuh bayi, posisi dan besar kepala dapat mempengaruhi jalan persalinan, kepala janin ini pula yang paling banyak mengalami cedera pada persalinan, sehingga salah, satu pemicu adanya komplikasi dan yang menentukan kehidupan janin kelak, lahir normal, cacat atau akhirnya meninggal. Biasanya apabila kepala janin sudah lahir, maka bagian badan yang lain akan keluar kemudian dengan mudah. Dikemukakan 2 teori untuk menjelaskan mengapa lebih banyak letakkepala dibandingkan letak lainnya, yaitu (Fitriyani et al., 2024)

4) Respon Psikologi

Perasaan optimis dan positif ibu berupa ikhlas, kelegaan hati, dan bahwa proses persalinan adalah suatu fase dalam menjadi "kewanitaan sejati" yaitu munculnya rasa bangga

dan senang luar biasa ketika melahirkan bisa menghasilkan keturunan. Mereka seolah-olah mendapatkan kepastian bahwa kehamilan yang semula dianggap sebagai suatu "keadaan yang belum pasti" sekarang menjadi hal yang nyata. Pada psikologis ibu dipengaruhi oleh melibatkan emosi dan persiapan intelektual, ibu, pengalaman melahirkan bayi sebelumnya, kebiasaan adat istiadat, dukungan dari orang-orang sekitar serta orang terdekat pada kehidupan ibu.

5) Penolong

Peran dari penolong persalinan dalam hal ini adalah bidan harus dapat mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin akan terjadi pada ibu dan janin. Proses persalinan salah satunya tergantung dari kemampuan skill dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan.

- a) Teori akomodasi: bentuk rahim memungkinkan bokong dan ekstremitas yang besar volumenya untuk berada di atas, sedangkan kepala berada di bawah menempati ruangan yang lebih sempit.
- b) Teori gravitasi: karena relatif besar dan berat, kepala akan turun ke bawah dikarenakan kontraksi yang kuat, teratur. Karena menyesuaikan diri dengan jalan lahir, kepala bertambah menekuk (fleksi maksimal) sehingga

lingkar kepala memasuki panggul dengan ukuran yang kecil, yaitu Diameter suboksipito-bregmatika = 9,5 cm, dan Sirkumferensia suboksipito-bregmatika = 32 cm.

2.1.4 Tanda dan Gejala Persalinan

Untuk mendukung deskripsi tentang tanda dan gejala persalinan, akan dibahas materi sebagai berikut (Fitriyani et al., 2024):

1) Lightening

Beberapa minggu sebelum proses persalinan, ibu inpartu merasa bahwa badanya merasa menjadi lebih enteng-Sesaknya berkurang, tetapi sebaliknya ibu pada saat berjalan ia merasa bahwa saat berjalan sedikit lebih sukar, dan sering diganggu oleh perasaan nyeri pada anggota bawah.

2) Polisuria

Pada, akhir bulan ke-9 hasil pemeriksaan didapatkan epigastrium kendor, fundus uteri lebih rendah dari pada kedudukannya dan kepala janin sudah mulai masuk ke dalam pintu atas panggul. Keadaan ini menyebabkan kandung kencing tertekan sehingga merangsang ibu untuk sering kencing yang disebut Polisuria (Fitriyani et al., 2024).

3) False labor

Pada minggu ke tiga atau ke empat minggu, sebelum persalinan, ibu mengalami kontraksi *braxton hicks* (his pendahuluan), yang bersifat :

- (a) Nyeri yang hanya dirasakan di perut bagian bawah.
- (b) Tidak teratur.
- (c) Lama his nya pendek, tidak teratur, tidak bertambah kuat dan apabila dibawa jalan, makin berkurang.
- (d) Tidak ada pengaruh pada pendataran atau pembukaan *cervix*.

4) Perubahan *cervix*

Pada akhir bulan ke-1x hasil pemeriksaan *cervix* menunjukkan bahwa *cervix* yang tadinya tertutup, panjang dan kurang lunak, kemudian menjadi lebih lembut, dan beberapa menunjukkan telah terjadi pembukaan dan penipisan. Perubahan ini berbeda untuk masing- masing ibu, misalnya pada multipara sudah terjadi pembukaan 2 cm namun pada primipara sebagian besar masih dalam keadaan tertutup (Fitriyani et al., 2024).

5) *Energy sport*

Beberapa ibu akan mengalami peningkatan energi kira-kira 24-28 jam sebelum persalinan mulai. Setelah beberapa hari sebelumnya merasa kelelahan fisik karena tuanya kehamilan maka ibu mendapati satu hari sebelum persalinan dengan energi yang penuh. Peningkatan energi ibu ini tampak dari aktivitas yang dilakukannya seperti membersihkan rumah, mengepel, mencuci perabot rumah, dan pekerjaan rumah

lainnya sehingga ibu akan kehabisan tenaga menjelang kelahiran bayi, sehingga persalinan menjadi panjang dan sulit.

6) Gastrointestinal Upsets

Beberapa ibu mungkin mengalami tanda-tanda seperti diare, obstipasi, obstipasi, mual dan muntah, karena efek dari penurunan kadar hormon terhadap sistem pencernaan (Fitriyani et al., 2024).

Tanda dan Gejala Persalinan

Yang merupakan tanda pasti dari persalinan Adalah (Fitriyani et al., 2024) :

1) Timbulnya Kontraksi Uterus

Biasa juga disebut dengan his persalinan yaitu his pembukaan yang mempunyai sifat sebagai berikut:

- (a) Nyeri melingkar dari punggung memancar ke perut bagian depan.
- (b) Pinggang terasa sakit dan menjalar ke depan.
- (c) Sifatnya teratur, interval makin lama makin pendek dan kekuatannya semakin besar.
- (d) Mempunyai pengaruh pada pendataran dan atau pembukaan serviks. Makin beraktifitas ibu akan menambah kekuatan kontraksi. Kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan pada serviks (frekuensi

minimal 2 kali dalam 10 menit). Kontraksi yang terjadi dapat menyebabkan pendataran, penipisan dan pembukaan serviks.

2) Penipisan dan pembukaan serviks

Penipisan dan pembukaan serviks ditandai dengan adanya pengeluaran lendir dan darah sebagai tanda pemula.

3) *Bloody Show* (lendir disertai darah dari jalan lahir)

Dengan pendataran dan pembukaan, lendir dari canalis cervicalis keluar disertai dengan sedikit darah. Perdarahan yang sedikit ini disebabkan karena lepasnya selaput janin, pada bagian bawah segmen bawah rahim, hingga beberapa capillair darah terputus.

4) Premature Rupture of Membrane

Adalah pecahnya air ketuban yang ditandai dengan keluarnya cairan banyak secara mendadak dari jalan lahir. Ketuban biasanya pecah pada saat pembukaan lengkap atau hampir pembukaan 10 cm dan dalam hal ini keluarnya cairan merupakan tanda proses kelahiran bayi akan segera terjadi. Tetapi terkadang ketuban pecah saat pembukaan masih kecil, malahan kadang-kadang selaput janin robek sebelum persalinan. Walaupun demikian persalinan diharapkan akan mulai dalam 24 jam setelah air ketuban pecah (Fitriyani et al., 2024).

2.1.5 Tahapan Persalinan

1) Kala 1 (Pembukaan Jalan Lahir)

Kala 1 persalinan dimulai saat kontraksi uterus yang teratur dan diakhiri dengan pembukaan serviks lengkap (pembukaan serviks mulai dari 1 cm hingga 10 cm). Pada primigravida, dilatasi serviks jarang terjadi dalam waktu kurang dari 24 jam. Proses membukanya serviks sebagai akibat his dibagi dalam 2 fase, yaitu:

(1) Fase Laten

Berlangsung selama 8 jam. Fase laten adalah periode waktu dari awal kontraksi uterus hingga pembukaan 3 cm. Kontraksi menjadi lebih stabil selama fase laten seiring dengan peningkatan frekuensi, durasi, dan intensitas dari mulai terjadi setiap 10-20 menit, berlangsung 15-20 detik hingga setiap 5-7 menit dan berlangsung 30-40 detik.

Menurut Friedman, fase laten pada nulipara rata-rata selama 9 jam dan dikatakan memanjang apabila mencapai 20 jam. Durasi maksimum yang ditetapkan yaitu selama 20 jam pada primipara dan 16 jam pada multipara. Masa inkubasi sangat sensitif terhadap pengaruh luar dan dapat diperpanjang dengan sedasi intensif atau diperpendek dengan stimulasi.

Sensitivitas terhadap intervensi ini memberikan kesempatan kepada praktisi untuk mencoba mempersingkat masa inkubasi. Filosofi penyedia layanan dan keinginan klien sering kali menjadi faktor dalam memutuskan apakah akan melakukan prosedur menggunakan sedasi atau stimulasi. Kedua metode tersebut kini dapat digunakan untuk menghilangkan fase penundaan yang lama.

(2) Fase aktif

Fase aktif adalah periode waktu dari pembukaan 4 cm hingga 10 cm. Frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat yaitu tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih. Fase aktif dibagi dalam 3 fase, yakni:

- (a) Fase akselerasi; Dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.
- (b) Fase Dilatasi, yaitu dalam waktu 2 jam pembukaan menjadi cepat.
- (c) Fase Deselerasi, yaitu pembukaan menjadi lambat kembali dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm lalu pembukaan lengkap.

Tabel 2.1 Durasi Kala II

No	Pendapat Para Ahli	Waktu persalinan	
		Nulipara	Multipara
1	Prawiroharjo	90	30
2	Friedman	46	14
3	Kilpatrick dan Laros	54	19
4	Albers Chiff dan Growoda	53	17
	Waktu Rata-rata	60	20

Sumber : Fitriyani et al., (2024)

2) Kala III (Kala Uri)

Persalinan kala III merupakan proses persalinan yang berlangsung mulai dari lahirnya janin hingga lahirnya plasenta. Setelah bayi lahir, rahim menjadi keras dan fundus berada sedikit di atas tengah. Setelah beberapa menit, rahim berkontraksi kembali dan melepaskan plasenta dari dinding rahim. Plasenta biasanya terlepas dalam waktu 6 sampai 15 menit setelah anak lahir dan keluar dengan sendirinya atau ketika ada terjadi tekanan pada bagian belakang rahim.

Fisiologi persalinan kala III adalah (Fitriyani et al., 2024).

- a) Terpisahnya plasenta dari plasenta yang tertanam di dinding rahim.

Pada kala III persalinan, setelah bayi lahir, volume rongga rahim mengecil, kemudian otot-otot rahim (miometrium) berkontraksi. Pengurangan ukuran ini mengurangi ukuran situs plasenta akreta. Tempat perlekatan menjadi lebih kecil, namun ukuran plasenta tidak berubah, sehingga plasenta terlipat, menebal, dan terlepas dari dinding

rahim. Setelah plasenta terlepas, plasenta berpindah ke dasar rahim atau ke dalam rongga vagina.

b) Pengeluaran plasenta dari rongga rahim.

Pengeluaran plasenta dari rongga rahim dilakukan setelah memastikan bahwa plasenta benar-benar terlepas. Ada beberapa cara untuk mengetahui apakah plasenta telah terlepas, antara lain:

- (1) Perasan Duncan, plasenta terlepas dari tepinya (dalam banyak kasus sekitar 20%) dan darah mengalir keluar di antara selaput ketuban.
- (2) Perasat Schultze, plasenta pertama-tama terlepas secara terpusat seperti payung penutup (paling sering terjadi pada sekitar 80%), diikuti dengan hematoma neuroplasenta, hal ini biasanya terlihat sebelum plasenta lahir dan biasanya keluar darah tidak banyak.
- (3) Perasat Kustner, regangkan tali pusat dengan tangan kanan dan tekan simfisis pubis dengan tangan kiri. Jika tali pusat berada di dalam vagina berarti plasenta belum lepas, dan jika tali pusat panjang berarti plasenta sudah terlepas.
- (4) Perasat Strassmann, regangkan tali pusat dengan tangan kanan dan mengetuk fundus uteri dengan tangan kiri. Jika Anda merasakan getaran pada tali

pusat, berarti plasenta belum terlepas. Namun bila tidak terasa getaran apa pun, berarti plasenta telah terlepas.

- (5) Perasat Manuaba, regangkan tali pusat dengan tangan kanan dan ketuk fundus uteri dengan tangan kiri. Jika Anda merasakan getaran pada tali pusat, berarti plasenta belum terlepas. Namun bila tidak terasa getaran apa pun, berarti plasenta telah terlepas (Fitriyani et al., 2024)

Tanda-tanda lepasnya plasenta mencakup beberapa atau semua hal di bawah ini:

- 1) Perubahan bentuk dan tinggi fundus

Setelah bayi lahir dan sebelum miometrium mulai berkontraksi, uterus berbentuk bulat penuh dan tinggi fundus biasanya di bawah pusat. Setelah uterus berkontraksi dan plasenta terdorong ke bawah, uterus berbentuk segitiga atau seperti buah pear (globuler) dan fundus berada di atas pusat (seringkali mengarah ke sisi kanan).

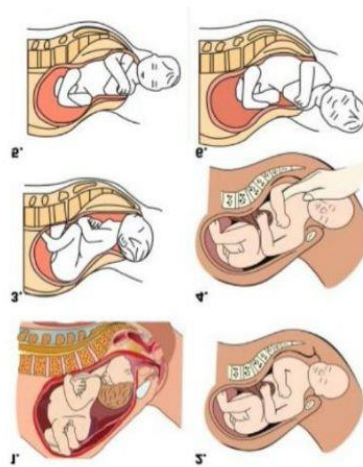
- 2) Tali pusat memanjang

Tali pusat terlihat menjulur keluar melalui vulva (tanda Ahfeld).

2.1.6 Mekanisme Persalinan

Tahapan mekanisme turunnya kepala janin menurut (Fitriyani et al., 2024).

- 1) Kepala terfiksasi pada PAP (*engagement*)
- 2) Turun (*descent*)
- 3) Fleksi
- 4) Fleksi maksila
- 5) Putar paksi dalam di dasar panggul
- 6) Ekstensi: terjadi moulage kepala janin, ekstensi, hipomoklion: uuk di bawah simfisis
- 7) Ekspulsi kepala janin: berturut-turut lahir uub, dahi, muka dan dagu
- 8) Rotasi eksternal: putar paksi luar (restitusi)
- 9) Ekspulsi total: cara melahirkan bahu depan, bahu belakang, seluruh badan dan ekstremitas



Gambar 2.1 Mekanisme Persalinan Normal

Sumber Fitriyani at el., (2024: 17)

Mekanisme persalinan normal terbagi dalam beberapa tahap gerakan kepala janin di dalam panggul yang diikuti dengan lahirnya seluruh anggota badan bayi:

- 1) Penurunan kepala terjadi selama proses persalinan karena daya dorong dari kontraksi uterus yang efektif, posisi, serta kekuatan meneran dari pasien.
- 2) Engagement, Fiksasi (engagement merupakan tahap penurunan pada waktu diameter biparietal dari kepala janin telah masuk panggul ibu.
- 3) Fleksi, Fleksi disebabkan oleh janin yang terdorong ke depan dan melawan dorongan dari pintu masuk panggul, leher rahim, dinding panggul, atau tepi dasar panggul. Kekuatan yang bertambah membuat hambatan dan ini menyebabkan kepala menekuk.
- 4) Putaran paksi dalam, Rotasi sumbu medial memutar bagian anterior sehingga bagian anterior kepala janin yang paling bawah berputar ke depan hingga dibawah simfisis pubis. Hal ini untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bentuk bidang tengah dan pintu bawah panggul.
- 5) Ekstensi, ekstensi terjadi akibat gaya dari dasar panggul yang membentuk lengkungan menengadah yang mengarahkan

kepala ke atas menuju bukaan vulva, sehingga kepala harus meregang untuk melewati bukaan vulva.

- 6) Putaran paksi luar, pada saat kepala janin berada di pintu bawah panggul, bahu mengalami perputaran dalam arah yang sama dengan kepala janin agar terletak dalam diameter yang besar dari rongga panggul. Bahu anterior akan terlihat pada lubang vulva vagina, dimana ia akan bergeser di bawah simpisi pubis.
- 7) Ekspulsi, setelah terjadi putaran paksi luar, bahu depan sampai di bawah sympisis dan menjadi hypomoclion untuk kelahiran bahu belakang. Kemudian bahu depan menyusul dan selanjutnya seluruh badan bayi lahir searah dengan paksi jalan lahir mengikuti lengkung carrus (kurva jalan lahir) (Fitriyani et al., 2024).

2.2 Sifilis

Sifilis adalah penyakit infeksi disebabkan oleh bakteri *Treponema pallidum* merupakan penyakit kronis dan bersifat sistemik. Sifilis merupakan penyakit yang progresif dengan gambaran klinis aktif (stadium primer, sekunder, dan tersier) serta periode asimtomatik (stadium laten). Sifilis yang tidak diobati dapat berkembang menjadi sifilis lanjut, yaitu sifilis tersier, sifilis kardiovaskular, atau neurosifilis. Penyakit sifilis merupakan infeksi yang dapat ditularkan terutama melalui kontak seksual dengan

pasangan yang terinfeksi melalui penis, vagina, anal dan oral, kontak langsung dengan lesi / luka yang terinfeksi. Namun demikian, penularan dapat juga terjadi dari ibu yang menderita sifilis ke janinnya melalui plasenta pada stadium akhir kehamilan, melalui produk darah atau transfer jaringan yang telah tercemar, kadang-kadang dapat ditularkan melalui alat kesehatan (Fitrianingsih et al., 2022).

Menurut WHO (2023), lebih dari 1 juta infeksi menular seksual (IMS) tertular setiap hari diseluruh dunia, sebagian besar tidak menunjukkan gejala. Setiap tahun diperkirakan terdapat 374 juta infeksi baru dengan 1 dari 4 IMS yang dapat disembuhkan: klamidia, gonore, sifilis, dan trikomoniasis (Fitrianingsih et al., 2022).

2.2.1 Klasifikasi Sifilis

Sifilis dapat diklasifikasikan menjadi sifilis didapat dan sifilis kongenital. Sifilis didapat terdiri atas stadium primer, sekunder, dan tersier, serta periode laten. Pada masing-masing sifilis terdapat manifestasi klinis tersendiri.

1) Sifilis Primer

Pada Sifilis Primer Manifestasi klinis awal sifilis adalah papul kecil soliter, kemudian dalam satu sampai beberapa minggu, papul ini berkembang menjadi ulkus. Lesi klasik dari sifilis primer disebut dengan chancre, ulkus yang keras dengan dasar

yang bersih, tunggal, tidak nyeri, merah, berbatas tegas, dipenuhi oleh spirokaeta dan berlokasi pada sisi T. pallidum pertama kali masuk. Chancre dapat ditemukan dimana saja tetapi paling sering di penis, servik, dinding vagina rektum dan anus. Dasar chancre banyak mengandung spirokaeta yang dapat dilihat dengan mikroskop lapangan gelap atau imunofluoresen pada sediaan kerokan chancre (Peeling RW et al, 2017;Djuanda, 2016; Widaty et al, 2017 dalam Iskandar & Reza, 2023).

2) Sifilis Primer

Kemudian Apabila tidak diobati,Gejala sifilis sekunder akan mulai timbul dalam 2-6 bulan setelah pajanan, 2-8 minggu setelah chancre muncul. Sifilis sekunder adalah penyakit sistemik dengan spirokaeta yang menyebar dari chancre dan kelenjar limfe ke dalam aliran darah dan ke seluruh tubuh, dan menimbulkan beragam gejala yang jauh dari lokasi infeksi semula. Sistem yang paling sering terkena adalah kulit, limfe, saluran cerna, tulang, ginjal, mata, dan susunan saraf pusat. Tanda tersering pada sifilis sekunder adalah ruam kulit makulopapula yang terjadi pada 50%-70% kasus, papula 12% kasus, makula 10% kasus dan papula anula 6% - 14% kasus. Lesi biasanya simetrik, tidak gatal dan mungkin meluas. Kasus yang jarang, lesi dapat menjadi nekrotik, keadaan ini disebut dengan lues maligna. Lesi di telapak tangan dan kaki merupakan

gambaran yang paling khas pada 4% sampai 11% pasien. Lesinya berukuran besar, muncul di daerah yang hangat dan lembab termasuk di perineum dan anus. Inflamasi lokal dapat terjadi di daerah membran mukosa mulut, lidah dan genital (Iskandar & Reza, 2023).

3) Sifilis Laten

Sifilis laten atau asimtomatik adalah periode hilangnya gejala klinis sifilis sekunder sampai diberikan terapi atau gejala klinik tersier muncul. Sifilis laten dibagi lagi menjadi dua bagian yaitu sifilis laten dini dan lanjut. Pembagian berdasarkan waktu relaps infeksi mukokutaneus secara spontan pada pasien yang tidak diobati. Sekitar 90% infeksi berulang muncul dalam satu tahun, 94% muncul dalam dua tahun dan dorman selama empat tahun. Sifilis laten terbagi menjadi dua, yaitu:

- a) Sifilis laten dini, terjadi kurang satu tahun setelah infeksi sifilis sekunder, 25% diantaranya mengalami relaps sifilis sekunder yang menular,
- b) Sedangkan sifilis laten lanjut muncul setelah satu tahun. Relaps ini dapat terus timbul sampai 5 tahun. Pasien dengan sifilis laten dini dianggap lebih menular dari sifilis laten lanjut. Pemeriksaan serologi pada stadium laten lanjut adalah positif, tetapi penularan secara seksual tidak (Iskandar & Reza, 2023).

4) Sifilis Tersier

Sifilis tersier dapat muncul sekitar 3-15 tahun setelah infeksi awal dan dapat dibagi dalam tiga bentuk yaitu;

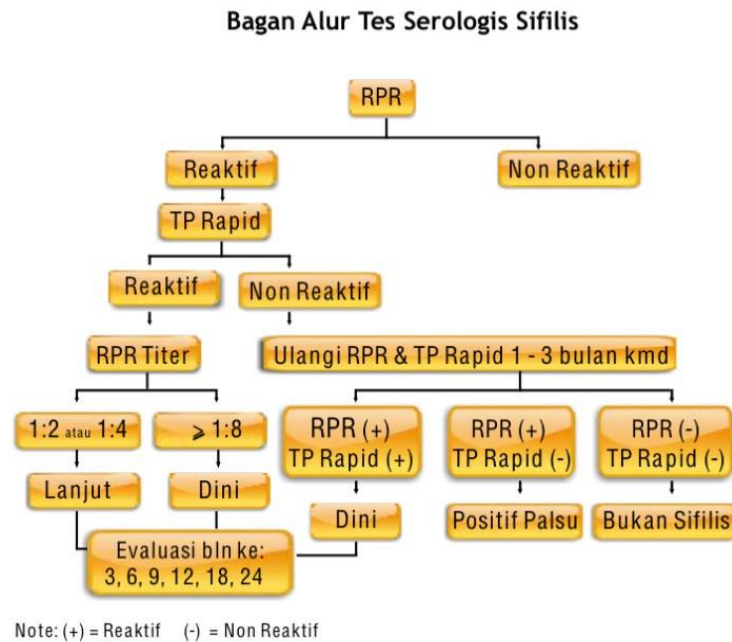
- a) sifilis gumatous sebanyak 15%, neurosifilis lanjut (6,5%) dan sifilis kardiovaskular sebanyak 10%. Sepertiga pasien berkembang menjadi sifilis tersier tanpa pengobatan. Pasien dengan sifilis tersier tidak menular. Sifilis gumatous atau sifilis benigna lanjut biasanya muncul 1-46 tahun setelah infeksi awal, dengan rerata 15 tahun. Karakteristik pada stadium ini ditandai dengan adanya guma kronik, lembut, seperti tumor yang inflamasi dengan ukuran yang berbeda-beda. Guma ini biasanya mengenai kulit, tulang dan hati tetapi dapat juga muncul dibagian lain. Guma merupakan lesi yang granulomatous, nodular dengan nekrosis sentral, muncul paling cepat setelah dua tahun infeksi awal, meskipun guma bias juga muncul lebih lambat. Lesi ini bersifat merusak biasanya mengenai kulit dan tulang, meskipun bisa juga muncul di hati, jantung, otak, lambung dan traktus respiratorius atas. Lesi jarang yang sembuh spontan tetapi dapat sembuh secara cepat dengan terapi antibiotik yang tepat. Guma biasanya tidak menyebabkan komplikasi yang serius, disebut dengan sifilis benigna lanjut.

- b) Neurosifilis merupakan infeksi yang melibatkan sistem saraf sentral, dapat muncul lebih awal, asimtomatik atau dalam bentuk sifilis meningitis, lebih lanjut sifilis meningovaskular, general paresis, atau tabes dorsalis.
- c) Sifilis meningovaskular muncul 5-10 tahun setelah infeksi awal. Sifilis meningovaskular ditandai dengan apati, seizure dan general paresis dengan dimensia dan tabes dorsalis. General paresis biasanya muncul 15-20 tahun setelah infeksi awal, sedangkan tabes dorsalis 25-30 tahun. Komplikasi yang paling sering adalah aortitis sifilis yang dapat menyebabkan aneurisma (Iskandar & Reza, 2023).

5) Sifilis Kongenital

Sifilis Kongenital Merupakan penyakit yang didapatkan janin dalam uterus dari ibu yang menderita sifilis. Infeksi sifilis terhadap janin dapat terjadi pada setiap stadium sifilis dan setiap masa kehamilan. Dahulu dianggap infeksi tidak dapat terjadi sebelum janin berusia 18 minggu, karena lapisan Langhans yang merupakan pertahanan janin terhadap infeksi masih belum atrofi. Tetapi ternyata dengan mikroskop elektron dapat ditemukan *T. pallidum* pada janin berusia 9-10 minggu (Iskandar & Reza, 2023).

2.2.2 Penanganan Sifilis



Gambar 2.2 Bagan Alur Tes Serologis Sifilis

Interpretasi hasil tes serologis Sifilis dan tindakan

RPR	TPHA	Titer RPR dan Riwayat		Interpretasi	Tindakan
Negatif	Tidak Perlu	Tidak dikerjakan		-	Ulangi tes 3 bulan lagi
Positif	Negatif	Tidak dikerjakan		Positif palsu	Ulangi tes 3 bulan lagi
Positif	Positif	Terdapat riwayat terapi sifilis dalam 3 bulan terakhir, berapa pun titernya		Masa evaluasi terapi	Tidak perlu terapi. Ulangi tes 3 bulan lagi
		Tidak ada riwayat terapi dalam 3 bulan terakhir	1:2 atau 1:4	Sifilis laten lanjut	Terapi sebagai sifilis laten lanjut. Evaluasi 3 bulan kemudian
			≥ 1:8	Sifilis aktif/dini	Terapi sebagai sifilis dini. Evaluasi 3 bulan kemudian
Positif atau negatif	Positif	Bandingkan dengan titer 3 bulan yang lalu.		Jika turun terapi berhasil	Tidak perlu terapi. Observasi dan evaluasi 6 bulan kemudian
Positif	Positif	Bandingkan dengan titer 3 bulan yang lalu.		Jika naik infeksi baru	Terapi sesuai titer / stadium.

Gambar 2.3 Interpretasi Hasil Tes Serologis Sifilis dan Tindakan

Sumber : (Kemenkes RI, 2013)

2.2.3 Pengobatan Sifilis

Pengobatan sifilis bertujuan untuk mengeradikasi bakteri *Treponema pallidum*, mencegah perkembangan penyakit ke stadium lanjut, menurunkan risiko komplikasi, serta memutus rantai penularan. Terapi utama sifilis adalah pemberian antibiotik, dengan penisilin sebagai lini pertama karena terbukti paling efektif pada seluruh stadium penyakit.

- 1) Pada sifilis primer, sekunder, dan laten dini (infeksi kurang dari 1 tahun), terapi yang direkomendasikan adalah Benzathine Penicillin G 2,4 juta unit yang diberikan secara intramuskular dalam dosis tunggal. Regimen ini efektif dalam mengeliminasi bakteri serta mencegah progresivitas penyakit.
- 2) Pada sifilis laten lanjut atau infeksi dengan durasi lebih dari 1 tahun, pengobatan diberikan dengan Benzathine Penicillin G 2,4 juta unit intramuskular sekali seminggu selama 3 minggu berturut-turut dengan total dosis 7,2 juta unit. Hal ini dilakukan karena infeksi yang lebih lama memerlukan durasi terapi yang lebih panjang untuk hasil yang optimal.
- 3) Pada kasus neurosifilis, sifilis okular, atau sifilis tersier, terapi yang dianjurkan adalah Aqueous Crystalline Penicillin G dengan dosis 18–24 juta unit per hari secara intravena, diberikan setiap 4 jam atau melalui infus kontinu selama 10–

14 hari. Terapi ini bertujuan mencapai kadar antibiotik yang adekuat di sistem saraf pusat.

- 4) Pada pasien dengan alergi penisilin, alternatif terapi yang dapat digunakan adalah Doxycycline atau Ceftriaxone, meskipun efektivitasnya tidak sebaik penisilin. Namun pada ibu hamil dengan alergi penisilin, prosedur desensitisasi tetap direkomendasikan karena penisilin merupakan satu-satunya terapi yang terbukti efektif dalam mencegah sifilis kongenital pada janin.

Selain terapi farmakologis, penatalaksanaan sifilis juga mencakup edukasi pasien, pemeriksaan dan pengobatan pasangan seksual, serta pemantauan serologis menggunakan tes non-treponemal seperti VDRL atau RPR untuk menilai keberhasilan terapi. Penurunan titer antibodi setelah pengobatan menjadi indikator respons terapi yang baik.

Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) di rumah pada pasien sifilis merupakan bagian penting dalam penatalaksanaan untuk meningkatkan pemahaman pasien mengenai penyakit, meningkatkan kepatuhan pengobatan, serta mencegah penularan ulang. Edukasi ini juga membantu pasien dan keluarga dalam melakukan perawatan mandiri secara optimal selama masa pengobatan dan pemulihan (WHO, 2024; Prevention, 2026; Kemenkes RI, 2026; Staff, 2023).

2.2.4 KIE dirumah Tentang Sifilis

KIE (Komunikasi, Informasi, dan Edukasi) yang diberikan di rumah meliputi penjelasan mengenai sifilis, yaitu penyakit infeksi menular seksual yang disebabkan oleh bakteri *Treponema pallidum*, yang dapat ditularkan melalui hubungan seksual, kontak langsung dengan lesi infeksi, maupun dari ibu hamil kepada janin (sifilis kongenital). Pasien perlu memahami bahwa sifilis dapat disembuhkan dengan terapi yang tepat, namun dapat menimbulkan komplikasi serius apabila tidak ditangani secara adekuat. Oleh karena itu, pasien dianjurkan untuk patuh terhadap pengobatan sesuai anjuran tenaga kesehatan, termasuk mengikuti jadwal pemberian antibiotik secara lengkap dan tidak menghentikan terapi sebelum dinyatakan selesai, karena kepatuhan pengobatan sangat penting untuk eradikasi bakteri secara optimal serta mencegah kekambuhan.

Selain itu, pasien juga perlu diberikan edukasi untuk menunda aktivitas seksual selama masa pengobatan hingga dinyatakan sembuh oleh tenaga kesehatan. Hal ini bertujuan untuk mencegah penularan kepada pasangan seksual. Penggunaan kondom secara konsisten juga dianjurkan sebagai salah satu upaya pencegahan penularan ulang maupun infeksi menular seksual lainnya.

KIE juga mencakup pentingnya keterlibatan pasangan seksual dalam pemeriksaan dan pengobatan, sehingga pasangan dapat

segera melakukan skrining dan terapi bila diperlukan. Penatalaksanaan pasangan seksual merupakan langkah penting dalam memutus rantai penularan sifilis di masyarakat.

Pasien juga dianjurkan untuk menjaga kebersihan area tubuh yang mengalami lesi, tidak menyentuh luka secara langsung tanpa perlindungan, serta segera melaporkan kepada tenaga kesehatan apabila muncul gejala baru seperti ruam, demam, atau keluhan lain selama masa pengobatan.

Selanjutnya, pasien perlu diingatkan untuk melakukan kontrol ulang secara rutin sesuai jadwal yang telah ditentukan guna evaluasi klinis dan pemeriksaan serologis (VDRL/RPR) sebagai penilaian keberhasilan terapi. Pemeriksaan lanjutan ini penting untuk memastikan bahwa infeksi telah sembuh secara tuntas serta tidak terjadi reinfeksi (Kemenkes RI, 2026; WHO, 2024; Prevention, 2026; Staff, 2023).

2.2.5 APD Persalinan dengan Sifilis

1) Pengertian APD

Alat Pelindung Diri (APD) merupakan seperangkat perlengkapan yang digunakan oleh tenaga kesehatan untuk melindungi diri dari paparan darah, cairan tubuh, serta mikroorganisme patogen selama melakukan tindakan medis. Dalam pelayanan persalinan, penggunaan APD merupakan bagian dari kewaspadaan standar (*standard precautions*) yang

bertujuan untuk mencegah penularan infeksi antara pasien dan tenaga kesehatan. Oleh karena itu, penggunaan APD wajib diterapkan pada setiap tindakan persalinan, terutama pada ibu dengan penyakit infeksi seperti sifilis..

2) Penggunaan APD pada Persalinan dengan Sifilis

Sifilis adalah penyakit infeksi menular seksual yang disebabkan oleh bakteri *Treponema pallidum*. Pada ibu bersalin dengan sifilis, risiko penularan dapat terjadi melalui kontak langsung dengan darah, cairan ketuban, sekret genital, maupun jaringan plasenta. Oleh sebab itu, tenaga kesehatan wajib menerapkan prinsip Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) dengan menggunakan APD secara lengkap selama proses persalinan guna mencegah transmisi nosokomial serta melindungi petugas kesehatan dari paparan infeksi.

3) Jenis APD yang Digunakan pada Persalinan dengan Sifilis

Tabel 2.2 Jenis APD

NO	Jenis APD	Fungsi
1	Sarung tangan steril	Melindungi tangan dari darah dan cairan tubuh
2	Masker medis	Melindungi hidung dan mulut dari percikan cairan
3	<i>Face shield</i> /kacamata pelindung	Melindungi mata dari droplet atau splash darah

4	Gaun/apron tahan cairan	Mencegah kontaminasi pakaian dan kulit
5	Penutup kepala	Mencegah kontaminasi rambut
6	Sepatu tertutup/boot cover	Melindungi kaki dari cairan tubuh

4) Prinsip Penggunaan APD pada Persalinan

a) Sebelum tindakan

- (1) Melakukan hand hygiene sesuai prosedur.
- (2) Memastikan APD dalam kondisi baik dan sesuai ukuran.
- (3) Menggunakan APD lengkap sebelum kontak dengan pasien.

b) Selama tindakan

- (1) Menghindari kontak langsung dengan darah/cairan tubuh tanpa pelindung.
- (2) Mengganti sarung tangan jika robek atau terkontaminasi.
- (3) Tetap menjaga teknik aseptik selama proses persalinan.

c) Setelah tindakan

APD dilepas sesuai urutan:

- (1) sarung tangan
- (2) apron/gaun
- (3) pelindung mata
- (4) masker
- (5) cuci tangan

Tujuan pelepasan bertahap ini adalah mencegah self-contamination (kontaminasi diri sendiri).

5) APD Berdasarkan Tahapan Persalinan

a) Kala I (fase pembukaan):

- (1) Masker
- (2) Sarung tangan bersih
- (3) Apron bila diperlukan

b) Kala II (pengeluaran bayi):

APD lengkap karena risiko percikan darah tinggi:

- (1) sarung tangan steril
- (2) masker
- (3) *face shield*
- (4) gaun tahan cairan
- (5) sepatu tertutup

c) Kala III–IV (plasenta dan observasi):

APD tetap digunakan sampai proses selesai dan area dibersihkan. Dengan demikian, penggunaan APD pada persalinan ibu dengan sifilis merupakan tindakan wajib sebagai bagian dari upaya pencegahan dan pengendalian infeksi. Kepatuhan tenaga kesehatan dalam menerapkan prosedur penggunaan APD sangat penting untuk melindungi tenaga kesehatan, mencegah penularan infeksi kepada pasien lain, serta meningkatkan keselamatan

pasien dan mutu pelayanan kebidanan (Kemenkes, 2021; Permenkes RI No 28, 2024; Peraturan Pemerintah, 2024).

2.2.6 Peran Bidan dalam Penanganan Sifilis

Bidan merupakan tenaga kesehatan profesional yang memiliki peran penting dalam pelayanan kesehatan reproduksi perempuan, termasuk dalam upaya pencegahan, deteksi dini, penatalaksanaan awal, edukasi, serta rujukan kasus infeksi menular seksual (IMS), termasuk sifilis. Dalam praktik kebidanan, bidan berperan memberikan asuhan secara komprehensif kepada perempuan sepanjang siklus reproduksi, mulai dari masa prakonsepsi, kehamilan, persalinan, nifas, hingga pelayanan kesehatan bayi baru lahir. Peran ini menjadi sangat penting karena sifilis pada ibu hamil dapat menimbulkan berbagai komplikasi serius, seperti abortus, persalinan prematur, lahir mati, hingga sifilis kongenital pada bayi.

Salah satu peran utama bidan dalam penanganan sifilis adalah melakukan deteksi dini melalui skrining pada ibu hamil selama pelayanan antenatal. Pemeriksaan sifilis dilakukan menggunakan tes serologis sesuai standar pelayanan antenatal terpadu. Skrining dini bertujuan untuk menemukan kasus sedini mungkin agar terapi dapat segera diberikan sehingga risiko transmisi vertikal dari ibu ke janin dapat dicegah. Dalam hal ini, bidan bertanggung jawab memastikan setiap ibu hamil menjalani pemeriksaan sifilis

minimal pada kunjungan antenatal pertama, trimester ketiga, dan menjelang persalinan sesuai pedoman nasional.

Selain deteksi dini, bidan juga memiliki peran penting dalam memberikan edukasi dan konseling kepada ibu hamil beserta keluarganya mengenai sifilis. Materi edukasi meliputi pengertian sifilis, cara penularan, tanda dan gejala, dampak terhadap ibu dan janin, pentingnya kepatuhan terhadap pengobatan, serta pencegahan reinfeksi melalui perilaku seksual yang aman. Konseling yang efektif dapat meningkatkan kepatuhan pasien dalam menjalani terapi sekaligus mendorong pasangan seksual untuk turut melakukan pemeriksaan dan pengobatan, sehingga risiko infeksi ulang dapat diminimalkan.

Dalam aspek pelayanan klinis, bidan berperan dalam memantau kondisi ibu selama masa kehamilan, persalinan, dan nifas pada pasien dengan sifilis. Saat proses persalinan, bidan wajib menerapkan kewaspadaan standar serta menggunakan alat pelindung diri (APD) secara lengkap guna mencegah penularan infeksi. Selain itu, bidan juga melakukan observasi terhadap kemungkinan komplikasi pada ibu maupun bayi baru lahir, termasuk mendeteksi tanda-tanda sifilis kongenital. Apabila ditemukan kondisi yang membutuhkan penanganan lebih lanjut, bidan harus segera melakukan rujukan ke fasilitas pelayanan

kesehatan yang lebih tinggi sesuai sistem rujukan maternal dan neonatal.

Selain pelayanan langsung kepada pasien, bidan juga berperan dalam pencatatan dan pelaporan kasus sifilis sebagai bagian dari sistem surveilans kesehatan. Pelaporan yang akurat dan tepat waktu sangat penting untuk membantu pemerintah dalam memantau tren kejadian sifilis serta mengevaluasi efektivitas program eliminasi sifilis kongenital. Dengan demikian, peran bidan tidak hanya terbatas pada pelayanan individu, tetapi juga berkontribusi dalam mendukung upaya kesehatan masyarakat untuk pengendalian penyakit menular seksual.

Berdasarkan uraian tersebut, dapat disimpulkan bahwa bidan memiliki peran yang sangat strategis dalam upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif pada kasus sifilis, khususnya pada ibu hamil. Optimalisasi peran bidan diharapkan mampu menurunkan angka kejadian sifilis maternal serta mencegah terjadinya sifilis kongenital pada bayi (Kemenkes RI, 2013; Kemenkes RI, 2020; Permenkes RI No 28, 2024).

2.2.7 Pendokumentasian

Menurut (Bdn & Masluroh, 2026) Dokumentasi kebidanan merupakan hal yang harus dipahami oleh bidan dalam pelayanan kebidanan. Seorang bidan harus membuat dokumentasi sebagai bentuk laporan pertanggung jawaban bidan selama memberikan

asuhan kebidanan. Dokumentasi dibuat setiap setelah selesai memberikan asuhan kepada pasien. Oleh karena itu setiap bidan harus mampu memahami model-model dalam dokumentasi, dengan memahami model-model tersebut akan membantu bidan dalam membuat dokumentasi kebidanan dengan benar. Model-model dokumentasi yang dimaksud adalah *Problem Orientasi Record* (POR), *Source Oriented Record* (SOR), *Charting by Exception* (CBE), Kardeks, dan komputerisasi.

Model-Model Dokumentasi

1) Model dokumentasi *Problem Oriented Record* (POR)

Model dokumentasi *Problem Oriented Record* (POR) adalah model dokumentasi yang berfokus pada masalah pasien dan memberikan penanganan sesuai dengan masalah yang telah diidentifikasi. Model ini dikenalkan oleh Dr. Lawrence Weed at Case Waster Reserve University in Cleveland Introduced pada tahun 1969 dengan tujuan untuk memperbaiki dokumentasi pasien di klinik yang berfokus pada masalah pasien. Model dokumentasi ini mengintegrasikan data yang dikumpulkan oleh dokter, bidan, perawat dan tenaga kesehatan lainnya yang terlibat dalam pelayanan kebidanan pada pasien. Model POR ini banyak digunakan di berbagai negara karena sesuai dengan teori keilmuan dan dapat digunakan oleh

berbagai profesi kesehatan atau disebut pendokumentasian multidisipliner (Bdn & Masluroh, 2026).

a) Komponen POR

Model POR memiliki beberapa komponen yang harus dipahami yaitu:

(1) Data dasar

Data dasar merupakan pengkajian data pasien saat masuk rumah sakit berupa informasi data subyektif dan obyektif. Data subyektif meliputi data identitas, keluhan, riwayat kehamilan, persalinan dan nifas, riwayat kesehatan, aktifitas sehari-hari dan riwayat psikososial dan data obyektif meliputi pemeriksaan keadaan umum, antropometrik, tanda-tanda vital, fisik, labor dan penunjang. Data yang telah dikumpulkan akan digunakan sebagai dasar untuk mengidentifikasi masalah pasien.

(2) Daftar Masalah

Berisi tentang masalah yang telah teridentifikasi dari data dasar baik subyektif dan obyektif, selanjutnya disusun secara kronologis sesuai tanggal teridentifikasinya masalah. Daftar masalah yang diidentifikasi dicatat oleh tenaga kesehatan yang pertama kali bertemu pasien. Daftar masalah dapat

berupa masalah fisiologis, psikologis, sosiokultural, spiritual, tumbuh kembang, ekonomi dan lingkungan yang dicatat pada bagian depan rekam medis pasien. Setiap masalah yang telah teratasi diberi tanggal kapan ditanganinya masalah dan nama tenaga kesehatan yang menemukan masalah tersebut.

(3) Daftar awal rencana

Rencana asuhan merupakan tindak lanjut dari masalah yang sudah diidentifikasi. Rencana asuhan yang diberikan seperti instruksi untuk mendapatkan data tambahan, pemberian terapi dan pendidikan kesehatan pada pasien. Rencana awal terdiri atas 3 bagian yaitu:

(a) Diagnostik

Dokter melakukan identifikasi terhadap pengkajian diagnostik yang harus dilakukan terlebih dahulu berdasarkan masalah pasien. Koordinasi antara dokter dengan tenaga kesehatan lainnya yang penting dilakukan, untuk memastikan kondisi pasien dan menghindari kesalahan diagnosis pasien.

(b) Usulan Terapi

Disusun berdasarkan masalah pasien, berupa pengobatan, aktivitas yang tidak boleh dilakukan pasien, nutrisi, penanganan khusus, dan pemantauan yang harus dilakukan.

(c) Pendidikan kesehatan

Tenaga kesehatan menentukan informasi atau keterampilan yang harus diberikan pada pasien berdasarkan masalah pasien.

(4) Catatan Perkembangan (*Proses Note*)

Berisi perubahan kondisi pasien/masalah setelah diberikan asuhan yang dibuat oleh tenaga kesehatan yang terlibat dalam perawatan pasien. Catatan perkembangan dibuat dengan format khusus yang berisi rekaman kemajuan pasien, perencanaan dan evaluasi. Catatan perkembangan biasanya dibuat dalam bentuk *flow sheet*. Acuan dalam membuat catatan perkembangan adalah sebagai berikut:

(a) SOAP: data Subjektif, data Obyektif, Analisis, Penatalaksanaan.

(b) SOAPIER: SOAP ditambah Intervensi, Evaluasi, dan Revisi.

(c) PIE: Problem, Intervensi, Evaluasi.

b) Keuntungan POR

- (1) Dokumentasi berfokus pada masalah dan proses penyelesaian masalah dari pada tugas dokumentasi.
- (2) Pencatatan tentang kontinuitas asuhan kebidanan.
- (3) Evaluasi masalah dan pemecahari masalah dicatat secara jelas.
- (4) Daftar masalah merupakan checklist untuk merumuskan diagnosa kebidanan dan masalah pasien.
- (5) Kebutuhan intervensi pada masalah dijelaskan dalam rencana asuhan.

c) Kerugian POR

- (1) Penekanannya hanya berdasarkan masalah dan penyakit, ketidakmampuan tenaga kesehatan akan mengakibatkan pengobatan yang negatif.
- (2) Memungkinkan adanya kesulitan jika belum dilakukannya tindakan terhadap masalah pasien atau timbulnya masalah baru.
- (3) Dapat menyebabkan kebingungan jika segala sesuatu harus masuk kedalam daftar masalah.
- (4) SOAPIER bisa menimbulkan pengulangan yang tidak perlu, jika sering adanya target evaluasi dan tujuan perkembangan klien sangat lambat.

(5) Perawatan rutin bisa saja diabaikan dalam pencatatan jika flowsheet untuk pencatatan tidak tersedia.

(6) P (dalam SOAP) memungkinkan terjadi duplikasi dengan rencana tindakan.

(7) Terkadang menimbulkan kebingungan kapan pencatatan dilakukan dan follow up.

d) Contoh Dokumentasi POR

Tabel 2.3 Contoh dokumentasi POR

Data Dasar	Daftar Masalah	Rencana Tindakan	Catatan Perkembangan
Data subjektif	1.	1.	S :
.....	2.	2.	O :
Data objektif			A :
.....			P :

2) Model dokumentasi *Source Oriented Record* (SOR)

Model SOR merupakan model dokumentasi yang berorientasi pada sumber. Model ini menempatkan atas dasar disiplin orang atau sumber yang mengelola dokumentasi. Biasanya model ini digunakan untuk mencatat rekam medis pasien rawat inap. Dokumentasi dibuat oleh masing-masing anggota tim kesehatan yang terlibat dalam pemberian asuhan kemudian dikumpulkan menjadi satu sehingga setiap anggota tim kesehatan tidak bergantung dengan tim kesehatan lainnya (Bdn & Masluroh, 2026).

a) Komponen SOR

- (1) Lembar penerimaan mencakup biodata, yaitu lembar yang berisi identitas pasien, alasan kunjungan, waktu pasien dirawat di rumah sakit.
- (2) Lembar instruksi dokter yaitu lembar yang berisi tentang segala hal yang dianjurkan dokter untuk pengobatan dan untuk perawatan pasien, seperti tindakan medis atau terapi dokter.
- (3) Lembar riwayat penyakit, yaitu lembar yang berisi tentang riwayat penyakit yang pernah diderita pasien maupun keluarganya, berupa penyakit menular, menahun dan menurun. Contohnya penyakit HIV/AIDS, jantung, diabetes melitus, dan lain-lain.
- (4) Catatan perawatan bidan, yaitu lembar yang berisi tentang segala hal yang direncanakan maupun yang telah dilaksanakan oleh bidan dalam asuhan kebidanan.
- (5) Catatan laporan khusus, yaitu lembar yang berisi catatan khusus, contohnya catatan hasil kolaborasi dengan fisioterapis, ahli gizi, dan lain-lain.

b) Keuntungan SOR

- (1) Menyajikan data yang sistematis dan mudah diidentifikasi.

(2) Memberikan kemudahan pada bidan untuk membuat dokumentasi dengan bebas.

(3) Proses dokumentasi lebih sederhana.

c) Kerugian SOR

(1) Berpotensi menyebabkan terjadinya pengumpulan data yang terpisah-pisah karena waktu pengumpulan data tidak berurutan.

(2) Terkadang mengalami kesulitan dalam mencari data sebelumnya, tanpa harus mengulang dari awal.

(3) Superfisial pencatatan tanpa data yang jelas.

(4) Memerlukan pengkajian data dari beberapa sumber untuk menentukan masalah dan tindakan kepada klien.

(5) Waktu pemberian asuhan membutuhkan waktu yang lama.

(6) Sulit memantau perkembangan kondisi pasien.

d) Contoh dokumentasi SOR

Tabel 2.4 Contoh dokumentasi SOR

Tanggal	Waktu	Sumber	Catatan Perkembangan
Tanggal/bulan/tahun	Waktu tindakan	Bidan	Catatan ini meliputi: pengkajian, identifikasi masalah, rencana tindakan,

			intervensi, penyelesaian masalah, evaluasi efektifitas tindakan dan hasil TTD Nama Bidan
		Dokter	Catatan ini meliputi : observasi keadaan pasien, evaluasi kemajuan, identifikasi masalah baru dan penyelesaiannya, rencana tindakan, dan pengobatan tertentu TTD Nama Dokter

3) Model Dokumentasi *Charting By Exception* (CBE)

Merupakan model dokumentasi yang mencatat hasil temuan yang menyimpang dari keadaan normal/standar secara naratif (Bdn & Masluroh, 2026).

a) Unsur-Unsur CBE

(1) Lembar Alur

Lembar alur sangat sering dipakai dalam asuhan kebidanan umumnya untuk mencatat hasil pemeriksaan fisik. Lembar ini dapat berupa lembar instruksi dokter, catatan grafik, catatan penyuluhan, catatan pemulangan yang semuanya dalam satu lembar.

(2) Standar praktik

Pada sistem CBE juga terdapat standar praktik kebidanan yang bertujuan untuk mengurangi kesalahan dalam pendokumentasian yang sesuai dengan lingkup praktik bidan.

(3) Pedoman instruksi

Pedoman ini digunakan untuk menjelaskan intervensi bidan yang berkaitan dengan perawatan pasien sehingga memudahkan dan mengurangi kesalahan dalam membuat dokumentasi.

(4) Data dasar kebidanan

Berisi catatan yang berisi riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik dengan menggunakan parameter normal yang sama.

(5) Rencana kebidanan berdasarkan diagnosis

Dalam model CBE terdapat catatan tentang rencana kebidanan berdasarkan masalah yang diidentifikasi.

Rencana ini mencakup faktor risiko, karakteristik, data pengkajian dan hasil yang diharapkan.

(6) Catatan perkembangan

Dalam model CBE terdapat kolom untuk mengisi catatan perkembangan kondisi pasien dalam bentuk SOAP. Penggunaan SOAP dalam CBE sangat terbatas pada kondisi:

- (a) Saat diagnosis kebidanan diidentifikasi, diingatkan kembali, dinonaktifkan, atau diselesaikan
- (b) Saat hasil yang diharapkan dievaluasi
- (c) Saat ringkasan pemulangan dituliskan
- (d) Saat revisi besar terhadap rencana dituliskan

b) Komponen *Charting By Exception* (CBE)

Model dokumentasi CBE terdiri dari tiga komponen kunci sebagai berikut:

- (1) Flowsheet, berisi kesimpulan penemuan yang penting dan menjabarkan indikator pengkajian dan penemuan termasuk instruksi dokter dan bidan, grafik, catatan pendidikan dan catatan pemulangan pasien.
- (2) Dokumentasi dilakukan berdasarkan standar praktik kebidanan, sehingga dapat mengurangi hal rutin yang dilakukan secara berulang kali. Oleh karena itu standar

harus spesifik dan dapat menjelaskan tindakan yang harus dilakukan bidan di ruang perawatan, meskipun ada standar khusus yang dibuat oleh masing-masing unit.

- (3) Formulir dokumentasi yang diletakkan di tempat tidur pasien. Pada pendokumentasian Model *Charting By Exception* (CBE), rekam medis pasien diletakkan di dekat tempat tidur pasien (biasanya digantung pada pembatas tempat tidur pasien atau di letakkan di meja/tempat khusus dekat tempat tidur pasien). Tujuannya adalah untuk memudahkan bagi dokter dan tenaga medis untuk mengakses rekam medis pasien.

c) Keuntungan CBE

- (1) Tersusunnya standar minimal untuk pengkajian dan intervensi.
- (2) Mempermudah dalam memahami dan menandai data yang tidak normal.
- (3) Data normal atau respon yang diharapkan tidak mempengaruhi informasi lainnya.
- (4) Waktu dokumentasi lebih singkat karena catatan rutin dari observasi tidak perlu dicatat.
- (5) Dapat mengurangi duplikasi pencatatan

(6) Data pasien dapat dicatat pada format pasien secepatnya.

(7) Informasi klien yang terbaru dapat diletakkan di tempat tidur klien.

(8) Jumlah halaman yang digunakan dalam dokumentasi lebih sedikit.

(9) Rencana tindakan kebidanan disimpan sebagai catatan yang permanen.

d) Kerugian model CBE

(1) Pencatatan secara narasi sangat singkat. Sangat bergantung pada "*checklist*".

(2) Memungkinkan adanya catatan yang kosong atau tidak ada.

(3) Pencatatan rutin sering diabaikan.

(4) hanya pencatatan kejadian yang tidak didokumentasikan seluruhnya.

(5) Tidak mengakomodasikan pencatatan disiplin ilmu lain.

e) Pedoman model dokumentasi CBE

(1) Data dasar dicatat untuk setiap pasien dan disimpan catatan yang permanen.

- (2) Daftar diagnosa kebidanan disusun dan ditulis pada waktu masuk rumah sakit dan menyediakan daftar untuk mengisi semua diagnosa kebidanan.
- (3) Ringkasan pulang ditulis untuk setiap diagnose kebidanan saat pasien pulang.
- (4) SOAP digunakan untuk mencatat respon pasien terhadap intervensi melalui tempat tinggal pasien.
- (5) Data diagnosa kebidanan dan perencanaan dapat dikembangkan.

f) Format pendokumentasian CBE

- (1) Data dasar, data ini meliputi data subyektif dan obyektif. Data subyektif diperoleh dengan melakukan anamnesis kepada pasien yang meliputi biodata, keluhan, riwayat penyakit, dan lain-lain. Data obyektif yaitu data yang didapat dari hasil pengamatan dan pemeriksaan.
- (2) Intervensi *flowsheet* merupakan rencana tindakan yang ditulis dalam format *flow sheet*.
- (3) Grafik record, yaitu mencatat data dalam bentuk grafik.
- (4) Catatan bimbingan pasien, yaitu catatan yang berisi tentang suatu kondisi yang sudah diinformasikan pada pasien dan keluarganya. Misalnya catatan tentang pendidikan kesehatan, dan catatan pasien pulang.

- (5) Format pencatatan dalam bentuk SOAP, yaitu berisi tentang hasil pengkajian data subyektif, obyektif, analisis, penatalaksanaan, dan evaluasi.
 - (6) Daftar diagnosa yaitu daftar kesimpulan keadaan pasien berdasarkan data subyektif dan obyektif.
 - (7) Diagnosa dengan standar kebidanan yaitu kesimpulan keadaan pasien. berdasarkan data subyektif dan obyektif yang sesuai dengan standar nomenklatur kebidanan.
 - (8) Profil asuhan kebidanan yaitu gambaran asuhan kebidanan yang dilakukan kepada pasien.
- 4) Model dokumentasi sistem kardeks

Model kardeks yaitu model dokumentasi tradisional yang digunakan sebagai sumber informasi pasien dan disusun dalam satu buku. Model ini juga terdiri dari sekumpulan kartu yang disimpan dalam indeks file sehingga mudah untuk dipindahkan (Bdn & Masluroh, 2026).

a) Komponen

Komponen pencatatan dalam sistem kardeks mencakup nama, alamat, status perkawinan, tanggal lahir, status sosial, agama, kepercayaan, diagnosis kebidanan, prioritas masalah dan data pengobatan.

b) Keuntungan

Keuntungan dari sistem kardeks yaitu memungkinkan informasi yang berguna kepada sesama anggota tim kebidanan tentang kebutuhan klien.

c) Kelemahan

Kelemahan sistem ini adalah informasi dalam kardeks hanya terbatas untuk tim kesehatan saja, tidak cukup ruang untuk menulis rencana kebidanan bagi klien dengan banyak masalah dan tidak up to date.

5) Model komputerisasi

Model ini menggunakan sistem komputer dalam pencatatannya. Pendokumentasian model ini memberikan bagi tenaga kesehatan dalam menegakkan diagnosis dan mengurangi kegiatan pendokumentasian tradisional.

a) Keuntungan sistem computer

- (1) Mudah untuk dibaca
- (2) Ketepatan pendokumentasian tinggi
- (3) Meningkatkan komunikasi antar tim kesehatan
- (4) Hemat waktu dan biaya
- (5) Pelayanan pasien lebih cepat
- (6) Catatan mudah untuk diperbaiki

b) Kelemahan sistem computer

- (1) Kerahasiaan pasien kurang terjamin
- (2) Membutuhkan modal cukup besar
- (3) Bergantung pada teknologi.
- (4) Tidak semua institusi danpetugas mampu membuat catatan dengan sistem komputerisasi.

BAB III

TINJAUAN KASUS

Asuhan Kebidanan Persalinan Pada Ny. J Usia 19 Tahun

G₁P₀A₀ Gravida 38-39 Minggu Dengan Sifilis Sekunder di RSUD dr.

Slamet Garut

Tanggal Pengkajian : 13 April 2026

Waktu : 13.00 WIB

Tempat : Ruang PONEK RSUD dr. Slamet Garut

Pengkaji : Vera Sri Fathonah Akmal

3.1 Data Subjektif

1. Identitas

Nama : Ny. J

Nama Suami : Tn. R

Umur : 19 tahun

Umur : 21 tahun

Agama : Islam

Agama : Islam

Pendidikan : SMP

Pendidikan : SMP

Pekerjaan : IRT

Pekerjaan : BHL

Alamat : Kp. Mekarsari 02/09, Sukakarya

2. Alasan Datang

Ibu merasa hamil 9 bulan, mengeluh mules dari jam 10.00 WIB disertai keluar lendir darah, keluar air-air disangkal, gerakan janin masih dirasakan. Ibu datang ke PONEK diantar oleh kader dengan membawa surat rujukan dari Puskesmas Pembangunan dengan diagnosa Sifilis.

3. Keluhan Utama

Ibu mengatakan merasa mules-mules

4. Riwayat Menstruasi

Menarche : 12 tahun Lama : 7 hari Banyak : 3x Ganti

Siklus : 28 hari

HPHT : 19 Juli 2025 TP : 25 April 2025

5. Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas Lalu

Ibu mengatakan ini kehamilan pertama

6. Riwayat Kehamilan Sekarang

Status Gravida : G₁P₀A₀ Imunisasi TT : belum

Pemeriksaan ANC : 3x Gerakan janin : aktif

Tempat periksa : Bidan dan Dokter USG : 1x

7. Riwayat KB

Klien mengatakan sebelumnya tidak menggunakan KB

8. Riwayat Kesehatan

Klien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit menurun dan menahun,
dan penyakit yang diderita sekarang sifilis.

9. Pola Kebutuhan sehari-hari

a. Nutrisi

Makan : 2-3x sehari

Minum : >6 gelas sehari

b. Eliminasi

BAK : >4x Sehari

BAB : 1-2x sehari

c. Istirahat

Siang : 1 jam

Malam : 6 jam

d. Personal Hygiene

Mandi : 1-2x sehari

Ganti Baju : Setiap Mandi

3.2 Data Objektif

1. Pemeriksaan umum

Keadaan umum : Sakit Sedang

Kesadaran : Compos Mentis

2. TTV

TD : 110/80 mmHg

S : 36,6 °C

N : 87x/menit

R : 21x/menit

3. Antropometri

BB sebelum hamil : 67 kg

TB : 159,5 cm

LILA : 29,5 cm

BB saat ini : 74 kg

LP : 103 cm

IMT:Overweight

4. Pemeriksaan Fisik

Kepala : Rambut bersih, tidak ada benjolan

Wajah : Simetris, tidak pucat

Mata : Simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih
Simetris, tidak ada pembengkakan, tidak ada

Hidung : pengeluaran cairan

Simetris, tidak pucat, tidak ada kelainan

Mulut : Simetris, tidak ada pengeluaran cairan

Telinga	:	Tidak ada pembengkakan kelenjar limfe dan
Leher	:	thyroid
		Simetris, tidak ada retraksi, tidak ada benjolan,
Payudara	:	putting susu menonjol
		Tidak ada bekas luka operasi
Abdomen	:	Teraba bokong
Leopold I	:	Sebelah kanan teraba punggung, sebelah kiri
Leopold II	:	teraba ekstremitas
	:	Teraba kepala
Leopold III	:	Divergen (3/5)
Leopold IV	:	33 cm
TFU	:	149x/ menit reguler
DJJ	:	3x10'25
His	:	3.225 gram ((33-12)x155)
TBBJ	:	Tangan dan kaki tidak oedema, jari-jari tangan
Ekstremitas	:	dan kaki tidak ada kelainan, tidak ada varises
		pada kaki, refleks patella (+)
		v/v tampak sedikit bercak kemerahan disekitar
Genetalia	:	labia mayora sebelah kiri
		tidak ada luka parut
Perineum	:	tidak ada hemoroid
Anus	:	Pukul 13.00 WIB
Pemeriksaan Dalam	:	Tipis lunak
Portio	:	Utuh
Ketuban	:	6 cm

Pembukaan : Belakang Kepala
 Presentasi : UUK kiri depan
 Bagian terendah : Hodge II
 Penurunan :

5. Pemeriksaan Penunjang

HB : 12,8 gr/dL

Triple Eliminasi : Sifilis Reaktif (12-03-2026)

3.3 Analisa

G₁P₀A₀ Gravida 38-39 Minggu Inpartu Kala 1 Fase Aktif Dengan Sifilis Sekunder

3.4 Penatalaksanaan

1. Memberitahu hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan

Evaluasi : klien mengetahui

2. Melakukan kolaborasi dengan dokter, *advice* dokter :

- a) Memasang Infus RL 20 tpm

Evaluasi : telah terpasang

- b) Rencana drip oksitosin

- c) Melakukan Cek Laboratorium Hemoglobin

Evaluasi: telah dilakukan

3. Melakukan Observasi KU, DJJ

Evaluasi : KU sakit sedang, DJJ 152x/ menit regular

4. Menganjurkan Ibu untuk melakukan teknik relaksasi nafas dalam sebagai pengurangan rasa nyeri

Evaluasi : Ibu bersedia melakukannya

5. Memindahkan Ibu ke ruang VK (bersalin)

Evaluasi : telah dipindahkan

3.4.1 Catatan Perkembangan I

Tanggal : 13 April 2026

Waktu : 14.00 WIB

Tempat : Ruang Bersalin (VK)

A. Data Subjektif

Ibu mengatakan mules semakin bertambah

B. Data Objektif

Keadaan umum : Sakit sedang

Kesadaran : Compos Mentis

TD : 120/80 mmHg

Nadi : 82x/ menit

Suhu : 36,4 °C

Respirasi: 21x/ menit

His : 3x10'45

DJJ : 130x/ menit

Pemeriksaan dalam : pukul 14.00 WIB

v/v : Tampak sedikit becak kemerahan disekitar labia
mayora sebelah kiri.

portio : Tipis lunak

ketuban : Jernih (13.15)

pembukaan : 7 cm

presentasi : Belakang kepala

bagian terendah : UUK kiri depan

penurunan : Hodge II

C. Analisa

G₁P₀A₀ Gravida 38-39 Minggu Inpartu Kala 1 Fase Aktif Dengan Sifilis Sekunder

D. Penatalaksanaan

1. Meberitahu hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan

Evaluasi : Ibu mengetahui

2. Melakukan Observasi DJJ, His

Evaluasi : DJJ : 142x/ menit reguler, His 5x10'50

3. *Advice* dokter memasang drip oxytocin 5 IU

Evaluasi : drip oxytocin telah terpasang 20 tpm

4. Menyiapkan alat, obat dan perlengkapan persalinan

Evaluasi : telah disiapkan

5. Menganjurkan ibu untuk miring kiri dan memenuhi kebutuhan nutrisi

Evaluasi : ibu bersedia melakukannya

Catatan Perkembangan Kala II

Tanggal : 13 April 2026

Waktu : 15.00 WIB

A. Data Subjektif

Ibu mengatakan ada rasa ingin mencedan

B. Data Objektif

Kedadaan umum : Sakit sedang

Kesadaran : Compos mentis

DJJ : 132x menit reguler

His : 5x10'50

Pemeriksaan dalam : pukul 15.00 WIB

Portio : tidak teraba

Ketuban : Jernih (pukul 13.15)

Pembukaan : 10 cm

Presentasi : Belakang kepala

Penurunan : Hodge III+

C. Analisa

G₁P₀A₀ Gravida 38-39 Minggu Inpartu Kala II Dengan Sifilis Sekunder

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan

Evaluasi : ibu mengetahui

2. Mendekatkan alat, obat dan perlengkapan persalinan

Evaluasi: telah didekatkan

3. Memposisikan Ibu

Evaluasi : ibu dalam posisi litotomi

4. Menggunakan APD Lengkap

Evaluasi : APD telah digunakan

5. Melakukan pertolongan persalinan secara APN

Evaluasi : bayi lahir spontan pukul 15.20 WIB, menangis kuat, tonus otot aktif, kulit kemerahan

6. Menyerahkan bayi ke ruang perinatologi

Evaluasi : bayi telah berada diruang perinatologi

Catatan Perkembangan Kala III

Tanggal : 13 April 2026

Waktu : 15.20 WIB

A. Data Subjektif

Ibu mengatakan masih merasa mules

B. Data Objektif

Tidak ada janin kedua, TFU sepusat, kontraksi uterus keras, kandung kemih tidak penuh, Perdarahan ± 100 ml

C. Analisa

P₁A₀ Kala III Dengan Sifilis Sekunder

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan

Evaluasi : ibu mengetahui

2. Melakukan manajemen aktif kala III :

- a) Menyuntikkan oksitosin 10 IU

Evaluasi : disuntikkan secara IM di 1/3 paha kanan

- b) Melakukan PTT

Evaluasi : plasenta lahir spontan pukul 15.25 WIB

- c) Melakukan masase selama 15x dalam 15 detik

Evaluasi : kontraksi uterus baik

3. Melakukan Cek kelengkapan Plasenta

Evaluasi : Plasenta lengkap

4. Menyuntikkan Methylergometrin

Evaluasi : diberikan secara IV

Catatan Perkembangan Kala IV

Tanggal : 13 April 2026

Waktu : 15.20 WIB

A. Data Subjektif

Ibu mengatakan merasa lemas dan lelah

B. Data Objektif

TD : 120/80 mmHg

Nadi : 80x/menit

Suhu : 36 °C

Respirasi : 20x/menit

Kontraksi : keras

TFU : 2 jari dibawah pusat

Perdarahan : $\pm$ 40 ml

Perineum : rupture grade II

C. Analisa

P₁A₀ Kala IV Dengan Sifilis Sekunder

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan

Evaluasi : ibu mengetahui

2. Memfasilitasi hecting

Evaluasi : ruptur perineum sudah dihecting

3. Membereskan alat dan ruangan serta merapikan ibu

Evaluasi : telah bersih, rapi dan ibu dalam keadaan nyaman

4. Mengajukan Ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi

Evaluasi : ibu bersedia untuk makan dan minum

5. Mengajukan ibu untuk mobilisasi dini, seperti miring kanan-kiri dan duduk

Evaluasi : ibu bersedia melakukannya

6. Memberikan obat sesuai *advice* dokter

Evaluasi : Cefadroxil 2x1, Asam mefenamat 2x1, Fe 1x1 60mg telah diberikan.

7. Melakukan Observasi kala IV selama 2 jam

Tabel 3.1 Catatan Observasi Kala IV

Jam ke	pukul	TD	Nadi	Suhu	Kontraksi uterus	Tinggi Fundus uteri	Kandung kemih	Perdarahan
1	15.30	120/80	80	36,8°C	Keras	2Jrbpst	Kosong	± 20 ml
	15.45	110/70	82		Keras	2Jrbpst	Kosong	± 10 ml
	15.55	120/80	80		Keras	2Jrbpst	Kosong	± 10 ml
	16.00	120/90	81		Keras	2Jrbpst	Kosong	± 10 ml
2	16.30	120/90	88	36,9°C	Keras	2Jrbpst	Kosong	± 20 ml
	17.00	110/90	82		Keras	2Jrbpst	Kosong	± 20ml

3.4.2 Catatan Perkembangan II

Tanggal : 13 April 2026

Waktu : 20.30 WIB

Tempat : Ruang Agate Bawah

A. Data Subjektif

Ibu mengatakan masih ada sedikit nyeri pada luka jahitan

B. Data Objektif

1. Pemeriksaan umum

Keadaan umum : Sakit Ringan

Kesadaran : Compos Mentis

Skala Nyeri : 3

2. TTV : TD:120/100 N : 82x/m S : 36,5 R : 22x/m

3. Pemeriksaan Fisik

Kepala : Rambut bersih, tidak ada benjolan

Wajah : Simetris, tidak pucat

Mata : Simetris, Konjungtiva merah muda, sklera putih

Leher : Simetris, Tidak ada pembengkakan kelenjar limfe dan thyroid
Simetris , tidak ada retraksi, tidak ada benjolan, putting

Payudara : susu menonjol
Tidak ada bekas luka operasi, TFU 2 jari dibawah pusat,

Abdomen : kandung kemih tidak penuh

Diastasi recti : 2 jari

Ekstremitas : Tangan dan kaki tidak oedema, jari- jari tangan dan kaki tidak ada kelainan, tidak ada varises pada kaki, refleks patella (+)

Genetalia : v/v tampak sedikit ruam bitnik kemerahan disekitar labia moya sebelah kiri , tampak luka jahitan pada perineum, perdarahan $\pm$ 20 ml

C. Analisa

P₁A₀ Postpartum 5 Jam Dengan Sifilis Sekunder

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan
Evaluasi : ibu mengetahui
2. Melakukan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi :
 - a) Cefotaxime 2x1 gram (antibiotik sefalosporin untuk mengobati infeksi bakteri seperti pneumonia, ISK berat, meningitis, infeksi kulit, tulang, serta infeksi intraabdominal)
 - b) Metronidazole 3x500 mg (antibiotik dan antiprotozoa untuk mengatasi infeksi bakteri anaerob dan parasit)
 - c) Ketorolac 3x1 30mg (anti nyeri untuk meredakan nyeri akut, sedang dan berat jangka pendek ≤ 5 hari)
 Evaluasi : Obat telah diberikan
3. Menganjurkan ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi
Evaluasi : Ibu bersedia melakukannya
4. Menganjurkan Ibu untuk melakukan mobilisasi dini seperti miring, duduk dan berjalan ke kamar mandi
Evaluasi : Ibu bersedia melakukannya

3.4.3 Catatan Perkembangan III

Tanggal : 14 April 2026

Waktu : 08.00 WIB

A. Data Subjektif

Ibu mengatakan nyeri pada luka jahitan sudah berkurang

B. Data Objektif

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Compos mentis

TTV

TD : 120/70 mmHg

Suhu : 36,4 °C

Nadi : 80x/menit

Respirasi : 20x/menit

Pemeriksaan penunjang

HB : 12,6 gr/dL

C. Analisa

P₁A₀ Postpartum 16 Jam Dengan Sifilis Sekunder

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan

Evaluasi : Ibu mengetahui

2. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi :

a) Cefotaxime 2x1 gram

b) Metronidazole 3x500 mg

c) Ketorolac 3x1 1 gram

Evaluasi : Obat telah diberikan

3. Infomed Concent bisa pulang hari ini

Evaluasi : Obat sudah diberikan dan IC sudah dilakukan

4. Menganjurkan ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi

Evaluasi : Ibu bersedia melakukannya

3.4.4 Catatan Perkembangan IV

Tanggal : 14 April 2026

Waktu : 16.00 WIB

A. Data Subjektif

Ibu mengatakan keadaannya sudah lebih baik

B. Data Objektif

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Compos mentis

TTV

TD : 120/80 mmHg

Suhu : 36,2 °C

Nadi : 86x/menit

Respirasi : 21x/menit

C. Analisa

P₁A₀ Postpartum 1 Hari dengan Sifilis Sekunder

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan

Evaluasi : ibu mengetahui dan mengerti

2. Melakukan Asf infus

Evaluasi : infus sudah dilepas

3. Melakukan KIE tanda bahaya nifas

Evaluasi : ibu mengetahui dan mengerti

4. Melakukan KIE perawatan luka jahitan

Evaluasi : Ibu mengetahui dan mengerti

5. Melakukan KIE KB

Evaluasi : Ibu bersedia untuk menggunakan KB

6. Memberikan terapi obat pulang sesuai *advice* dokter

a) Asam mefenamat 1x500 mg

b) Fe 1x60 mg

c) cefadroxil 1x500 mg

Evaluasi : Obat telah diberikan

BAB IV

PEMBAHASAN

Setelah melakukan asuhan kebidanan ibu bersalin pada Ny.J Usia 19 Tahun G₁P₀A₀ Gravida 38-39 Minggu dengan Sifilis Sekunder di RSUD dr. Slamet Garut yang dilakukan penulis, didapatkan hasil sebagai berikut:

4.1 Subjektif

Berdasarkan hasil pengkajian pada tanggal 13 April 2026 pukul 12.50 WIB, Ny. J usia 19 tahun datang ke Ruang PONEK RSUD dr. Slamet Garut dengan keluhan mules sejak pukul 10.00 WIB yang disertai pengeluaran lendir bercampur darah. Ibu mengatakan belum keluar air ketuban dan gerakan janin masih dirasakan aktif. Ibu datang membawa surat rujukan dari Puskesmas Pembangunan dengan diagnosis sifilis . Ibu juga menyampaikan bahwa ini merupakan kehamilan pertama (G₁P₀A₀) dan tidak memiliki riwayat penyakit menurun maupun menahun, namun saat ini sedang menderita sifilis sekunder. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Fitriyani et al. (2024) yang menyatakan bahwa tanda-tanda persalinan sejati meliputi kontraksi uterus yang teratur dan semakin kuat, adanya pengeluaran lendir bercampur darah (*bloody show*) dari jalan lahir akibat lepasnya sumbat mukus serviks, serta perubahan progresif pada serviks berupa penipisan dan pembukaan.

Lendir bercampur darah yang dialami Ny. J terjadi karena dengan adanya pendataran dan pembukaan serviks, lendir dari canalis cervicalis keluar disertai sedikit darah akibat terputusnya beberapa kapiler darah saat selaput janin terlepas dari segmen bawah rahim (Fitriyani et al., 2024).

Pada perkembangan persalinan pukul 14.30 WIB ibu mengatakan mules semakin bertambah, kemudian pada pukul 15.00 WIB ibu mengeluhkan adanya rasa ingin mengedan. Keluhan ini menunjukkan bahwa proses persalinan berlangsung secara fisiologis dan pembukaan serviks semakin lengkap hingga memasuki kala II persalinan. Dan saat memasuki Kala III dan Kala IV persalinan, ibu mengeluhkan masih merasa mules dan merasa lelah.

Berdasarkan hasil pengkajian pada Ny.J dan ditinjau dari telaah teori sudah sesuai.

4.2 Objektif

Hasil pemeriksaan menunjukkan keadaan umum ibu sakit sedang dengan kesadaran compos mentis. Tanda-tanda vital dalam batas normal yaitu tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 87 kali per menit, suhu 36,6°C, dan respirasi 21 kali per menit.

Pemeriksaan obstetri menunjukkan tinggi fundus uteri 33 cm, denyut jantung janin 149 kali per menit reguler, his 3 kali dalam 10 menit selama 25 detik, presentasi belakang kepala, kepala sudah masuk PAP dengan penurunan Hodge II+, serta pembukaan serviks

6 cm. Pemeriksaan genetalia menunjukkan adanya sedikit ruam bintik kemerahan di sekitar labia mayora sebelah kiri sesuai dengan teori (Iskandar & Reza, 2023) yang menyatakan adanya tanda tersering pada sifilis sekunder adalah ruam kulit . Hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan kadar hemoglobin 12,8 g/dL dan hasil *triple eliminasi* sifilis reaktif.

Pada pukul 14.30 WIB hasil pemeriksaan menunjukkan pembukaan serviks bertambah menjadi 7–8 cm dengan penurunan kepala Hodge III dan dilakukan drip oxytocin 5 IU pada jam .. WIB. Selanjutnya pada pukul 15.00 WIB pembukaan serviks telah lengkap 10 cm, portio tidak teraba, dan ibu merasakan dorongan untuk mendedan sehingga memasuki kala II persalinan. Kondisi DJJ tetap dalam batas normal dan his semakin adekuat untuk proses persalinan.

Berdasarkan hasil pemeriksaan tersebut, kemajuan persalinan sesuai dengan teori fase aktif kala I yang ditandai pembukaan serviks dari 4 cm sampai lengkap 10 cm dengan kontraksi yang semakin kuat, sering, dan teratur.

Berdasarkan Tinjauan Teori dan asuhan yang diberikan pada pada Ny.J terdapat kesenjangan dikarenakan tidak menggunakan APD sesuai dengan standar.

4.3 Analisa

Berdasarkan data subjektif dan objektif diperoleh diagnosis kebidanan yaitu G₁P₀A₀ Usia kehamilan 38–39 Minggu Inpartu Kala I Fase Aktif dengan Sifilis Sekunder. Diagnosis ini ditegakkan berdasarkan adanya kontraksi uterus yang teratur, pengeluaran lendir bercampur darah, pembukaan serviks 6 cm, presentasi belakang kepala, DJJ normal sesuai dengan teori (Fitriyani et al., 2024) yang menyatakan fase aktif adalah periode waktu dari pembukaan 4 cm hingga 10 cm. Frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat, dan hasil pemeriksaan laboratorium yang menunjukkan sifilis sesuai dengan pernyataan Kemenkes RI (2026) bahwa sifilis disebabkan oleh bakteri *Treponema pallidum* yang dapat ditularkan dari ibu ke janin selama kehamilan dan persalinan, sehingga memerlukan penanganan segera dan komprehensif untuk mencegah terjadinya sifilis kongenital pada bayi.

Seiring perkembangan persalinan, pembukaan serviks meningkat menjadi 7–8 cm kemudian lengkap 10 cm sehingga ibu memasuki kala II persalinan ditegakkan diagnosa G₁P₀A₀ Gravida 38-39 Minggu Parturient Kala II dengan Sifilis Sekunder. Tidak ditemukan adanya tanda-tanda komplikasi maternal maupun fetal selama proses persalinan. Kondisi ibu dan janin dalam keadaan baik dengan kemajuan persalinan yang normal.

Pada perkembangan persalinan, setelah bayi lahir uterus masih berkontraksi yang diikuti dengan adanya semburan darah dari jalan lahir serta terlihat tali pusat memanjang dari arah vulva. Hal ini sesuai dengan teori (Fitriyani et al., 2024) yang menyatakan plasenta pertama-tama terlepas secara terpusat seperti payung penutup (paling sering terjadi pada sekitar 80%), diikuti dengan hematoma neuroplasenta, hal ini biasanya terlihat sebelum plasenta lahir dan biasanya keluar darah tidak banyak sehingga ibu memasuki kala III dan dapat ditegakkan diagnose P₁A₀ Kala III dengan Sifilis Sekunder.

Sifilis yang dialami ibu merupakan penyakit infeksi menular seksual yang disebabkan oleh bakteri *Treponema pallidum*. Adapun diagnosa kala IV yaitu P₁A₀ Kala IV dengan Sifilis Sekunder. Penegakkan Analisa sesuai dengan standar.

4.4 Penatalaksanaan

Pentalaksanaan pada ibu bersalin dengan sifilis, risiko penularan dapat terjadi melalui kontak langsung dengan darah, cairan ketuban, sekret genital, maupun jaringan plasenta. Oleh sebab itu, tenaga kesehatan wajib menerapkan prinsip Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) dengan menggunakan APD secara lengkap selama proses persalinan guna mencegah transmisi nosokomial serta melindungi petugas kesehatan dari paparan infeksi. APD yang digunakan meliputi sarung tangan steril, masker medis, *face*

shield/kacamata pelindung, gaun/apron tahan cairan, penutup kepala dan sepatu tertutup/boot cover.

Penatalaksanaan yang diberikan pada Ny. J dilakukan secara kolaboratif. Bidan terlebih dahulu menjelaskan hasil pemeriksaan dan rencana tindakan kepada ibu sehingga ibu memahami kondisi yang dialaminya. Selanjutnya dilakukan kolaborasi dengan dokter berupa pemasangan infus Ringer Laktat 20 tetes per menit, pemeriksaan laboratorium, serta perencanaan pemasangan drip oksitosin.

Selama kala I persalinan dilakukan pemantauan keadaan umum ibu, denyut jantung janin, serta kontraksi uterus secara berkala. Bidan juga mengajarkan teknik relaksasi napas dalam sebagai metode nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri persalinan. Setelah kondisi stabil, ibu dipindahkan ke ruang bersalin untuk mendapatkan pemantauan lebih lanjut.

Pada fase aktif lanjut dilakukan observasi DJJ dan his secara berkesinambungan, pemasangan drip oksitosin sesuai *advice* dokter, serta persiapan alat, obat, dan perlengkapan persalinan. Ibu dianjurkan untuk miring ke kiri dan memenuhi kebutuhan nutrisi guna mendukung kemajuan persalinan.

Saat memasuki kala II persalinan, dilakukan persiapan pertolongan persalinan sesuai standar Asuhan Persalinan Normal (APN). Mengingat ibu terdiagnosis sifilis sekunder, tenaga kesehatan wajib menerapkan kewaspadaan standar dan menggunakan alat pelindung

diri (APD) lengkap selama proses persalinan untuk mencegah penularan infeksi melalui darah, cairan tubuh, maupun sekret genital. Tetapi, APD yang digunakan dilapangan berupa sarung tangan steril, masker medis, gaun/apron tahan cairan dan sandal tertutup.

Pada kala III persalinan, dilakukan manajemen aktif kala III yaitu disuntikan oksitosin 10 IU, melakukan peregang tali pusat terkendali serta melakukan massase uterus.

Serta pada kala IV persalinan, dilakukan pemeriksaan kontraksi uterus, tinggi fundus uteri, penilaian perdarahan serta melakukan hecing pada luka laserasi dengan anestesi *lidocain* 1%.

Namun, terdapat kesenjangan antara teori dengan penatalaksanaan dan asuhan yang diberikan tidak sesuai dengan pedoman pelayanan persalinan pada ibu dengan sifilis, melakukan observasi ketat terhadap kondisi ibu dan janin yaitu penerapan pencegahan dan pengendalian infeksi yang tidak sesuai standar serta kurangnya persiapan penanganan bayi baru lahir untuk mencegah terjadinya sifilis kongenital dan terapi sifilis untuk ibu pasca salin.

4.5 Pendokumentasian

Asuhan yang diberikan pada Ny. J yaitu menggunakan model dokumentasi dalam bentuk catatan perkembangan karena bentuk asuhan yang diberikan berkesinambungan dan menggunakan proses yang terus menerus dengan menggunakan Subjektif, Objektif, Analisa dan Penatalaksanaan (SOAP) yang merupakan salah satu metode

pendokumentasian dalam asuhan kebidanan. Hal ini sesuai dengan teori menurut (Kemenkes RI, 2019) dan berhubungan dengan langkah-langkah manajemen kebidanan Varney.

Data subjektif merupakan data yang menggambarkan keadaan melalui anamnesa dengan klien, data subjektif mengekspresikan klien mengenai kekhawatiran dan keluhannya dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang berhubungan dengan diagnosa. Data ini berhubungan dengan langkah I pada manajemen varney.

Data objektif merupakan data yang menggambarkan keadaan klien melalui beberapa pemeriksaan, seperti pemeriksaan keadaan umum, pemeriksaan TTV, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium, dan data penunjang yang lainnya yang memberikan bukti gejala klinis klien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis. Data ini berhubungan dengan langkah I pada manajemen varney.

Analisis merupakan data kesimpulan yang dapat diinterpretasi dari hasil data subjektif dan objektif. Data ini berhubungan dengan langkah I dan II pada manajemen varney.

Penatalaksanaan merupakan seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, kolaborasi, evaluasi ataupun rujukan. Data ini berhubungan dengan langkah IV, V, VI, dan VII pada manajemen varney.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil pemeriksaan asuhan kebidanan pada Ny.J usia 19 tahun G₁P₀A₀ Gravida 38-39 minggu dengan Sifilis Sekunder di RSUD dr. Slamet Garut, penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut.

1. Hasil pengkajian data subjektif ibu bersalin Ny.J usia 19 tahun G₁P₀A₀ Gravida 38-39 Minggu dengan Sifilis Sekunder di RSUD dr. Slamet Garut tidak terdapat kesenjangan antara teori dan asuhan yang telah diberikan.
2. Hasil pengkajian data objektif ibu bersalin Ny.J usia 19 tahun G₁P₀A₀ Gravida 38-39 Minggu dengan Sifilis Sekunder di RSUD dr. Slamet Garut sudah sesuai teori dan tidak terdapat kesenjangan.
3. Berdasarkan data subjektif dan objektif maka analisa kebidanan ibu bersalin Ny.J usia 19 tahun G₁P₀A₀ Gravida 38-39 Minggu dengan Sifilis Sekunder di RSUD dr. Slamet Garut sudah sesuai dengan teori dan juga asuhan.
4. Berdasarkan Penatalaksanaan ibu bersalin pada Ny.J usia 19 tahun G₁P₀A₀ Gravida 38-39 Minggu dengan Sifilis Sekunder di RSUD dr. Slamet Garut terdapat kesenjangan

pada praktik lapangan dalam melakukan penatalaksanaan lebih lanjut pada ibu bersalin dengan Sifilis.

5. Pendokumentasian ibu bersalin pada Ny.J usia 19 tahun G₁P₀A₀ Gravida 38-39 Minggu dengan Sifilis Sekunder di RSUD dr. Slamet Garut dilakukan dengan menggunakan teknik pendokumentasian SOAP.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Lahan Praktik

Diharapkan kedepannya bagi lahan praktik menyiapkan APD yang sesuai dengan standar dan memberikan asuhan komprehensif untuk penanganan pada ibu bersalin dengan sifilis.

5.2.2 Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan institusi pendidikan dapat menyiapkan sumber referensi atau kepustakaan terbaru yang dapat dijadikan acuan mahasiswa kebidanan dalam pelaksanaan asuhan kebidanan terutama pada ibu bersalin dengan Sifilis.

5.2.3 Bagi Pasien dan Keluarga

Diharapkan pasien dan keluarga dapat meningkatkan kesadarannya dalam memeriksakan lebih lanjut dalam pengobatan sifilis.

DAFTAR PUSTAKA

- Arsy, G. R., Purwandari, N. P., & Sari, M. F. (2023). Aspek Kualitas Hidup Dan Spiritual Orang Dengan Hiv/Aids (Odha) Yang Menjalani Perawatan Paliatif: Literature Review. *Jurnal Profesi Keperawatan*, 10(2), 161–172.
- Bdn, A. M. S. S. T., & Masluroh, S. S. T. (2026). *Dokumentasi dalam Kebidanan*. Pnerbit Nusa.
- Daili, S. F., Indriatmi, W., Wiweko, S. N., Dewi, H., Tanudjaya, F., Wignall, S., & Anartati, A. (2013). Pedoman tata laksana sifilis untuk pengendalian sifilis di layanan kesehatan dasar. In *Kemenkes RI* (pp. 1–37).
- Fakhri Inayati Said, F., Narly Makualaina, F., Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Jayapura, H., & Youmakhe, J. (2024). the Relationship Between Knowledge and Attitudes of Pregnant Women By Preventing the Transmission of Hiv/Aids From Mother To Child. *Indonesian Journal of Global Health Research*, 6(December), 483–490. <http://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/IJGHR>
- Fitrianingsih, Suparyanti, T., & Lestari, E. (2022). Jurnal Medika Husada. *Jurnal Medika Husada*, 2, 24–31.
- Fitriyani, B. D., Nurakilah, H., Keb, S. T., Keb, M. T., Darmayanti, P. A. R., Keb, S. T., Wulan, B. R., Melly Damayanti, S. S. T., Sutianingsih, H., & ST, S. (2024). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Masa Persalinan*. Mahakarya Citra Utama Group.
- Fund, U. N. P. (2025). *International Conference on Population and Development ICPD*. UNFPA. <https://www.unfpa.org/icpd>
- Gala, K. (2025, June 11). *Jumlah penderita penyakit sifilis di Garut dalam setahun berkisar 100 hingga 150 orang*. <https://www.koran-gala.id/news/5878898377/jumlah-penderita-penyakit-sifilis-di-garut-dalam-setahun-berkisar-100-hingga-150-orang>
- Indonesia, K. K. R. (2026). *Halaman Utama HIV AIDS*. Ditjen P2P Kemenkes RI. <https://hiv-aids.kemkes.go.id>
- Indonesia, P. K. (2024). *Profil Kesehatan*.
- Iskandar, I., & Reza, M. D. (2023). Sifilis pada Kehamilan. *GALENICAL: Jurnal Kedokteran Dan Kesehatan Mahasiswa Malikussaleh*, 2(1), 13–31.

- Kemenkes, 2021. (2021). PMK No. 21 Tahun 2021. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia*, (879), 2004–2006.
- Kementrian Kesehatan Indonesia. (2020). *Pedoman Pelayanan Antenatal Care, Persalinan, Nifas Dan Bayi Baru Lahir*.
- Organization, W. H. (2024). *Syphilis*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/syphilis>
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2024 Tentang Penanggulangan Human Immunodeficiency Virus, Infeksi Menular Seksual, Dan Tuberkulosis (2024). <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/314519>
- Peraturan Pemerintah. (2024). Peraturan Pemerintah No. 28 Tahun 2024. *Peraturan.Bpk.Go.Id*, (226975), 1–656.
- Presiden RI. (2023). 1. Presiden RI. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan. Undang-Undang. 2023;(187315):1–300. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan. *Undang-Undang*, (187315), 1–300.
- Prevention, C. for D. C. and. (2026). *Syphilis*. CDC - Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/syphilis/index.html>
- RI, D. K. L. K. (2026). *Sifilis*. Kementerian Kesehatan RI. https://keslan.kemkes.go.id/view_artikel/1236/sifilis
- RI, K. K. (2024). *Berani Tes, Berani Lindungi Diri: Kemenkes Targetkan Eliminasi HIV dan IMS Tahun 2030*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. <https://kemkes.go.id/eng/berani-tes-berani-lindungi-diri-kemenkes-targetkan-eliminasi-hiv-dan-ims-tahun-2030>
- Staff, M. C. (2023). *Syphilis - Diagnosis and treatment*. Mayo Clinic. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/syphilis/diagnosis-treatment/drc-20351762>
- Vatrisya, G., Febliyanti, D., & Anggraini, D. (2024). Infeksi Menular Seksual Pada Remaja di Indonesia. *Journal of Public Health Science*, 1(2), 87–96.
- Veronika, F., Ciselia, D., Afrika, E., & Aisyah, S. (2023). Al-Insyirah Midwifery Fitriani Veronika (1) , Dewi Ciselia (2) , Eka Afrika (3) , Siti Aisyah (4) (1)(2)(3)(4) S1 Kebidanan, Fakultas Kebidanan dan Keperawatan, Universitas Kader. *Al-Insyirah Midwifery Jurnal Ilmu Kebidanan*, 12(2), 167–174. <https://jurnal.ikta.ac.id/kebidanan/index>

LAMPIRAN

PARTOGRAF

No. Register Nama Ibu/Bapak : Ny. J. / Tn. R. Umur : 19 / 20 GPA Hamil : 18 minggu

☒ Puskesmas/RB Masuk Tanggal : 15-04-2016 Pukul : 15.00 WIB

Ketuban Pecah sejak pukul 15.15 WIB Mulus sejak pukul 16.00 WIB Alamat : Kp. Mekar Jaya

Bayan Jantung 140 (s/menit)

air ketuban penyempitan

Waktu (Pukul)

15.00 15.00 16.00

Kontraksi tiap 10 menit

Obat dan cairan IV

Nadi

Tekanan darah

Temperatur °C

Protein

Aseton

Volume

Makan terakhir : Pukul 15.30 Jenis : nasi Porsi : 1 porsi

Minum terakhir : Pukul 15.00 Jenis : air putih Porsi : 1 gelas

Penolong Bidan

Lembar partograf bagian belakang

CATATAN PERSALINAN

Tanggal: 15-04-2016
 Tempat persalinan: ☐ rumah ibu ☒ Puskesmas ☐ Klinik Swasta ☐ Rumah Sakit
 Alamat tempat persalinan: Jl. Raya R. 50

KALA I

☐ Partograf melewati garis waspada

Penatalaksanaan yang dilaksanakan untuk masalah tersebut:

KALA II

Lama Kala II: 10 menit Episiotomi: ☒ tidak ☐ ya Indikasi:
 Pendamping pada saat persalinan: ☐ suami ☒ keluarga ☐ teman ☐ dukun ☐ tidak ada
 Gawat Janin: ☐ miringkan ibu ke sisi kiri ☐ minta ibu menarik napas ☐ episiotomi
 Distosia Bahu: ☐ Manuver Mc Robert ☐ Ibu merangkang ☐ Lainnya:

Penatalaksanaan untuk masalah tersebut:

KALA III

Lama Kala III: 5 menit Jumlah Perdarahan: 150 ml
 a. Pemberian Oksitosin 10 U IM < 2 menit? ☒ ya ☐ tidak
 b. Pemberian Oksitosin ulang (2x)? ☐ ya ☒ tidak
 c. Pemegangan tali pusat terkendali? ☒ ya ☐ tidak
 d. Masase fundus uteri? ☒ ya ☐ tidak
 Laserasi perineum derajat: 2 Tindakan: ☐ mengeluarkan secara manual ☐ merujuk
 Alotia uteri: ☐ Kompresi bimanual interna ☐ Metil Ergometrin 0,2 mg IM ☐ Oksitosin drip

Penatalaksanaan yang dilaksanakan untuk masalah tersebut:

BAYI BARU LAHIR

Berat Badan: 3500 gram Panjang: 51 cm Jenis Kelamin: ☒ P ☐ M Nilai APGAR: 8 / 9

Bayi baru lahir pucat/biru/lemas: ☒ mengeringkan ☒ menghangatkan ☐ bebaskan jalan napas
☐ stimulasi rangsang aktif ☐ lainnya, sebutkan:

Penatalaksanaan yang dilaksanakan untuk masalah tersebut:

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam ke	Pukul	Tekanan Darah	Nadi	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1	15.30	120/80	80	36.8°C	2 J 8 P 1	Keras	100ml	10 ml
	15.45	110/80	80		2 J 8 P 1	Keras	100ml	10 ml
	15.55	110/80	80		2 J 8 P 1	Keras	100ml	10 ml
2	16.00	110/80	80	36.9°C	2 J 8 P 1	Keras	100ml	10 ml
	16.15	110/80	80		2 J 8 P 1	Keras	100ml	10 ml
	16.30	110/80	80		2 J 8 P 1	Keras	100ml	10 ml

Penatalaksanaan yang dilaksanakan untuk masalah tersebut:

KIE

No	Tanggal	Materi	Pelaksana	Keterangan
		• Semua nifas		
		• Breast care		
		• ASI		
		• Perawatan Tali Pusat		
		• KL		
		• Gizi		
		• Imunisasi		

LEMBAR BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : Vera Sri F Almal

Nama Pembimbing : Dra. Dian F, S. ST, MKM

NIM : 11603020

NIDN : 0416038801

Judul KTI :

No	Hari/ Tanggal	Materi Bimbingan	Saran Pembimbing	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing
1.	Rabu, 06-05-2026	- BAB II Tinjauan Kasus	- Tinjauan kasus dr Awal hingga di RSUD. dr Laki - Fungsi obat an		
2.	Jumat, 08/05/2026	- BAB III Tinjauan Kasus	- Saran BAB I - Saran BAB II		
3.	Senin, 18/05/2026	- BAB I Pendahuluan - BAB II Tinjauan Teori	- Survei BAB I - Survei BAB II - Survei Lampiran		
4.	Selasa, 07/06/2026	- BAB IV Pembahasan - BAB V Penutup	- Daftar pustaka - Survei Lampiran - Daftar ISI		
5.	Rabu, 10/06/2026	- BAB IV Pembahasan - Daftar pustaka	- Kesenjangan - Saran Daftar pustaka		
6.	Jumat, 12/06 2026	- BAB IV Pembahasan - Daftar pustaka	- Lembar teori - dr BAB IV - Rangkum Daftar pustaka		
7.					

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Vera Sri Fathonah Akmal, adalah nama Penulis Laporan Tugas Akhir ini. Penulis lahir dari orang tua Sulaeman (Ayah) dan Lilit Hotimah (Ibu) sebagai anak kedua dari tiga bersaudara. Penulis dilahirkan di Garut pada tanggal 28 Mei 2005.

Penulis menempuh pendidikan di SDN 02 Karangwangi Tahun 2011, lalu pindah sekolah ke SDN 03 Karangwangi pada Tahun yang sama yaitu 2011 dan lulus tahun 2017, melanjutkan sekolah di SMPN 2 Mekarmukri (lulus tahun 2020), lalu melanjutkan di SMAN 28 Garut (lulus tahun 2023). Dan pada tahun yang sama yaitu 2023 dengan dorongan serta dukungan dari orang tua, memutuskan untuk melanjutkan Pendidikan di Institut Kesehatan Karsa Husada Garut, Terdaftar sebagai Mahasiswa Institut Kesehatan Karsa Husada Garut Program Studi DIII Kebidanan Tahun Ajaran 2023-2026.

Pengalaman Organisasi penulis diantaranya menjadi anggota HIMA DIII Kebidanan 2024-2026.

Motto Hidupku yaitu “Tumbuh dalam diam, berbuah saat waktunya”.