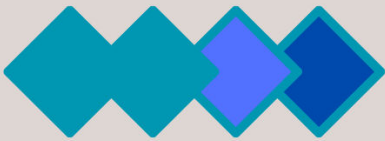


ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA IBU BERSALIN DAN BAYI BARU LAHIR



- **Siswi Wulandari**
- **Lilis Fatmawati**
- **Lingga Puspita Sari**
- **Rahmah Fitria**
- **Tri Endah Rachmawati**
- **Hendri Devita**
- **Lailaturohmah**
- **Triswanti**
- **Weni Tri Purnani**
- **Husnul Hatima**
- **Imelda Rosniyati Dewi**



ISBN 978-623-198-593-4



9 786231 985934

ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA IBU BERSALIN DAN BAYI BARU LAHIR

**Siswi Wulandari
Lilis Fatmawati
Lingga Puspita Sari
Rahmah Fitria
Tri Endah Rachmawati
Hendri Devita
Lailaturohmah
Triswanti
Weni Tri Purnani
Husnul Hatima
Imelda Rosniyati Dewi**



GET PRESS INDONESIA

ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA IBU BERSALIN DAN BAYI BARU LAHIR

Penulis :

Siswi Wulandari
Lilis Fatmawati
Lingga Puspita Sari
Rahmah Fitria
Tri Endah Rachmawati
Hendri Devita
Lailaturohmah
Triswanti
Weni Tri Purnani
Husnul Hatima
Imelda Rosniyati Dewi

ISBN : 978-623-198-593-4

Editor : Dr. Oktavianis, M.Biomed.

Penyunting : Rantika Maida Sahara, S.Tr.Kes.

Desain Sampul dan Tata Letak : Atyka Trianisa, S.Pd

Penerbit : GET PRESS INDONESIA

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

Jln. Palarik Air Pacah No 26 Kel. Air Pacah
Kec. Koto Tangah Kota Padang Sumatera Barat
Website : www.getpress.co.id
Email : adm.getpress@gmail.com

Cetakan pertama, 13 Agustus 2023

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan
dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Segala Puji dan syukur atas kehadiran Allah SWT dalam segala kesempatan. Sholawat beriring salam dan doa kita sampaikan kepada Nabi Muhammad SAW. Alhamdulillah atas Rahmat dan Karunia-Nya penulis telah menyelesaikan Buku Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ibu Bersalin Dan Bayi Baru Lahir ini.

Buku ini membahas Konsep dasar asuhan kebidanan pada ibu bersalin, Perubahan fisiologis dalam persalinan, Perubahan psikologis dalam persalinan, Faktor yang mempengaruhi persalinan, Kebutuhan dasar pada ibu dalam persalinan, Penyulit dan komplikasi dalam persalinan, Asuhan kebidanan pada ibu bersalin kala I, Asuhan kebidanan pada ibu bersalin kala III, Asuhan kebidanan pada ibu bersalin kala IV, Penatalaksanaan bayi baru lahir dengan asfiksia, Dokumentasi asuhan kebidanan pada ibu bersalin.

Proses penulisan buku ini berhasil diselesaikan atas kerjasama tim penulis. Demi kualitas yang lebih baik dan kepuasan para pembaca, saran dan masukan yang membangun dari pembaca sangat kami harapkan.

Penulis ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah mendukung dalam penyelesaian buku ini. Terutama pihak yang telah membantu terbitnya buku ini dan telah mempercayakan mendorong, dan menginisiasi terbitnya buku ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi masyarakat Indonesia.

Padang, 13 Agustus 2023

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR GAMBAR	vi
DAFTAR TABEL	vii
BAB 1 KONSEP DASAR ASUHAN KEBIDANAN	
PADA IBU BERSALIN	1
1.1 Pendahuluan.....	1
1.2 Definisi dan Tujuan Asuhan Persalinan.....	2
1.3 Lima (5) benang merah asuhan persalinan	4
1.4 Tanda-tanda persalinan.....	12
1.5 Macam Persalinan	14
1.6 Tahapan dalam persalinan.....	15
DAFTAR PUSTAKA	18
BAB 2 PERUBAHAN FISIOLOGIS DALAM PERSALINAN..	21
2.1 Pendahuluan.....	21
2.2 Perubahan Fisiologis Persalinan Kala I.....	22
2.3 Perubahan Fisiologis Persalinan Kala II	32
2.4 Perubahan Fisiologis Persalinan Kala III.....	33
2.5 Perubahan Fisiologis Persalinan Kala IV.....	33
DAFTAR PUSTAKA	35
BAB 3 PERUBAHAN PSIKOLOGIS DALAM PERSALINAN	37
3.1 Pendahuluan.....	37
3.2 Perubahan Psikologis Kala I	38
3.3 Perubahan Psikologi Kala II.....	40
3.4 Perubahan Psikologis Kala Iii	41
3.5 Perubahan Psikologis Kala Iv.....	41
3.6 Faktor Penyebab Perubahan Psikologis Dalam Persalinan	42
3.6.1 Kecemasan.....	42
3.6.2 Ketakutan	45
3.6.3 Upaya Mengatasi Masalah Psikologis dalam	

Persalinan.....	48
3.7 Intervensi Masalah Psikologis Persalinan.....	51
DAFTAR PUSTAKA	53
BAB 4 FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERSALINAN ...	57
4.1 Pendahuluan.....	57
4.2 Faktor <i>Passenger</i>	59
4.2.1 <i>Size of fetal head</i> /Ukuran kepala janin	59
4.2.2 <i>Fetal presentation</i> /Presentasi janin	61
4.2.3 <i>Fetal lie</i> /Letak Janin	64
4.2.4 <i>Fetal attitude</i> /Sikap Janin	65
4.2.5 <i>Fetal position</i> /Posisi Janin	68
4.2.6 Stasiun.....	69
4.2.7 <i>Engagement</i>	70
4.3 Faktor <i>Passage</i>	71
4.3.1 Bony pelvis/Tulang panggul	71
4.3.2 <i>Cervix</i> /Serviks.....	72
4.3.3 <i>Pelvic floor muscles</i> /Otot dasar panggul	73
4.4 Faktor <i>Power</i>	74
4.5 Faktor Position of the mother	75
4.6 Faktor <i>Psychology</i>	75
DAFTAR PUSTAKA	77
BAB 5 KEBUTUHAN DASAR IBU PADA MASA	
PERSALINAN	79
5.1 Pendahuluan.....	79
5.2 Kebutuhan Dasar Ibu pada Masa Persalinan.....	79
5.2.1 Dukungan Psikologis	80
5.2.2 Kebutuhan Nutrisi dan Cairan	81
5.2.3 Kebutuhan Eliminasi	82
5.2.4 Kebutuhan Aktivitas	83
5.2.5 Pengurangan Rasa Nyeri	86
5.2.6 Kebersihan Diri.....	87
5.2.7 Informasi dan Edukasi	88
DAFTAR PUSTAKA	90

BAB 6 PENYULIT DAN KOMPLIKASI DALAM

PERSALINAN	91
6.1 Penyulit Persalinan.....	91
6.2 Penyulit/Komplikasi Persalinan Kala I dan II	91
6.2.1 Distosia Kelainan Presentasi Dan Posisi (Mal Posisi).....	92
6.2.2 Distosia Karena Kelainan HIS	97
6.2.3 Distosia Karena Kelainan Alat Kandungan	101
6.2.4 Distosia karena malformasi janin.....	104
DAFTAR PUSTAKA	110

BAB 7 ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN

KALA I.....	111
7.1 Fisiologi Persalinan Kala 1.....	111
7.1.1 Uterus	111
7.1.2 Serviks.....	111
7.2 Pemeriksaan Obstetri Kala 1.....	119
7.3 Manajemen Asuhan Kala 1.....	124
7.4 Partograf.....	129
7.5 Pendokumentasian Persalinan Kala I	135
DAFTAR PUSTAKA	138

BAB 8 ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN

KALA III.....	139
8.1 Pendahuluan.....	139
8.2 Fisiologi Persalinan Kala III	140
8.1.1 Pengertian.....	140
8.1.2 Cara-cara Pelepasan Plasenta.....	140
8.1.3 Perasat Pelepasan Plasenta	142
8.1.4 Tanda-tanda Pelepasan Plasenta.....	143
8.1.5 Pengeluaran Selaput Ketuban	143
8.2 Manajemen Aktif Kala Tiga	144
8.2.1 Keuntungan-keuntungan manajemen aktif kala tiga.....	146
8.2.2 Langkah-langkah manajemen aktif kala tiga	146

8.2.3 Pemeriksaan plasenta.....	148
8.2.4 Pemeriksaan selaput ketuban.....	148
8.2.5 Pemeriksaan tali pusat	149
8.3 Pemantauan Kala Tiga	150
8.4 Asuhan Sayang Ibu Kala Tiga.....	151
8.5 Pendokumentasian Kala Tiga.....	152
DAFTAR PUSTAKA	153
BAB 9 ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN	
KALA IV.....	155
9.1 Pengertian.....	155
9.2 Fisiologi Kala IV	155
9.3 Asuhan dan Pemantauan Kala IV	157
9.4 Bentuk Kegawatdaruratan Kala IV.....	158
9.4.1 Emboli Cairan Ketuban	158
9.4.2 Robekan Perineum	159
9.4.3 Robekan Serviks.....	159
9.4.5 Inversio Uteri	160
DAFTAR PUSTAKA	162
BAB 10 PENATALAKSANAAN BAYI BARU LAHIR	
DENGAN ASFIKSIA	163
10.1 Bayi Baru Lahir	163
10.2 Asfiksia.....	167
10.3 Penatalaksanaan Bayi Baru Lahir dengan Asfiksia....	171
DAFTAR PUSTAKA	176
BAB 11 DOKUMENTASI ASUHAN KEBIDANAN	
PADA IBU BERSALIN.....	177
11.1 Pendahuluan.....	177
11.2 Pendokumentasian Asuhan Dalam Persalinan dengan SOAP.....	179
11.3 Partograf	181
DAFTAR PUSTAKA	186
BIODATA PENULIS	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 4.1. Kepala Janin cukup bulan (aterm) – Tulang	60
Gambar 4.2. Kepala Janin cukup bulan (aterm) – Fontanel dan Sutura.....	60
Gambar 4.3. Contoh presentasi vertex (oksiput) janin dalam kaitannya dengan bagian depan, belakang, atau samping panggul ibu.	63
Gambar 4.4. Presentasi janin. A ke C, presentasi sungsang (sakral) ;. D, Presentasi bahu	64
Gambar 4.5. Diameter kepala janin saat aterm	66
Gambar 4.6. Kepala memasuki panggul	67
Gambar 4.7. Station	70
Gambar 4.8. Panggul Wanita.....	72
Gambar 4.9. <i>Pelvic floor muscles</i> /Otot dasar panggul.....	74
Gambar 7.1. Partograf.....	135
Gambar 8.1. Plasenta maternal dan fetal	143

DAFTAR TABEL

Tabel 10.1. Penanganan BBL pada APGAR skore	170
Tabel 10.2. Kondisi gawat janin	171

BAB 1

KONSEP DASAR ASUHAN

KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN

Oleh Siswi Wulandari

1.1 Pendahuluan

Asuhan kebidanan memainkan peran penting dalam memberikan perawatan komprehensif untuk ibu setelah bersalin. Penolong yang terampil, seperti bidan, memiliki pengetahuan dan keahlian untuk secara efektif mengelola komplikasi selama persalinan dan mengurangi kematian maternal (Oo *et al.*, 2023).

Penolong yang terampil ini memainkan peran kritis dalam memastikan kesehatan dan kesejahteraan baik bagi ibu maupun bayi baru lahir selama persalinan dan periode pascapartum segera. Untuk mencegah kematian maternal dan perinatal, akses cepat ke pelayanan obstetri darurat dan perawatan neonatal berkualitas, termasuk resusitasi, sangat penting selama periode ini (Oo *et al.*, 2023).

Melahirkan di fasilitas kesehatan adalah kunci untuk memastikan bahwa layanan ini dengan mudah tersedia. Melahirkan di fasilitas kesehatan memungkinkan akses langsung ke pelayanan obstetri darurat dan penolong terampil yang dapat secara efektif mengelola komplikasi yang mungkin muncul selama persalinan. 24 jam pertama pasca persalinan diakui sebagai periode risiko tertinggi untuk wanita dan bayi baru lahir, menjadikan perawatan pascapersalinan segera sangat penting (Kumar, P. dan Dhillon, P., 2020).

1.2 Definisi dan Tujuan Asuhan Persalinan

Persalinan adalah proses alami di mana janin yang telah mencapai tahap kedewasaan yang memadai dikeluarkan dari rahim ibu melalui jalan lahir. Secara umum, persalinan merujuk pada tahap akhir kehamilan di mana kontraksi otot rahim menyebabkan pembukaan serviks (mulut rahim) dan penolakan janin serta plasenta dari rahim.

Proses persalinan terjadi sebagai respons tubuh ibu terhadap adanya sinyal hormon yang mengatur kontraksi rahim. Kontraksi tersebut bertujuan untuk membantu membuka dan melunakkan serviks agar janin dapat melewati jalan lahir. Persalinan biasanya terjadi secara bertahap, dimulai dengan pembukaan serviks, dilanjutkan dengan tahap pengedutan (melahirkan), dan diakhiri dengan pengeluaran plasenta (melahirkan plasenta).

Persalinan dapat dibagi menjadi dua jenis utama, yaitu persalinan normal (vaginal) dan persalinan dengan operasi caesar (sectio caesarea). Persalinan normal adalah proses alami di mana janin dikeluarkan melalui jalan lahir secara spontan. Sedangkan persalinan dengan operasi caesar melibatkan tindakan pembedahan di mana bayi dikeluarkan melalui sayatan pada dinding perut dan rahim ibu.

Persalinan normal juga dapat dibagi menjadi beberapa tahap, yaitu tahap pembukaan (mulai dari pembukaan serviks hingga sepenuhnya terbuka), tahap melahirkan, dan tahap pengeluaran plasenta. Setiap tahap memiliki ciri-ciri dan tanda-tanda yang khas, dan biasanya diikuti oleh tindakan medis dan intervensi yang diperlukan untuk memantau dan memastikan kesehatan ibu dan janin.

Tujuan asuhan persalinan adalah untuk memberikan perawatan yang aman, komprehensif, dan mendukung kepada ibu selama proses persalinan. Berikut adalah beberapa tujuan utama asuhan persalinan:

1. Memastikan keselamatan dan kesehatan ibu dan janin: Tujuan utama dari asuhan persalinan adalah memantau dan menjaga keselamatan serta kesehatan ibu dan janin selama seluruh proses persalinan. Tim medis akan memonitor tanda-tanda vital, denyut jantung janin, kontraksi rahim, dan tanda-tanda bahaya lainnya untuk mengidentifikasi komplikasi potensial dan mengambil tindakan yang diperlukan.
2. Mengelola nyeri dan memberikan dukungan emosional: Asuhan persalinan juga bertujuan untuk membantu ibu mengelola nyeri persalinan dan memberikan dukungan emosional yang diperlukan. Tim medis akan memberikan opsi pengelolaan nyeri seperti teknik relaksasi, pernapasan, analgesik, atau anestesi epidural. Mereka juga akan memberikan dukungan, dorongan, dan informasi kepada ibu untuk mengatasi ketegangan dan kecemasan selama persalinan.
3. Memfasilitasi kemajuan persalinan dan kelahiran bayi: Asuhan persalinan bertujuan untuk membantu kemajuan persalinan dengan memantau kontraksi rahim, pembukaan serviks, dan posisi bayi. Tim medis akan memberikan panduan tentang teknik mendorong yang efektif dan memberikan bantuan saat diperlukan, seperti menggunakan alat bantu atau melakukan episiotomi. Tujuannya adalah untuk memfasilitasi kelahiran bayi dengan aman dan tanpa komplikasi.
4. Mendorong dan mendukung inisiasi menyusui: Setelah kelahiran, tujuan asuhan persalinan termasuk mendorong dan mendukung inisiasi menyusui dini antara ibu dan bayi. Tim medis akan memberikan dukungan dalam teknik menyusui yang benar, memastikan kontak kulit dengan kulit, dan membantu dalam menciptakan ikatan awal antara ibu dan bayi.

5. Memberikan perawatan luka perineum dan penolakan plasenta: Selama tahap penolakan plasenta, tujuan asuhan persalinan adalah memberikan perawatan yang tepat pada luka perineum jika ada, serta memantau dan mendukung keluarnya plasenta dengan aman dan lengkap.

Selain tujuan-tujuan tersebut, asuhan persalinan juga bertujuan untuk memberikan informasi, pendidikan, dan dukungan pada ibu dan keluarga tentang perawatan pasca-persalinan, kegiatan perawatan bayi, tanda-tanda peringatan yang harus diperhatikan, dan pentingnya pemeriksaan pasca-persalinan.

1.3 Lima (5) benang merah asuhan persalinan

Ada 5 benang merah atau prinsip utama dalam asuhan persalinan yang melibatkan perhatian terhadap ibu selama proses persalinan. Berikut adalah lima benang merah asuhan persalinan:

1. Keputusan klinik

Pengambilan keputusan klinik dalam asuhan kebidanan melibatkan proses evaluasi informasi medis dan pertimbangan berbagai faktor yang relevan untuk menentukan tindakan terbaik dalam perawatan ibu dan bayi. Berikut adalah beberapa faktor yang perlu dipertimbangkan dalam pengambilan keputusan klinik dalam asuhan kebidanan:

- a. Evaluasi Klinis: Tim medis akan melakukan evaluasi menyeluruh terhadap kondisi ibu dan bayi. Hal ini meliputi pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang seperti tes laboratorium atau pemantauan janin, dan mempertimbangkan riwayat kesehatan serta faktor risiko yang mungkin ada. Evaluasi ini membantu dalam memahami kondisi kesehatan saat ini dan

mengidentifikasi kemungkinan komplikasi yang perlu diperhatikan.

- b. Informasi Medis: Tim medis akan memberikan informasi medis yang relevan kepada ibu dan keluarganya. Informasi ini mencakup penjelasan mengenai kondisi, risiko, manfaat, dan pilihan perawatan yang tersedia. Ini memungkinkan ibu untuk memiliki pemahaman yang baik tentang situasi dan konsekuensi dari setiap keputusan yang akan diambil.
- c. Preferensi dan Nilai-nilai Pasien: Pengambilan keputusan klinik harus mempertimbangkan preferensi dan nilai-nilai pasien. Setiap ibu memiliki hak untuk berpartisipasi dalam pengambilan keputusan mengenai perawatannya. Tim medis akan mendengarkan preferensi pasien, menjawab pertanyaan, serta memberikan informasi yang akurat dan objektif untuk membantu ibu membuat keputusan yang sesuai dengan nilai-nilainya.
- d. Evidensiasi dan Panduan Klinis: Keputusan klinik harus didasarkan pada bukti ilmiah terkini dan pedoman klinis yang relevan. Tim medis akan mengacu pada penelitian yang ada, studi klinis, dan panduan klinis yang dikeluarkan oleh organisasi kesehatan terkemuka. Evidensiasi membantu memastikan bahwa keputusan yang diambil didasarkan pada praktek medis terbaik yang telah teruji.
- e. Pertimbangan Risiko dan Manfaat: Setiap keputusan klinik harus mempertimbangkan risiko dan manfaat yang terkait. Tim medis akan mengevaluasi risiko potensial dari setiap tindakan atau intervensi, serta manfaat yang mungkin dicapai. Ini melibatkan pemahaman tentang keuntungan bagi ibu dan bayi, serta kemungkinan komplikasi atau dampak negatif.

- f. Kolaborasi Tim Medis: Pengambilan keputusan klinik dalam asuhan kebidanan sering melibatkan kolaborasi antara berbagai anggota tim medis, seperti bidan, dokter, perawat, dan ahli lainnya. Diskusi dan konsultasi antara anggota tim medis membantu dalam memperoleh sudut pandang yang komprehensif dan pendekatan interdisipliner terhadap perawatan.

2. Aspek sayang ibu dan bayi

Aspek sayang ibu dan bayi adalah elemen penting dalam asuhan kebidanan yang bertujuan untuk memberikan perhatian, perawatan, dan dukungan yang empatik serta berfokus pada kesejahteraan ibu dan bayi. Berikut adalah beberapa aspek sayang ibu dan bayi dalam asuhan kebidanan:

- a. Kehadiran Empati dan Perhatian: Aspek ini melibatkan kehadiran tim kebidanan yang empatik, penuh perhatian, dan peduli terhadap ibu dan bayi. Tim medis harus mampu membangun hubungan yang baik dengan ibu dan keluarga, mendengarkan dengan saksama, dan memahami kebutuhan fisik, emosional, dan psikologis mereka.
- b. Komunikasi yang Efektif: Komunikasi yang baik antara tim medis, ibu, dan keluarga sangat penting dalam membangun ikatan dan memastikan pemahaman yang saling berarti. Tim medis harus mampu menyampaikan informasi medis dengan jelas, menjawab pertanyaan, serta melibatkan ibu dan keluarga dalam pengambilan keputusan tentang perawatan yang tepat.
- c. Penghormatan terhadap Pilihan dan Preferensi: Aspek ini mencakup penghormatan terhadap pilihan dan preferensi ibu dan keluarga. Tim medis harus menghargai keputusan ibu terkait perawatan, seperti preferensi tentang posisi melahirkan, metode

pengelolaan nyeri, atau partisipasi dalam pengambilan keputusan klinis. Hal ini meningkatkan rasa kendali dan keterlibatan ibu dalam perawatan mereka.

- d. Dukungan Fisik dan Emosional yang Berkelanjutan: Asuhan kebidanan yang baik melibatkan dukungan fisik dan emosional yang berkelanjutan bagi ibu dan bayi. Ini dapat mencakup bantuan dalam mengelola nyeri persalinan, memberikan dukungan emosional saat perasaan cemas atau takut muncul, serta memberikan dorongan dan pujian selama proses persalinan.
- e. Pemberian Informasi dan Pendidikan: Aspek ini melibatkan memberikan informasi dan pendidikan yang komprehensif kepada ibu dan keluarga tentang persalinan, perawatan bayi, menyusui, dan perawatan pasca-persalinan. Pendidikan ini membantu ibu dan keluarga dalam membuat keputusan yang terinformasi dan mempersiapkan mereka secara optimal untuk perawatan mereka dan masa depan bersama bayi.
- f. Kontinuitas Perawatan: Kontinuitas perawatan adalah aspek penting dalam asuhan kebidanan yang melibatkan koordinasi dan integrasi perawatan dari kehamilan hingga persalinan dan masa pasca-persalinan. Melibatkan tim medis yang sama atau tim yang berkomunikasi dengan baik membantu membangun hubungan yang kuat dan memastikan perawatan yang terus-menerus dan konsisten.

Aspek sayang ibu dan bayi dalam asuhan kebidanan mencerminkan pentingnya mendengarkan, memahami, dan merespon kebutuhan ibu dan bayi dengan penuh kasih sayang. Hal ini bertujuan untuk menciptakan pengalaman persalinan yang positif, mempromosikan ikatan antara ibu dan bayi, serta

mendukung kesehatan dan kesejahteraan mereka secara keseluruhan.

3. Aspek pencegahan infeksi dalam asuhan kebidanan pada ibu bersalinan

Aspek pencegahan infeksi dalam asuhan kebidanan pada ibu bersalin sangat penting untuk memastikan keselamatan ibu dan bayi. Beberapa aspek yang perlu diperhatikan dalam pencegahan infeksi adalah sebagai berikut:

- a. Kebersihan dan Kebersihan Tangan: Kebersihan tangan adalah langkah pencegahan yang paling penting dalam menghentikan penyebaran infeksi. Tim kebidanan harus mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir sebelum dan setelah melakukan kontak dengan ibu dan bayi. Jika air dan sabun tidak tersedia, penggunaan pembersih tangan berbasis alkohol juga dapat dilakukan.
- b. Sterilisasi dan Desinfeksi: Peralatan medis dan peralatan yang digunakan dalam proses persalinan harus disterilkan atau didesinfeksi dengan benar. Ini termasuk alat bantu persalinan, instrumen, dan peralatan lainnya. Sterilisasi atau desinfeksi yang tepat dapat membunuh mikroorganisme yang berpotensi menyebabkan infeksi.
- c. Penggunaan Sarung Tangan dan Alat Pelindung Diri: Tim kebidanan harus menggunakan sarung tangan dan alat pelindung diri seperti masker dan kacamata pelindung saat melakukan prosedur yang melibatkan kontak langsung dengan darah, cairan tubuh, atau bahan yang terkontaminasi potensial. Ini melindungi ibu dan anggota tim medis dari risiko infeksi saling menular.

- d. Kebersihan Lingkungan: Ruang persalinan dan area sekitarnya harus dijaga kebersihannya. Permukaan harus dibersihkan dan disterilkan secara teratur, terutama setelah setiap persalinan. Udara harus memiliki sirkulasi yang baik, dan ruangan harus terjaga kebersihan udara dan kelembapan yang tepat.
 - e. Pengelolaan Infeksi Perinatal: Langkah-langkah pencegahan infeksi perinatal juga harus diperhatikan. Ini termasuk pemberian antibiotik profilaksis pada saat yang tepat (jika diperlukan), pencegahan penyebaran infeksi dari ibu ke bayi selama persalinan, perawatan tali pusat yang steril, serta perawatan bayi yang baik dan higienis setelah lahir.
 - f. Vaksinasi: Penting bagi ibu dan anggota tim medis untuk memastikan bahwa mereka telah menerima vaksinasi yang sesuai. Vaksinasi seperti vaksin influenza dan vaksin difteri-gonore-tetanus (DPT) dapat membantu mencegah infeksi yang dapat membahayakan ibu dan bayi.
4. Aspek dokumentasi dalam asuhan kebidanan pada ibu bersalin

Aspek dokumentasi dalam asuhan kebidanan pada ibu bersalin sangat penting untuk mencatat informasi yang relevan, memantau perkembangan persalinan, serta memastikan kontinuitas perawatan dan keselamatan ibu dan bayi. Berikut adalah beberapa aspek yang perlu diperhatikan dalam dokumentasi asuhan kebidanan pada ibu bersalin:

- a. Riwayat Medis: Dokumentasi harus mencakup riwayat medis ibu, termasuk riwayat kehamilan, riwayat penyakit, riwayat persalinan sebelumnya, riwayat operasi, alergi obat, dan informasi penting lainnya yang dapat mempengaruhi perawatan dan keputusan medis selama persalinan.

- b. **Pemeriksaan Fisik:** Hasil pemeriksaan fisik ibu, seperti tekanan darah, denyut jantung, tinggi fundus uteri, posisi dan presentasi janin, serta keadaan serviks, harus didokumentasikan secara akurat. Hal ini penting untuk memantau perkembangan persalinan, kesejahteraan ibu, dan keadaan janin.
- c. **Monitor Kontraksi dan Pemantauan Janin:** Dokumentasi harus mencatat grafik atau catatan tentang kekuatan, frekuensi, dan durasi kontraksi rahim. Selain itu, pemantauan janin, baik melalui monitor elektronik maupun metode lain seperti auskultasi dengan stetoskop Doppler, harus dicatat dengan jelas. Hasil pemantauan janin yang mencakup denyut jantung janin dan variabilitasnya perlu didokumentasikan.
- d. **Administrasi Obat dan Cairan:** Jika ada pemberian obat atau cairan intravena selama persalinan, dokumentasi harus mencatat jenis, dosis, waktu pemberian, serta respons dan efek samping yang mungkin terjadi. Hal ini penting untuk memastikan keselamatan penggunaan obat dan cairan, serta pemantauan efektivitasnya.
- e. **Tindakan Medis dan Proses Persalinan:** Setiap tindakan medis yang dilakukan selama persalinan, seperti pemberian analgesik atau anestesi, penggunaan alat bantu persalinan, atau insisi episiotomi, harus didokumentasikan secara rinci. Langkah-langkah yang diambil selama persalinan dan respons ibu terhadap tindakan tersebut harus tercatat dengan jelas.
- f. **Kejadian Penting dan Komplikasi:** Dokumentasi harus mencatat semua kejadian penting dan komplikasi yang terjadi selama persalinan, seperti perdarahan yang tidak normal, distosia bahu, masalah pernapasan pada

bayi, atau tindakan darurat seperti operasi caesar. Informasi ini penting untuk evaluasi dan perawatan lanjutan, serta sebagai catatan medis yang komprehensif.

- g. Perawatan Pasca-Persalinan: Dokumentasi harus mencakup informasi mengenai perawatan pasca-persalinan, termasuk penolakan plasenta, kondisi perineum, perdarahan pascapersalinan, dan keadaan ibu serta bayi setelah persalinan. Informasi ini membantu dalam pemantauan dan perawatan selanjutnya serta memberikan referensi bagi perawatan lanjutan ibu dan bayi.

5. Aspek Rujukan

Aspek rujukan dalam asuhan kebidanan pada ibu bersalin merupakan proses penting untuk mengarahkan ibu ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi atau spesialis ketika dibutuhkan. Rujukan dapat dilakukan jika terdapat indikasi adanya komplikasi atau kondisi yang membutuhkan perawatan yang lebih intensif atau spesifik. Berikut adalah beberapa aspek yang perlu diperhatikan dalam rujukan asuhan kebidanan pada ibu bersalin:

- a. Evaluasi Awal dan Monitoring: Tim kebidanan harus melakukan evaluasi awal terhadap kondisi ibu dan bayi. Jika ada tanda-tanda atau indikasi adanya komplikasi yang membutuhkan perawatan khusus, perlu dilakukan pemantauan yang lebih intensif. Misalnya, jika terdapat ketidakstabilan hemodinamik ibu, gangguan pertukaran gas pada bayi, atau kondisi medis yang signifikan.
- b. Kriteria Rujukan: Kriteria rujukan harus ditetapkan berdasarkan panduan klinis yang relevan dan standar kebidanan yang berlaku. Misalnya, kondisi seperti preeklamsia berat, perdarahan hebat yang tidak

terkendali, gangguan pada janin yang mengancam kehidupan, atau indikasi operasi caesar mendesak. Kriteria rujukan ini harus dipahami dan diikuti oleh tim kebidanan.

- c. **Komunikasi dan Koordinasi:** Komunikasi yang efektif antara tim kebidanan dan fasilitas kesehatan rujukan sangat penting. Informasi medis yang relevan, riwayat ibu, hasil pemeriksaan, dan pemantauan harus disampaikan secara jelas dan tepat waktu. Koordinasi antara tim kebidanan dengan fasilitas kesehatan rujukan membantu memastikan kelancaran transfer ibu dan mendapatkan perawatan yang tepat.
- d. **Transportasi Aman:** Jika rujukan dilakukan, transportasi ibu dari fasilitas kesehatan yang lebih rendah ke fasilitas kesehatan rujukan harus dilakukan dengan aman dan secepat mungkin. Ini melibatkan pemantauan terus-menerus, memastikan kenyamanan ibu, serta melibatkan tenaga medis yang kompeten selama proses transportasi.
- e. **Dokumentasi Rujukan:** Rujukan harus didokumentasikan secara lengkap dan akurat. Informasi yang terdokumentasi meliputi alasan rujukan, hasil pemeriksaan, riwayat medis, pengobatan yang telah diberikan, dan instruksi khusus lainnya. Dokumentasi yang tepat membantu fasilitas kesehatan rujukan dalam memberikan perawatan yang tepat sesuai dengan kebutuhan ibu.

1.4 Tanda-tanda persalinan

Tanda-tanda persalinan dapat bervariasi antara individu, tetapi ada beberapa tanda umum yang menunjukkan bahwa persalinan akan segera dimulai. Berikut adalah

beberapa tanda-tanda persalinan yang umumnya muncul menjelang persalinan:

1. Kontraksi Rahim: Kontraksi rahim yang teratur dan semakin sering serta kuat adalah tanda pertama persalinan. Kontraksi akan terasa sebagai perasaan tegang dan kemudian menjadi lebih intens dan teratur seiring berjalannya waktu.
2. Pembukaan Serviks: Pembukaan serviks (mulut rahim) adalah tanda penting bahwa persalinan telah dimulai. Pembukaan serviks ditentukan dalam sentimeter (cm) dan mengindikasikan bahwa rahim sedang mempersiapkan jalan lahir untuk kelahiran bayi. Pembukaan serviks yang terus meningkat menandakan kemajuan persalinan.
3. Pelunakkan dan Penipisan Serviks: Seiring persiapan untuk persalinan, serviks akan melunak (dikenal juga sebagai kematangan serviks) dan menipis (memendek). Ketika serviks melunak dan menipis, ini menandakan bahwa tubuh sedang bersiap untuk membuka serviks dan memungkinkan kelahiran bayi.
4. Perubahan atau Pelepasan Lendir Bercampur Darah: Sebelum persalinan, terkadang wanita dapat mengalami perubahan lendir serviks yang disebut "lendir lendir" atau "bercak lendir" yang bercampur dengan darah. Ini dapat menandakan pelepasan lendir serviks (pemucatan) yang merupakan tanda persiapan tubuh untuk persalinan.
5. Ruptur Membran atau Ketuban Pecah: Pecahnya ketuban atau rupture of membranes (ROM) dapat menjadi tanda persalinan yang akan segera dimulai. Ketuban pecah biasanya terjadi sebelum atau selama persalinan dan menyebabkan keluarnya cairan ketuban dari vagina.
6. Sensasi Dorongan atau Niat Mendorong: Saat persalinan mencapai tahap pengedutan atau melahirkan, ibu dapat merasakan dorongan atau keinginan kuat untuk

mendorong saat kontraksi. Sensasi ini merupakan tanda bahwa bayi sudah mencapai posisi yang tepat dan tubuh siap untuk mendorong bayi melalui jalan lahir.

7. **Perubahan Fisik dan Emosional:** Selama persalinan mendekati, wanita sering mengalami perubahan fisik dan emosional. Ini bisa termasuk peningkatan ketegangan, kecemasan, tekanan panggul, peningkatan frekuensi buang air kecil, perubahan nafsu makan, serta timbulnya energi yang ekstra atau kelelahan.

1.5 Macam Persalinan

Persalinan dapat dibagi menjadi dua jenis utama, yaitu persalinan normal atau spontan dan persalinan operatif atau bantuan persalinan. Berikut penjelasan singkat mengenai kedua jenis persalinan tersebut:

1. **Persalinan Normal atau Spontan:** Persalinan normal atau spontan adalah jenis persalinan di mana proses persalinan berlangsung secara alami tanpa intervensi atau bantuan eksternal yang signifikan. Pada persalinan normal, kontraksi rahim secara teratur dan efektif membantu membuka serviks dan mendorong bayi melalui jalan lahir. Persalinan normal biasanya terjadi pada kehamilan yang tidak mengalami komplikasi atau masalah medis yang signifikan. Persalinan normal dapat melibatkan posisi melahirkan yang beragam, seperti melahirkan di posisi berbaring, jongkok, atau posisi lainnya yang nyaman bagi ibu. Biasanya, persalinan normal diikuti oleh penolakan plasenta dan perawatan pasca-persalinan.
2. **Persalinan Operatif atau Bantuan Persalinan:** Persalinan operatif atau bantuan persalinan adalah jenis persalinan di mana intervensi medis atau bantuan eksternal diperlukan untuk membantu proses persalinan. Ini biasanya dilakukan jika terdapat komplikasi atau masalah yang mempengaruhi

kemampuan ibu atau bayi untuk melahirkan secara normal. Beberapa bentuk persalinan operatif meliputi:

- a. Operasi Caesar: Operasi Caesar atau bedah caesar adalah prosedur pembedahan di mana bayi dilahirkan melalui sayatan pada dinding perut dan rahim ibu. Operasi Caesar dilakukan jika persalinan normal dianggap tidak aman atau tidak memungkinkan, misalnya karena kondisi medis ibu atau komplikasi yang terjadi selama persalinan.
- b. Persalinan dengan Vakum Ekstraktor: Persalinan dengan vakum ekstraktor melibatkan penggunaan alat vakum yang melekat pada kepala bayi untuk membantu proses pengedutan dan kelahiran bayi. Alat vakum ini digunakan secara hati-hati oleh tenaga medis yang terlatih untuk membantu menarik bayi keluar saat persalinan normal terhambat.
- c. Persalinan dengan Forseps: Persalinan dengan forseps melibatkan penggunaan instrumen berbentuk sendok yang disebut forseps untuk membantu menarik bayi keluar dari jalan lahir. Ini dilakukan jika proses persalinan mengalami hambatan dan bayi perlu segera dilahirkan.

Persalinan operatif biasanya dilakukan dalam keadaan yang membutuhkan intervensi untuk memastikan keselamatan ibu dan bayi. Keputusan mengenai persalinan operatif biasanya dibuat berdasarkan evaluasi kondisi medis dan klinis oleh tim medis yang terlatih.

1.6 Tahapan dalam persalinan

Persalinan normal dapat dibagi menjadi empat tahap utama, yaitu tahap persiapan, tahap pengedutan, tahap penolakan plasenta, dan tahap pemulihan pasca-persalinan. Berikut adalah

penjelasan singkat mengenai masing-masing tahap persalinan normal:

1. Kala I (Tahap I): Tahap persiapan adalah tahap awal persalinan di mana kontraksi rahim mulai terjadi dan serviks mulai membuka. Tahap persiapan terbagi menjadi tiga fase yaitu:
 - a. Fase Laten: Fase ini ditandai dengan kontraksi yang tidak teratur dan serviks mulai melunak dan menipis.
 - b. Fase Aktif: Fase ini ditandai dengan kontraksi yang semakin teratur, intens, dan sering. Serviks mulai aktif membuka dengan kecepatan yang lebih cepat, biasanya sekitar 1-1,5 cm per jam untuk primigravida (wanita yang sedang hamil untuk pertama kalinya) dan 1,2-1,5 cm per jam untuk multigravida (wanita yang pernah hamil sebelumnya).
2. Kala II (Tahap II): Tahap persalinan adalah tahap ketika bayi benar-benar didorong melalui jalan lahir dan dilahirkan. Pada tahap ini, serviks sudah terbuka sepenuhnya (10 cm) dan ibu merasakan dorongan yang kuat untuk mendorong. Bayi akan secara progresif melalui jalan lahir melalui upaya mendorong dari ibu. Tahap ini berakhir dengan kelahiran bayi.
3. Kala III (Tahap III): Tahap pelepasan plasenta adalah tahap ketika plasenta atau ari-ari dilepaskan dari dinding rahim dan dikeluarkan dari tubuh ibu. Biasanya, plasenta lepas dengan sendirinya dalam waktu 5-30 menit setelah kelahiran bayi. Tim medis akan memantau perdarahan dan memastikan penolakan plasenta berjalan dengan baik.
4. Kala IV (Tahap IV): Tahap pemulihan pasca-persalinan adalah tahap setelah kelahiran bayi dan penolakan plasenta. Ibu akan memulai proses pemulihan fisik dan perawatan pasca-persalinan. Pemeriksaan fisik akan dilakukan untuk memantau perdarahan, pemulihan rahim,

dan kondisi ibu secara keseluruhan. Ibu akan mendapatkan perawatan dan dukungan untuk menyusui, istirahat, dan pemulihan pasca-persalinan.

DAFTAR PUSTAKA

- Gynecologists, A.C. of O. and. 2019. 'ACOG practice bulletin no. 202: gestational hypertension and preeclampsia', *Obstet Gynecol*, 133(1), pp. e1–e25.
- Varney, H. 2017. 'Buku Ajar Asuhan Kebidanan (Cetakan 4)', *Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC* [Preprint].
- Oo, Y, H. et al. 2023. Institutional delivery and postnatal care utilisation among reproductive-aged women who had completed four or more antenatal care visits in Myanmar: a secondary analysis of 2015–2016 Demographic and Health Survey. Available at: <https://scite.ai/reports/10.1136/bmjopen-2022-066706>.
- Kumar, P. and Dhillon, P. 2020. Length of stay after childbirth in India: a comparative study of public and private health institutions. Available at: <https://scite.ai/reports/10.1186/s12884-020-2839-9>.
- Sejati, N, E. and Rosa, M, E. 2023. "Coverage of maternal health services to maternal mortality ratio moderated by public health center accreditation status and causes of maternal death," *Jurnal Aisyah Jurnal Ilmu Kesehatan*, 8(S1). Available at: <https://doi.org/10.30604/jika.v8is1.1697>.
- Derya, A, Y. et al. 2021. Review on News About Midwifery and Fertility Covered on Newspapers in Turkey. Available at: <https://scite.ai/reports/10.37990/medr.866261>.
- Grabowski, A. et al. 2020. Midwifery students better approximate their self-efficacy in clinical lactation after reflecting in and on their performance in the LactSim OSCE. Available at: <https://scite.ai/reports/10.1186/s41077-020-00143-z>.

Siseho, M, G., Mathole, T. and Jackson, D. 2023. Baseline assessment of the WHO/UNICEF/UNFPA maternal and newborn quality-of-care standards around childbirth: Results from an intermediate hospital, northeast Namibia. Available at: <https://scite.ai/reports/10.3389/fped.2022.972815>.

BAB 2

PERUBAHAN FISIOLOGIS DALAM PERSALINAN

Oleh Lilis Fatmawati

2.1 Pendahuluan

Adaptasi fisiologis selama persalinan bersifat dramatis dan sering dianggap ringan. Waktu dan intensitas perubahan bervariasi antar berbagai sistem, tetapi semuanya dirancang guna memberi kesempatan kepada ibu untuk merawat janinnya dan mempersiapkan persalinan. Sebagian besar kaum wanita menganggap persalinan adalah peristiwa kodrati yang harus dilalui tetapi sebagian menganggap sebagai peristiwa khusus yang sangat menentukan kehidupan selanjutnya (Ari Kurniarum, 2016).

Saat persalinan merupakan saat yang unik bagi perempuan. Adanya ketakutan dan suasana yang tidak bersahabat akan meningkatkan ketegangan dan rasa nyeri. Ketakutan ini dapat dikurangi dengan memberi edukasi tentang persalinan, teknik relaksasi, pengetahuan tentang berbagai prosedur obstetri, fasilitas rumah sakit dan kamar bersalin yang familiar, serta disiapkan untuk membantu menjalankan persalinan dengan baik, nyaman dan berhasil guna (Ari Kurniarum, 2016).

Peran bidan yang ada sangat berpengaruh dalam meningkatkan rasa percaya diri ibu yang akan melahirkan. Pengetahuan bidan tentang perubahan fisiologis dan psikologis kehamilan normal sangat penting sehingga bidan bisa mengidentifikasi perubahan yang disebabkan karena kehamilan dan mendeteksi abnormalitas, sehingga seorang bidan dalam memberikan asuhan kebidanan yang sesuai. Serangkaian proses

persalinan yang normal dapat menimbulkan adanya adaptasi fisiologi pada ibu bersalin (Ari Kurniarum, 2016).

2.2 Perubahan Fisiologis Persalinan Kala I

Uterus

Saat mulai persalinan, jaringan dari lapisan tengah dinding rahim berkontraksi dan berelaksasi seperti otot pada umumnya. Pada saat otot melakukan penarikan, ia tidak akan kembali ke ukuran semula tapi berubah ke ukuran yang lebih pendek secara progresif. Dengan perubahan bentuk otot uterus pada proses kontraksi, relaksasi, dan penarikan maka cavum uterus lama kelamaan mengecil. Proses ini merupakan salah satu faktor yang menyebabkan janin turun ke pelvis. Kontraksi uterus mulai dari fundus dan terus melebar sampai ke bawah abdomen dengan dominasi tarikan ke arah fundus (fundal dominan). Kontraksi uterus berakhir dengan masa yang terpanjang dan sangat kuat pada fundus (Nurul and Wahidah, 2017).

Cervix

Sebelum onset persalinan, cervix mempersiapkan kelahiran dengan berubah lembut. Saat persalinan mendekat, cervix mulai menipis dan membuka.

1. Penipisan cervix (*effacement*)

Berhubungan dengan kemajuan pemendekan dan penipisan cervix. Seiring dengan bertambah efektifnya kontraksi, cervix mengalami perubahan bentuk tipis. Hal ini disebabkan oleh kontraksi uterus yang bersifat fundal dominan sehingga cervix tertarik ke atas dan lama-kelamaan menipis.

Batas antara segmen atas dan bawah rahim (*retraction ring*) mengikuti arah tarikan ke atas sehingga batas ini letaknya bergeser ke atas. Panjang cervix pada akhir kehamilan normal berubah-ubah (dari beberapa mm –3 cm). Dengan dimulainya persalinan, panjang cervix berkurang secara teratur sampai pendek (hanya beberapa

mm). cervix yang sangat tipis ini disebut dengan “menipis penuh”.

2. Dilatasi

Proses ini merupakan kelanjutan dari effacement. Setelah cervix dalam kondisi menipis penuh, maka tahap berikutnya adalah pembukaan. Cervix membuka disebabkan daya tarikan otot uterus ke atas saat uterus berkontraksi. Dilatasi dan diameter cervix dapat diketahui melalui pemeriksaan vagina bagian dalam.

Berdasarkan diameter pembukaan cervix, proses ini terbagi dalam 2 fase, yaitu:

a. Fase Laten

Berlangsung selama kurang lebih 8 jam. Pembukaan sangat lambat sampai mencapai diameter 3 cm.

b. Fase Aktif

Dibagi dalam 3 fase

- 1) Fase akselerasi, dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm kini menjadi 4 cm.
- 2) Fase dilatasi maksimal, dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm.
- 3) Fase deselerasi. Pembukaan melambat kembali, dalam 2 jam pembukaan dari 9 cm sampai 10 cm. Pembukaan lengkap berarti bibir cervix dalam keadaan tak teraba dan diameter lubang cervix adalah 10 cm.

Fase di atas dijumpai pada primigravida. Pada multigravida tahapannya sama namun waktunya lebih cepat untuk setiap fasenya. Kala I selesai apabila pembukaan cervix telah lengkap. Pada primigravida berlangsung kira-kira 13 jam, sedangkan pada multigravida kira-kira 7 jam. Mekanisme membukanya cervix berbeda antara primigravida dan multigravida. Pada primigravida

ostium uteri intern akan membuka lebih dahulu sehingga cervix akan mendatar dan menipis, kemudian ostium uteri ekstern membuka. Namun pada multigravida, ostium uteri intern dan ekstern serta penipisan dan pendataran cervix berlangsung bersamaan (Nurul and Wahidah, 2017).

Perubahan Bentuk Rahim

Setiap kontraksi, sumbu panjang rahim bertambah Panjang sedangkan ukuran melintang dan ukuran muka belakang berkurang. Pengaruh perubahan bentuk rahim ini:

1. Ukuran melintang mengalami penurunan, akibatnya lengkungan punggung bayi yang awalnya menurun berubah ke bentuk semula, bagian atas bayi tertekan fundus, dan bagian tertekan Pintu Atas Panggul.
2. Rahim bertambah panjang sehingga otot-otot memanjang diregang dan menarik. Segmen bawah rahim dan cervix akibatnya menimbulkan terjadinya pembukaan cervix sehingga Segmen Atas Rahim (SAR) dan Segmen Bawah Rahim (SBR) (Kemenkes, 2019).

2.2.4 Tekanan Darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi uterus dengan kenaikan sistolik rata-rata sebesar 10-20 dan kenaikan pada diastole rata-rata 5-10 Tekanan darah akan turun seperti sebelum masuk persalinan an akan naik lagi bila kontraksi (Nurul and Wahidah, 2017).

Perubahan metabolisme

Selama persalinan baik metabolisme karbohidrat aerobik maupun anaerobik akan naik secara perlahan. Kenaikan ini Sebagian besar disebabkan oleh kecemasan serta kegiatan otot kerangka tubuh. Kegiatan metabolisme yang meningkat tercermin dengan kenaikan suhu badan, denyut nadi, pernafasan, kardiak output dan kehilangan cairan (Kurniarum, 2016).

Perubahan suhu badan

Kenaikan ini dianggap normal asal tidak melebihi 0,5-1°C. Suhu badan yang naik sedikit merupakan keadaan yang wajar, namun bila keadaan ini berlangsung lama, kenaikan suhu ini mengindikasikan adanya dehidrasi. Parameter lainnya harus dilakukan antara lain selaput ketuban sudah pecah atau belum, karena hal ini bisa merupakan tanda infeksi (Fitriahadi, 2019).

Denyut jantung

Denyut jantung yang sedikit naik merupakan keadaan yang normal, meskipun normal perlu dikontrol secara periode untuk mengidentifikasi adanya infeksi (Fitriahadi, 2019).

Pernafasan

Kenaikan pernafasan ini disebabkan karena adanya rasa nyeri, kekhawatiran serta penggunaan teknik pernafasan yang tidak benar (Fitriahadi, 2019).

Perubahan renal

Menurut (Nurul and Wahidah, 2017) perubahan renal terdiri dari :

- 1) Poliuri sering terjadi selama persalinan. Kondisi ini dapat diakibatkan karena peningkatan lebih lanjut curah jantung selama persalinan dan kemungkinan peningkatan laju filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal. Poliuri menjadi kurang jelas pada kondisi telentang karena posisi ini membuat aliran urin berkurang selama kehamilan.
- 2) Kandung kemih harus sering dievaluasi (setiap 2 jam) untuk mengetahui adanya distensi, juga harus dikosongkan untuk mencegah obstruksi persalinan akibat kandung kemih yang penuh. Yang akan mencegah penurunan bagian presentasi janin, dan trauma pada kandung kemih akibat penekanan yang lama, yang akan

menyebabkan hipotonia kandung kemih dan retensi urin selama periode pascapersalinan.

- 3) Sedikit proteinuria (+1) umum ditemukan pada sepertiga sampai setengah jumlah ibu bersalin. Lebih sering terjadi pada primipara, pasien yang mengalami anemia, atau yang persalinannya lama.
- 4) Proteinuria yang nilainya +2 atau lebih adalah data yang abnormal. Hal ini mengindikasikan pre-eklamsi.

Perubahan hematom

Haemoglobin akan meningkat selama persalinan sebesar 1,2 gr% dan akan kembali pada tingkat seperti sebelum persalinan pada hari pertama pasca persalinan kecuali terjadi perdarahan. Peningkatan leukosit secara progresif pada awal kala I (5.000) hingga mencapai ukuran jumlah maksimal pada pembukaan lengkap (15.000). Haemoglobin akan meningkat selama persalinan sebesar 1,2 gr% dan akan kembali pada tingkat seperti sebelum persalinan pada hari pertama pasca persalinan kecuali terjadi perdarahan. Peningkatan leukosit terjadi secara progresif pada awal kala I (5.000) hingga mencapai ukuran jumlah maksimal pada pembukaan lengkap (15.000). Selama persalinan waktu pembekuan darah sedikit menurun, tetapi kadar fibrinogen plasma meningkat. Gula darah akan turun selama persalinan dan semakin menurun pada persalinan lama, hal ini disebabkan karena aktifitas uterus dan muskulus skeletal (Kemenkes, 2019).

Kontraksi uterus

Kontraksi uterus disebabkan adanya rangsangan pada otot polos uterus dan penurunan hormon progesteron yang menyebabkan keluarnya hormon oxytocin.

Pembentukan segmen atas rahim dan segmen bawah Rahim

Segmen Atas Rahim (SAR) terbentuk pada uterus bagian atas dengan sifat otot yang lebih tebal dan kontraksi. Pada bagian ini terdapat banyak otot serong dan memanjang. SAR terbentuk dari fundus sampai isthmus uteri. Segmen Bawah Rahim (SBR) terbentang di uterus bagian bawah antara isthmus dengan cervix, dengan sifat otot yang tipis dan elastis, pada bagian ini terdapat otot yang melingkar dan memanjang (Fitriahadi, 2019).

Perkembangan retraction ring

Retraction ring adalah batas pinggiran antara SAR dan SBR, dalam keadaan persalinan normal tidak nampak dan akan kelihatan pada persalinan abnormal, karena kontraksi uterus yang berlebihan, retraction ring akan tampak sebagai garis atau batas yang menonjol diatas symphysis yang merupakan tanda dan ancaman rupture uterus (Fitriahadi, 2019).

Perubahan Gastrointestinal

Beberapa wanita mengalami konstipasi pada masa nifas, dikarenakan kurangnya makanan berserat selama proses persalinana dan adanya rasa takut dari ibu karena perineum sakit, terutama jika terdapat luka perineum. Namun kebanyakan kasus sembuh secara spontan, dengan adanya ambulasi dini dan dengan mengonsumsi makanan yang berserat. Jika tidak, dapat diberikan supositoria biskodil per rektal untuk melunakan tinja. Defakasi harus terjadi dalam 3 hari post partum (Dita Selvianti, 2018).

Perubahan Denyut Nadi

Frekuensi denyut nadi bervariasi tiap kali pasien meneran. Secara keseluruhan frekuensi nadi meningkat selama kala II disertai takikardi yang nyata ketika mencapai puncak menjelang kelahiran bayi (Nurul and Wahidah, 2017)

Perubahan Kardiovaskular

Setelah mengalami diuresis yang mencolok akibat penurunan kadar estrogen, volume darah kembali seperti sebelum hamil. Jumlah sel darah merah dan haemoglobin kembali normal pada hari ke-5. Meskipun kadar estrogen mengalami penurunan yang sangat besar selama masa nifas, namun kadarnya masih tetap lebih tinggi daripada normal. Plasma darah tidak begitu mengandung cairan dan dengan demikian daya koagulasi meningkat. Pembekuan darah harus dicegah dengan penanganan yang cermat dan penekanan pada ambulansi dini (Dita Selvianti, 2018).

Perubahan Perkemihan

Buang air kecil sering sulit selama 24 jam pertama. Urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan. Setelah plasenta dilahirkan, kadar hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan ini menyebabkan diuresis. Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam tempo 6 minggu (Dita Selvianti, 2018).

Perubahan Ginjal

Poliuri akan terjadi selama persalinan. Ini mungkin disebabkan karena meningkatnya curah jantung selama persalinan dan meningkatnya filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal (Sulikah *et al.*, 2019).

Nyeri

Nyeri dalam persalinan dan kelahiran merupakan hal yang fisiologis yang normal terhadap beberapa faktor. Selama Kala I persalinan, nyeri pada kala I terutama disebabkan oleh dilatasi cervix dan perubahan pada segmen uterus bawah. Pada awal kala I,

fase laten kontraksi pendek dan lemah, 5 sampai 10 menit atau lebih dan berlangsung selama 20 sampai 30 detik. Wanita mungkin tidak mengalami ketidaknyamanan yang bermakna dan mungkin dapat berjalan ke sekeliling secara nyaman antara waktu kontraksi. Pada awal kala I, sensasi biasanya berlokasi di punggung bawah, tetapi seiring dengan waktu nyeri menjalar ke sekelilingnya seperti korset/ikat pinggang, sampai ke bagian anterior abdomen. Interval kontraksi makin memendek, setiap 3 sampai 5 menit berubah lebih kuat dan lebih lama. Pada Kala II, nyeri yang disebabkan oleh gangguan pada bagian bawah vagina dan perineum. Persepsi nyeri dipengaruhi oleh berbagai faktor. Mekanisme nyeri dan metode penurunan nyeri pada wanita yang bersalin beragam kejadiannya. Saat persalinan berkembang ke fase aktif, Wanita seringkali memilih untuk tetap di tempat tidur, ibu bersalin mungkin tidak terasa nyaman lagi untuk bergerak. Ibu terpengaruh dengan sensasi di dalam tubuhnya dan cenderung menarik diri dari lingkungan sekitar. Lama setiap kontraksi berkisar antara 30 – 90 detik, rata-rata sekitar 1 menit. Saat dilatasi cervix mencapai 8-9 cm, kontraksi mencapai intensitas puncak, dan Wanita memasuki fase transisi. Pada fase transisi biasanya pendek, tetapi sering kali merupakan waktu yang paling sulit dan sangat nyeri bagi Wanita karena frekuensi (setiap 2 sampai 3 menit) dan lama (seringkali berlangsung sampai 90 detik kontraksi). Wanita mengalami perubahan yang sangat sensitif dan kehilangan kontrol. Biasanya ditandai dengan meningkatnya jumlah show akibat rupture pembuluh darah kapiler pada cervix dan segmen uterus bawah (Kemenkes, 2019).

Perubahan Urinaria

Pada akhir bulan ke 9, tinggi fundus uteri menurun, kepala janin mulai masuk Pintu Atas Panggul dan menyebabkan kandung kencing tertekan sehingga merangsang ibu untuk sering kencing. Pada kala I, adanya kontraksi uterus/his menyebabkan kandung

kencing semakin tertekan. Saat persalinan mengalami BAK yang berlebih, hal ini kemungkinan disebabkan karena peningkatan cardiac output, peningkatan filtrasi glomerulus, dan peningkatan aliran plasma ginjal. kelebihan BAK akan berkurang pada posisi terlentang. Protein urine sedikit dianggap normal dalam persalinan. Wanita bersalin mungkin tidak menyadari bahwa kandung kemihnya penuh karena intensitas kontraksi uterus dan tekanan bagian presentasi janin atau efek anestesi lokal. Bagaimanapun juga kandung kemih yang penuh dapat menahan penurunan kepala janin dan dapat memicu trauma mukosa kandung kemih selama proses persalinan. Pencegahan (dengan mengingatkan ibu untuk berkemih selama kala I) adalah penting. Sistem adaptasi ginjal mencakup keringat dingin dan peningkatan IWL (*Insensible Water Loss*) melalui respirasi (Kemenkes, 2019).

Ketuban

Ketuban akan pecah dengan sendirinya ketika pembukaan hamper atau sudah lengkap. Tidak jarang ketuban harus dipecahkan Ketika pembukaan sudah lengkap. Bila ketuban telah pecah sebelum pembukaan 5cm, disebut Ketuban Pecah Dini (KPD) (Nurul and Wahidah, 2017).

Kantong ketuban menonjol ini disebabkan oleh adanya regangan SAR yang menyebabkan terlepasnya selaput korion yang menempel pada uterus, dengan adanya tekanan maka akan terlihat kantong yang berisi cairan yang menonjol ke ostium uteri intern yang terbuka. Cairan ini terbagi dua yaitu *fore water* dan *hind water* yang berfungsi untuk melindungi selaput amnion agar tidak terlepas seluruhnya. Tekanan yang diarahkan ke cairan sama dengan tekanan ke uterus sehingga akan timbul generasi fluid pressure. Bila selaput ketuban pecah maka cairan tersebut akan keluar, sehingga plasenta akan tertekan dan menyebabkan fungsi plasenta terganggu. Hal ini akan menyebabkan uterus kekurangan oksigen. Pada akhir kala satu bila pembukaan sudah lengkap dan

tidak ada tahanan lagi, ditambah dengan kontraksi yang kuat serta desakan janin yang menyebabkan kantong ketuban pecah, diikuti dengan proses kelahiran bayi (Sulikah *et al.*, 2019).

Penarikan Cervix

Pada akhir kehamilan otot yang mengelilingi Ostium Uteri Intern (OUI) ditarik oleh SAR yang menyebabkan cervix memendek dan menyatu dengan SBR. Bentuk cervix menghilang karena terdapat saluran canalis cervix yang membesar dan membentuk Ostium Uteri Ekstern (OUE) sebagai ujung dan bentuknya menyempit (Fitriahadi, 2019).

Pembukaan ostium uteri intern dan ostium uteri ekstern

Pembukaan cervix disebabkan oleh karena membesarnya OUE karena otot yang melingkar di ostium meregang untuk dapat dilewati kepala. Pembukaan uteri tidak saja karena penarikan SAR akan tetapi juga karena tekanan isi uterus yaitu kepala dan kantong amnion. Pada primigravida dimulai dari ostium uteri intern terbuka lebih dahulu baru ostium ekstern membuka pada saat persalinan terjadi. Sedangkan pada multigravida ostium uteri intern dan ekstern membuka secara bersama-sama pada saat persalinan terjadi (Fitriahadi, 2019).

Show

Show adalah pengeluaran dari vagina dan sedikit lender campur darah, lendir ini berasal dari ekstrusi lendir yang menyumbat canalis cervix sepanjang kehamilan, sedangkan darah berasal dari desidua vera yang lepas (Kurniarum, 2016).

Detak Jantung

Menurut (Nurul and Wahidah, 2017) perubahan detak jantung meliputi :

1. Perubahan yang mencolok selama kontraksi disertai peningkatan selama fase peningkatan, penurunan selama titik puncak sampai frekuensi yang lebih rendah daripada frekuensi antara kontraksi, dan peningkatan selama fase penurunan hingga mencapai frekuensi lazim antara kontraksi.
2. Penurunan yang mencolok selama puncak kontraksi uterus tidak dialami oleh wanita berada pada posisi miring bukan telentang.
3. Ibu merasakan denyutan nadinya lebih tinggi saat kontraksi dari pada saat persalinan. Hal ini mencerminkan peningkatan metabolisme selama persalinan.
4. Sedikit peningkatan denyut jantung dianggap normal, maka diperlukan pengecekan parameter lain untuk menyingkirkan kemungkinan proses infeksi.

2.3 Perubahan Fisiologis Persalinan Kala II

Kala dua persalinan adalah kala pengeluaran dimulai saat serviks telah membuka lengkap dan berlanjut hingga bayi lahir. Pada kala II, kontraksi uterus berubah kuat dan lebih cepat yaitu setiap 2 menit sekali dengan durasi >40 detik, intensitas semakin lama semakin kuat (Sulistyawati and Nugraheny, 2009).

Karena biasanya pada tahap ini kepala janin sudah masuk dalam ruang panggul, maka pada his dirasakan adanya tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflex menimbulkan rasa ingin meneran. Pasien merasakan adanya tekanan pada rectum dan merasa seperti ingin BAB (Sulistyawati and Nugraheny, 2009).

2.4 Perubahan Fisiologis Persalinan Kala III

Dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Setelah bayi lahir uterus teraba keras dengan fundus uteri diatas pusat beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya (Fitriahadi, 2019).

Kala III dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Setelah bayi lahir uterus teraba keras dengan fundus uteri agak diatas pusat beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya. Biasanya plasenta lepas dalam 6 menit-15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri. Pengeluaran plasenta, disertai dengan pengeluaran darah (Nurul and Wahidah, 2017).

Tempat implantasi plasenta mengalami pengerutan akibat pengosongan cavum uteri dan kontraksi lanjutan sehingga plasenta dilepaskan dari perlekatanannya dan pengumpulan darah pada ruang utero plasenta akan mendorong plasenta keluar (Nurul and Wahidah, 2017).

Otot uterus (myometrium) berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus setelah lahirnya bayi. Penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta. Karena tempat perlekatan mengecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah maka plasenta akan terlipat, menebal dan kemudian lepas dari dinding rahim, setelah lepas, plasenta akan turun ke bawah uterus atau ke vagina (Nurul and Wahidah, 2017).

2.5 Perubahan Fisiologis Persalinan Kala IV

Persalinan kala IV dimulai dengan kelahiran plasenta dan berakhir 2 jam kemudian. Periode ini merupakan saat paling kritis untuk mencegah kematian ibu, terutama kematian disebabkan perdarahan. Selama kala IV, bidan harus memantau ibu setiap 15

menit pada jam pertama dan 30 menit pada jam kedua setelah persalinan (Rosyati, 2017).

Kondisi dua jam pertama setelah persalinan merupakan saat yang paling kritis bagi pasien dan bayinya. Tubuh pasien melakukan adaptasi yang luar biasa setelah kelahiran bayinya agar kondisi tubuh kembali stabil, sedangkan bayi melakukan adaptasi terhadap perubahan lingkungan hidupnya di luar uterus. Kematian ibu terbanyak pada kala ini, oleh karena itu bidan tidak boleh meninggalkan pasien dan bayi sendirian. Ibu tidak stabil, maka ibu harus dipantau lebih sering (Nurul and Wahidah, 2017).

Setelah pengeluaran plasenta, uterus biasanya berada pada tengah dari abdomen kira – kira $\frac{2}{3}$ antara symphysis pubis dan umbilicus atau berada tepat diatas umbilicus (Kemenkes, 2019).

DAFTAR PUSTAKA

- Ari Kurniarum. 2016. *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. 1st edn. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- Dita Selvianti, E.Z. 2018. *Fisiologi Kehamilan, Persalinan, Nifas, dan BBL*. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sapta Bakti.
- Fitriahadi, E. dan I.U. 2019. *Buku ajar Asuhan Persalinan Managemen Nyeri Persalinan*. Yogyakarta: Universitas Aisyiyah Yogyakarta.
- Kemenkes. 2019. *MODUL TEORI I Sarjana Terapan Kebidanan*.
- Kurniarum, A. 2016. *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- Nurul, : and Wahidah, J. 2017. *PERUBAHAN FISILOGI DAN PSIKOLOGI IBU BERSALIN*. Surakarta: PRODI DIV BIDAN PENDIDIK - FAKULTAS KEDOKTERAN UNS.
- Rosyati, H. 2017. *P E R S A L I N A N*. Jakarta: Media Utama.
- Sulikah, P.: *et al*. 2019. *MODUL AJAR KEBIDANAN*. Sidoarjo: Prodi Kebidanan Magetan.
- Sulistyawati, A. and Nugraheny, E. 2009. 'Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas. Jogjakarta: CV Andi Offset; 2009.', *Jakarta: Salemba Medika* [Preprint]. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2011.12.002>.

BAB 3

PERUBAHAN PSIKOLOGIS DALAM PERSALINAN

Oleh Lingga Puspita Sari

3.1 Pendahuluan

Persalinan merupakan suatu proses pengeluaran janin yang diawali dengan pembukaan lapisan serviks hingga pengeluaran plasenta yang dilakukan secara spontan maupun dengan bantuan (*Sectio caesaria*). Persalinan merupakan suatu proses fisiologis yang dialami oleh setiap wanita dalam siklus hidupnya, persalinan juga merupakan moment yang dapat menumbuhkan rasa kegembiraan, akan tetapi rasa sakit saat melahirkan kerap menimbulkan rasa ketidak nyaman hingga risiko tertentu yang dapat berdampak negatif bagi wanita (Akköz Çevik & Karaduman, 2020).

Proses persalinan seorang ibu membutuhkan persiapan yang sebaiknya disiapkan jauh hari sebelum waktu bersalin tiba. Salah satu yang harus disiapkan ibu adalah kesehatan mental dan psikologis ibu dalam menghadapi persalinan, meski persalinan adalah suatu hal yang fisiologis akan tetapi saat menghadapi proses persalinan kerap terjadi perubahan psikologis pada ibu bersalin.

Persalinan merupakan pengalaman psikologis yang mendalam bagi seorang wanita yang memiliki dampak pada fisik, psikologis, sosial dan dampak eksistensial baik dalam jangka pendek maupun jangka panjang. Persalinan pada wanita memberikan kenangan hidup seumur hidup bagi seorang wanita yang memiliki efek positif bahkan negatif (Olza et al., 2018). Psikologis adalah suatu ilmu yang berkaitan dengan kesehatan

mental yang berpengaruh terhadap pemikiran, emosi, perilaku hingga cara kerja otak seseorang dalam bertindak. Berdasarkan deskripsi tersebut secara singkat dapat disimpulkan bahwa, perubahan psikologis dalam persalinan adalah perubahan emosi dan kesehatan mental ibu bersalin yang terjadi selama proses persalinan.

3.2 Perubahan Psikologis Kala I

Kala I persalinan adalah rangkaian proses persalinan yang diawali dengan kontraksi uterus dan pembukaan serviks 1 cm hingga pembukaan serviks lengkap, dalam persalinan kala I selain perubahan fisiologis ibu bersalin juga mengalami perubahan psikologis, menurut Legawati, 2019 perubahan psikologis persalinan kala I antara lain:

1. Kecemasan dan ketakutan pada dosa dosa dan kesalahan sendiri

Ketakutan yang dimaksud berupa ketakutan akan takhayul dan budaya yang ada dilingkungan ibu bersalin itu berada, seperti jika ibu bersalin melanggar pantangan pantangan budaya selama kehamilan dan persalinan maka dampaknya akan dirasakan saat bersalin, misal seorang ibu hamil dilarang memotong cakar ayam karena nanti jika anaknya lahir bisa terjadi kecacatan dll. Takhayul seperti ini lah kerap menimbulkan rasa takut dan cemas ketika bersalin.

2. Timbulnya rasa tegang, Takut, kesakitan, kecemasan dan konflik batin

Kontraksi yang semakin intens membuat ibu percaya bahwa waktu bertemu bayi sudah semakin dekat, saat saat seperti ini ibu akan lebih merasa tegang dan khawatir akan kemampuannya dalam melakukan persalinan, perut ibu yang membesar juga membuat kurang nyaman, ibu menjadi mudah lelah, sulit bernapas dll.

3. Timbul rasa jengkel, gerah dan tidak sabar
Rasa jengkel yang dirasakan ibu kerap muncul karena proses persalinan yang semakin dekat dan koteraksi yang semakin meningkat menjadikan ibu merasa tidak nyaman dan sabar sehingga ingin segera mengeluarkan bayinya karena merasa seperti mendapatkan beban.
4. Ketakutan menghadapi risiko dan masalah dalam persalinan
Saat persalinan kerap terjadi kecemasan yang tidak memiliki sumber pasti dan jelas, seorang ibu hanya merasakan takut yang tidak jelas, ibu bersalin juga kerap merasakan jantung berdebar dan sesak, rasa takut mati dalam persalinan juga menjadi salah satu sumber ketakutan ibu bersalin,
4. Harapan Harapan Jenis Kelamin janin
Hubungan antara ibu dan anak semakin terpecah dan timbullah dualitas perasaan seperti : Harapan dan cinta kasih antara ibu dan anak, dorongan permusuhan, kebencian jika jenis kelamin tidak diharapkan dan Selain itu perasaan keinginan seorang ibu untuk mendapatkan anak yang unggul,
5. Kegelisahan Menjelang persalinan
Kegelisahan dalam menghadapi persalinan ini bisa disebabkan perasaan ibu yang merasa belum mampu merawat bayinya ketika lahir kelak, gelisah jika bayinya tidak aman diluar rahim, gelisah jika anak yang diinginkan tidak sesuai dengan harapan ibu.

Perubahan psikologis yang terjadi di Kala I ini tidak serta merta terjadi begitu saja, akan tetapi dapat di pengaruhi oleh beberapa hal, menurut Diana dkk, 2019 perubahan psikologis yang terjadi di Kala I persalinan ibu dipengaruhi oleh:

1. Pengalaman Sebelumnya
Pengalaman bersalin yang buruk pada hamil sebelumnya dapat menjadi faktor ibu mengalami rasa cemas dan ketakutan saat menghadapi persalinan yang sekarang
2. Kesiapan Emosi
3. Persiapan Ibu menghadapi persalinan (Fisik, Mental, Materi dll).
4. Support system
5. Lingkungan
6. Mekanisme koping
7. Kultur/ Tradisi dan budaya
8. Sikap terhadap kehamilan

3.3 Perubahan Psikologi Kala II

Kala II persalinan adalah fase di mana pembukaan serviks sudah lengkap dan diakhiri oleh kelahiran janin, saat persalinan kala II ibu bersalin akan mengalami beberapa perubahan psikologis, menurut Legawati, 2019 adapun perubahan psikologis dalam persalinan kala II diantaranya:

1. Ibu merasakan kepanikan saat pembukaan lengkap, hal ini dikarenakan saat pembukaan lengkap kontraksi uterus sedang berada dipuncak dan dorongan ingin meneran semakin tinggi
2. Kebingungan ibu akan apa yang sedang terjadi
Kebingungan yang terjadi dapat disebabkan karena ibu memiliki pengetahuan tentang persalinan rendah, hal ini bisa disebabkan karena ibu tidak terpapar pengetahuan tentang persalinan selama kehamilannya.
3. Tidak memperdulikan lingkungan sekitar di kamar bersalin, biasanya tindakan ibu bersalin sudah tidak dapat terkontrol.
4. Kala II ketika pembukaan lengkap ibu sudah merasakan lelah karena mengalami proses persalinan dari fase laten

hingga pembukaan lengkap sehingga kerap sulit mengikuti perintah dari Bidan ketika akan dipimpin meneran dan lebih fokus dengan dirinya sendiri dalam bertindak.

3.4 Perubahan Psikologis Kala Iii

Kala III persalinan adalah masa pelepasan plasenta, di masa ini janin telah dilahirkan sehingga intensitas nyeri yang dirasakan ibu semakin berkurang pada proses persalinan kala III ini ibu bersalin akan mengalami perubahan psikologis, menurut (Diana dkk, 2019) Perubahan psikologis yang terjadi pada Kala III persalinan seperti:

1. Bahagia, Perasaan ingin melihat dan menyentuh bayinya semakin besar
2. Ibu merasakan kegembiraan, bangga karena telah mampu melahirkan anak nya.
3. Memunculkan perhatian lebih terhadap robekan jalan lahir seperti apakah vagina nya membutuhkan jahitan atau tidak.
4. Fokus akan kelahiran plasenta.

3.5 Perubahan Psikologis Kala Iv

Kala IV persalinan merupakan waktu di mana setelah plasenta lahir hingga 4 jam setelah nya. Di masa kala IV ini hasil konsepsi berupa janin dan plasenta telah seutuhnya lahir, perubahan psikologis pada kala IV ini dapat berupa perubahan psikologis yang positif dan negatif karena reaksi emosional seorang ibu masih berubah ubah. Adapun perubahan psikologis Kala IV persalinan menurut (Diana dkk, 2019) seperti:

1. Kurang Minat, hal ini bisa disebabkan pada masa ini ibu sedang berada di fase kelelahan setelah melahirkan bayinya.
2. Menjauh, sikap menolak akan kehadiran bayinya.
3. Tidak ada kedekatan ibu dengan bayi nya

4. Kecewa akan jenis kelamin bayi tidak sesuai dengan yang diharapkan.
5. Ibu bersalin mengekspresikan permohonan maaf kepada bidan atau penolong persalinan dan keluarga atas tindakan yang dilakukan diluar kontrol saat mengalami kontraksi uterus.
6. Memunculkan ekspresi kekhawatiran akan keadaan bayi nya, misal bayi sering menangis.
7. Kekhawatiran tidak dapat mengASIhi bayi dengan baik.

3.6 Faktor Penyebab Perubahan Psikologis Dalam Persalinan

Masalah Psikologis yang menjadi dasar dampak negatif pada perubahan psikologis dalam persalinan sebagai berikut:

3.6.1 Kecemasan

1. Pengertian

Kecemasan menurut (Steven Schwartz, S, 2000) berasal dari kata Latin *anxius*, yang memiliki makna sebuah penyempitan atau pencekikan. Kecemasan dapat dikategorikan serupa dengan rasa takut tetapi tidak memiliki fokus tertentu yang diyakini, kecemasan ditandai dengan rasa kekhawatiran tentang bahaya yang tidak pasti yang akan dirasakan di masa depan. Kecemasan juga merupakan keadaan emosional negatif yang ditandai dengan adanya gejala-gejala seperti somatik ketegangan, hati berdetak kencang, berkeringat, kesulitan bernapas.

Kecemasan dalam persalinan kerap terjadi berawal dari kecemasan pada saat kehamilan yang berlanjut hingga dalam proses persalinan, meski persalinan merupakan proses alami yang dialami oleh wanita, tidak jarang seorang wanita merasakan kecemasan berlebih karena merasa tidak siap dengan persalinan yang akan dihadapi hal itu terkait dengan rasa sakit saat bersalin dan kekhawatiran akan kehilangan

banyak darah selama proses persalinan. ketidak siapan ini yang akan menimbulkan kecemasan dan ketakutan saat dalam menghadapi persalinan (Komariah & Wahyuni, 2021).

2. Aspek-Aspek Kecemasan dalam Persalinan

Menurut shah dalam (M,Gufron & Rini Risnawati, 2014) membedakan aspek kecemasan menjadi tiga yakni aspek fisik, aspek emosi dan aspek mental. Jika mengaitkan dalam persalinan, kecemasan dalam persalinan kerap terjadi di Kala I, Kala II, Kala III yang sering terjadi pada masing masing aspek seperti:

a. Kala I :

- 1) Aspek Fisik: Ibu bersalin mengalami Mulut Kering, Mengeluarkan keringat berlebih, grogi dll.,
- 2) Aspek Emosi: ibu merasa cemas, panik dll,
- 3) Aspek Mental : ibu merasa ingin selalu diperhatikan, rasa khawatir apakah bayi nya normal atau tidak, ragu dengan persalinan yang akan dihadapi dll.

b. Kala II :

Perubahan psikologi dalam persalinan pada kala II ini tidak terlalu berbeda dengan Kala I, seperti;

- 1) Aspek Fisik: Mulut kering, mengeluarkan keringat berlebih, kelelahan
- 2) Aspek Emosi : timbul rasa jengkel, tidak nyaman, tidak sabaran
- 3) Aspek Mental : tidak yakin dengan kekuatan untuk meneran

c. Kala III:

- a) Aspek Fisik: Ibu merasa lelah
- b) Aspek Emosi : Cemas jika terjadi bahaya setelah persalinan seperti perdarahan
- c) Aspek Mental : Meragukan kemampuan ibu dalam merawat bayi.

3. Jenis-Jenis Kecemasan

Kecemasan menurut Spilberger dalam (Safaria & Saputra, 2012) terbagi menjadi dua jenis yakni *Trait Anxiety* dan *State anxiety*:

- a. *Trait anxiety* disebut juga dengan adanya perasaan kekhawatiran dan terancam yang dirasakan seseorang terhadap kondisi yang sebenarnya tidak berbahaya kecemasan jenis ini disebabkan oleh seseorang yang telah memiliki bibit rasa cemas berlebih di dalam dirinya, Sedangkan;
- b. *State anxiety* adalah situasi emosional yang datang sementara pada seseorang ditandai dengan perasaan tegang dan khawatir, perasaan tersebut dirasakan seseorang dengan sadar dan bersifat subjektif.

Selama proses persalinan kecemasan jenis *state anxiety* ini yang kerap dialami oleh ibu bersalin, rasa khawatir akan keadaan dan kesehatan anaknya ketika lahir dan merasakan ketegangan selama melalui proses persalinan.

4. Dampak Kecemasan Selama Persalinan

- a. Nyeri Persalinan

Kecemasan yang tidak dapat diatasi dengan baik dapat menyebabkan timbulnya masalah penyerta yang akan dialami ibu bersalin seperti nyeri berlebih saat persalinan karena kecemasan merupakan salah satu faktor psikologi yang merupakan penyebab meningkatnya nyeri saat persalinan (Hosseini *et al.*, 2013)

- b. Partus Lama

Selain nyeri persalinan tingkat kecemasan ibu juga mempengaruhi lama persalinan hal itu dikarenakan selama persalinan rasa cemas yang

dialami ibu akan merangsang kerja kelenjar hipotalamus yang merupakan pusat pengatur emosi pada sistem limbik, sistem limbik ini merupakan struktur otak yang memproses emosi secara historis. (Martin *et al.*, 2009), Kecemasan yang terjadi selama proses persalinan dapat mengakibatkan peningkatan sekresi kelenjar adrenal yang memiliki salah satu efek yakni penyempitan pembuluh darah yang dapat mengurangi suplai oksigen yang masuk ke janin, kurangnya suplai oksigen yang masuk ke janin dapat mengakibatkan berkurangnya kontraksi uterus yang terjadi (Komariah & Wahyuni, 2021), selain itu partus lama yang disebabkan oleh kecemasan ibu selama proses persalinan juga disebabkan oleh pelepasan hormon katekolamin yang berlebihan sehingga terjadilah penegangan otot polos dan vasokonstriksi pada pembuluh darah sehingga terjadi penurunan kontraksi uterus yang merupakan salah satu faktor timbulnya partus lama (Klomp *et al.*, 2013)

3.6.2 Ketakutan

1. Pengertian

Ketakutan adalah sebuah respon yang terjadi pada seseorang karena terdapat ancaman langsung yang sedang dihadapi (Steven Schwartz, S, 2000), ketakutan dalam persalinan dapat pula diartikan sebagai respon negatif yang dialami seseorang dalam menghadapi persalinan. Ketakutan saat persalinan biasanya berawal dari ketakutan yang dirasakan ibu sejak hamil atau kerap disebut juga dengan *fear of childbirth* (FOC) (Nilsson *et al.*, 2018).

Ketakutan akan persalinan juga dikenal dengan *Tokophobia* atau *maieusiophobia* yang diartikan sebagai gangguan psikologis ketakutan yang tidak signifikan hingga

muncul ketakutan yang luar biasa akan persalinan, sebuah studi menunjukkan bahwa rasa takut melahirkan memiliki dampak yang signifikan pada hasil persalinan dan berdampak pada pemilihan kelahiran *sectio caesarea*. (Demšar et al., 2018).

Penelitian yang dilakukan oleh (Demšar et al., 2018) juga menjelaskan bahwa ketakutan akan persalinan masih bisa dikatakan normal karena proses melahirkan hakikatnya memang suatu proses alami yang menyakitkan karena tidak dapat di prediksi hal apa yang akan terjadi dalam melalui proses persalinan, akan tetapi ada pula ditemukan kejadian *tokophobia* patologis yang memerlukan pengobatan klinis.

Penelitian pada ibu bersalin yang dilakukan (Eberhard-Gran et al., 2008) mendapatkan hasil bahwa 84% dari 410 wanita merasakan ketakutan selama proses persalinan, penyebabnya bermacam macam seperti pengalaman persalinan terdahulu yang buruk, Partus lama, depresi selama kehamilan dan kehamilan yang terjadi akibat dari pelecehan seksual, ketakutan yang ekstrim atau selama proses persalinan dapat meningkatkan hormon stres sehingga menimbulkan dampak persalinan yang buruk. Ketakutan yang di alami ibu hamil hingga bersalin berdampak negatif bagi kesehatan ibu dan janin.

2. Faktor yang mempengaruhi tingkat Ketakutan

Selama proses kehamilan dan persalinan ibu akan mengalami perubahan perubahan psikologis dan fisiologis, faktor psikologis yang mempengaruhi tingkat ketakutan menurut Mutmainah, 2019 seperti:

a. Stressor Internal

Ketakutan yang muncul pada ibu hamil TM III hingga persalinan muncul dari diri sendiri, hal ini dapat

dikarenakan perubahan fisik yang terjadi pada ibu bersalin, perubahan peran menjadi orangtua dll.

b. Stressor Eksternal

Masalah psikologis ini terjadi dari luar ibu hamil dan dapat pula terjadi saat persalinan seperti kurangnya dukungan keluarga, kurangnya dukungan mental serta respon negatif dari lingkungan sekitar.

c. Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga yang diberikan oleh keluarga ibu bersalin akan memberikan kenyamanan dan membantu ibu bersalin dalam melewati segala proses kehamilan hingga persalinan sehingga apabila selama kehamilannya kurang mendapatkan perhatian dan dukungan yang cukup ibu akan memiliki peluang akan mengalami ketakutan persalinan.

Selain tiga point diatas faktor yang mempengaruhi ketakutan persalinan seperti:

a. Riwayat persalinan sebelumnya yang buruk

Ibu bersalin multipara yang memiliki riwayat persalinan buruk seperti partus lama, perdarahan hingga kematian janin akan menyebabkan tingkat ketakutan yang lebih tinggi dalam menghadapi persalinan.

b. Kehamilan Tidak diinginkan

Sebuah hasil konsepsi atau kehamilan yang terjadi karena seorang wanita menjadi korban pelecehan seksual menjadi faktor yang membuat ibu bersalin mengalami ketakutan yang ekstrim karena kehamilan yang disebabkan dari pemerkosaan memberikan dampak stres pascatrauma, kecemasan hingga depresi (Demšar *et al.*, 2018)

3. Dampak Ketakutan

Ketakutan yang berawal sejak kehamilan hingga proses persalinan memiliki dampak negatif bagi seorang ibu, menurut (H. Ali *et al.*, 2022) dampak ketakutan dalam persalinan antara lain:

- a. Gawat Janin
- b. Persalinan prematur
- c. *Ruptured uterus*
- d. Berat Badan bayi lahir rendah
- e. *Sectio Caesarea*
- f. Persalinan Lama
- g. Perdarahan Pasca Persalinan
- h. Asfiksia
- i. Kematian

3.6.3 Upaya Mengatasi Masalah Psikologis dalam Persalinan

1. Mandi Air Hangat

Penelitian (Abo-romia & El-adham, 2014) menyimpulkan bahwa Mandi air hangat membantu ibu bersalin kala 1 dalam mengurangi rasa nyeri persalinan dan kecemasan saat persalinan, mandi air hangat saat persalinan kala 1 memberikan efek rileksasi pada kerja otot sehingga memberikan rasa nyaman, air hangat mentransmisikan suhu teurapetik yang diinginkan ke jaringan target sehingga mengubah reseptor iritan yang dapat mengurangi rasa nyeri persalinan yang berhubungan dengan kecemasan saat persalinan.

2. Pijat Endorphine dengan Aroma terapi lavender

Kecemasan merupakan suatu rasa khawatir tentang kejadian yang akan dihadapi seseorang, kecemasan pada ibu bersalin dapat diobati dengan pengobatan nonfarmakologi seperti pijat endorphine dengan aromaterapi lavender, pijat endorphine memungkinkan ibu persalin menerima sentuhan

lambut yang memberikan kenyamanan, aromaterapi lavender sendiri adalah esensial lavender yang memiliki kandungan linalyl asetat yang merupakan analgesik alamiah, linalyl asetat ini membantu menurunkan rasa nyeri saat bersalin yang berdampak pada penurunan tingkat kecemasan ibu bersalin (Diana Septiasih & Siti Mutoharoh, 2019), (Wahyuningsih, 2018).

3. Pijat Sacral

Pijat sacral adalah pijatan yang dilakukan dibagian tulang sacral letaknya persis diatas tulang ekor yang masih satu rangkaian dengan tulang belakang. Pijat sacral yang dilakukan selama proses persalinan mampu menurunkan nyeri persalinan, menurunkan tingkat kekhawatiran dan kecemasan sehingga menyebabkan perasaan yang lebih baik, selain itu pijat sacral juga tidak memiliki efek samping kepada janin. Pijat sacral ini dilakukan sebanyak 3 kali selama proses persalinan, 1 kali pada fase laten pembukaan 3-4 cm, 1 kali dilakukan pada fase aktif pembukaan 5-7cm dan 1 kali pada fase transisi pembukaan 8-10 cm teknik pijatan menggunakan teknik *effleurage* selama 30 menit dengan pembagian *patting* 15 menit dan *vibration* 15 menit (Akköz Çevik & Karaduman, 2020).

4. Hypnobirthing

Hypnobirthing adalah suatu bagian ilmu dari *hypnosis*, di mana memiliki cara kerja untuk mengurangi rasa takut, cemas, panik dan tegang dalam persalinan. *hypnobirthing* yang dilakukan memiliki dampak yang baik bagi ibu bersalin karena dapat memberikan efek rileks, tenang dan emosi yang stabil. *Hypnobirthing* mensugesti ibu bersalin bahwa rasa nyeri yang dirasakan selama persalinan adalah suatu hal yang wajar dan dibutuhkan ketika ibu ingin melahirkan pervaginam. Ketika wanita merasakan nyaman saat persalinan rasa cemas, tegang dan takut akan menghilang sehingga otot rahim akan

mengalami rileksasi dan berdampak pada proses persalinan yang lebih mudah dan terhindar dari stres dan depresi (Yuseva Sariati, Era Nurisa Windari, 2016).

5. Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga merupakan sikap penerimaan keluarga, yang diberikan oleh anggota keluarga lainnya. Dukungan keluarga ini dapat berupa dukungan informasional, dukungan penelitian, dukungan instrumental dan dukungan emosional. Dukungan dan perhatian yang diberikan anggota keluarga atau orang terdekat mampu mengatasi atau mengurangi kecemasan yang dialami ibu bersalin karena dukungan dari anggota keluarga dapat memberikan perasaan yang nyaman dan aman ketika ibu bersalin merasa takut dan khawatir dengan persalinannya, bahkan dukungan keluarga yang diberikan sejak hamil mampu menumbuhkan rasa percaya diri, bahagia dan kesiapan ibu dalam proses persalinan (Kartika *et al.*, 2021).

6. Pengetahuan Ibu

Pengetahuan ibu tentang persalinan dapat diartikan sebagai informasi yang didapatkan seorang ibu mengenai proses atau jalannya persalinan. Pengetahuan ibu tentang persalinan harus didapatkan ibu selama kehamilan berlangsung, agar seorang ibu dapat lebih siap dalam menghadapi persalinan, pada penelitian (Widyastuti *et al.*, 2010) menjelaskan bahwa semakin besar pengetahuan ibu tentang persalinan maka semakin kecil tingkat kecemasan ibu saat persalinan kala I. penelitian ini membuktikan bahwa pentingnya memberikan informasi dan persiapan persalinan kepada ibu saat melakukan ANC selama masa kehamilannya agar mendapatkan pengalaman persalinan yang baik dan nyaman.

Upaya yang dapat dilakukan untuk mengatasi ketakutan dalam persalinan tidak begitu berbeda dengan upaya yang dilakukan untuk mengatasi kecemasan dalam persalinan, hanya saja ada point point yang harus diperhatikan dalam mengatasi ketakutan sejak ibu hamil seperti:

1. *Antenatal care* yang berkesinambungan dan berkualitas

Bidan sebagai tenaga kesehatan yang menjadi gerbang awal pengetahuan bagi ibu hamil, hendaklah memiliki kemampuan untuk memberikan asuhan yang maksimal kepada ibu sejak hamil, pemberian informasi tentang persalinan diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan ibu sehingga ibu lebih siap dalam menghadapi persalinan. Selain itu Bidan haruslah mampu dan kompeten dalam mengidentifikasi tingkat ketakutan persalinan sejak dini sehingga dapat memberikan intervensi yang sesuai dengan masalah yang ditemukan (Striebich et al., 2018).

2. *Physical Exercise Classes*

Selama kehamilan ibu diharapkan dapat mengikuti kelas ibu hamil seperti senam hamil, karena kegiatan senam hamil yang dilakukan secara rutin mampu mengurangi ketakutan persalinan begitu pula dengan ibu yang sejak hamil lebih aktif secara fisik memiliki ketakutan persalinan lebih rendah daripada ibu yang sejak hamil jarang melakukan aktivitas fisik. Aktivitas fisik yang dapat dilakukan ibu sejak hamil seperti jalan pagi, pemanasan ringan, melakukan pekerjaan rumah, selain itu ibu juga harus memperhatikan kemampuannya agar aktivitas fisik yang dilakukan tidak berlebihan (Guszkowska, 2014)

3.7 Intervensi Masalah Psikologis Persalinan

Intervensi yang dapat dilakukan jika ditemukan masalah psikologis dalam menghadapi persalinan menurut Diana, 2019 sebagai berikut:

1. Kaji penyebab masalah
2. Orientasikan Ibu terhadap Lingkungan
3. Pantau tanda vital
4. Ajarkan tehnik relaksasi
5. Pengaturan nafas untuk mengurangi rasa nyeri karena kontraksi uterus
6. Kaji tingkat pengetahuan, beri informasi tentang persalinan dan tindakan persalinan yang akan dilakukan
7. Pengurangan rasa sakit

Menurut varney pendekatan yang dapat dilakukan untuk mengurangi rasa sakit adalah:

1. Menghadirkan seseorang yang dapat memberikan dukungan selama persalinan
2. Pengaturan posisi duduk
3. Menjelaskan mengenai proses dan kemajuan persalinan

DAFTAR PUSTAKA

- Abo-romia, F. A., & El-adham, A. F. M. 2014. Effect of Warm Showering on Labor Pain During The First Stage of Labor. *International Journal of Advanced Research*, 2(5), 438–442.
- Akköz Çevik, S., & Karaduman, S. 2020. The effect of sacral massage on labor pain and anxiety: A randomized controlled trial. *Japan Journal of Nursing Science*, 17(1), 1–9. <https://doi.org/10.1111/jjns.12272>
- Demšar, K., Svetina, M., Verdenik, I., Tul, N., Blickstein, I., & Velikonja, V. G. 2018. Tokophobia (fear of childbirth): Prevalence and risk factors. *Journal of Perinatal Medicine*, 46(2), 151–154. <https://doi.org/10.1515/jpm-2016-0282>
- Dewi, N. N. A. I. 2018. Peranan Hipnoterapi Untuk Mengatasi Kecemasan Menghadapi Persalinan Anak Pertama Ni Nyoman Ari Indra Dewi. *Peranan Hipnoterapi Untuk Mengatasi Kecemasan Mwnghadapi Persalinan Anak Pertama Ni Nyoman Ari Indra Dewi*, 2(2), 15–21.
- Diana Septiasih & Siti Mutoharoh. 2019. Penerapan Endorphine Massage dengan Lavender Oil untuk Penurunan Kecemasan Ibu Bersalin. *The 10th University Research Colloquium 2019 Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong*, 478–484.
- Diana S, Mail E & Rufaida Z. 2019. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan, Persalinan, dan Bayi Baru lahir*. Jawa Tengah: OASE Grup.
- Eberhard-Gran, M., Slinning, K., & Eskild, A. 2008. Fear during labor: The impact of sexual abuse in adult life. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 29(4), 258–261. <https://doi.org/10.1080/01674820802075998>
- Guszkowska, M. 2014. The effect of exercise and childbirth classes on fear of childbirth and locus of labor pain control. *Anxiety, Stress and Coping*, 27(2), 176–189. <https://doi.org/10.1080/10615806.2013.830107>

- H. Ali, M., Seif, S. A., & M. Kibusi, S. 2022. The Influence of Fear During Pregnancy, Labour and Delivery on Birth Outcome Among Post-Delivery Women: A Case Control Study in Zanzibar. *East African Health Research Journal*, 6(2), 147–154. <https://doi.org/10.24248/eahrj.v6i2.693>
- Hosseini, S. E., Bagheri, M., & Honarparvaran, N. 2013. Investigating the effect of music on labor pain and progress in the active stage of first labor. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 17(11), 1479–1487.
- Kartika, I., Suryani, I., Claudya, T. P., Bandung, K., Kecemasan, T., Hamil, I., & Persalinan, P. 2021. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Kecemasan Ibu Hamil Menghadapi Proses The Relationship Of Family Support With Anxiety Level Of Pregnant Mothers Facing The Delivery. *Journal of Midwifery and Public Health*, 3(2). <https://jurnal.unigal.ac.id/index.php>
- Klomp, T., de Jonge, A., Hutton, E. K., & Lagro-Janssen, A. L. M. 2013. Dutch women in midwife-led care at the onset of labour: Which pain relief do they prefer and what do they use? *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-230>
- Komariah, N., & Wahyuni, S. 2021. The Relation Between Labor Pain with Maternal Anxiety. *Proceedings of the First International Conference on Health, Social Sciences and Technology (ICoHSST 2020)*, 521(ICoHSST 2020), 201–206. <https://doi.org/10.2991/assehr.k.210415.043>
- Legawati. 2019. Asuhan Persalinan dan Bayi Baru Lahir. Jawa Timur: Wineka Media.
- Martin, E. I., Ressler, K. J., Binder, E., & Nemeroff, C. B. 2009. The Neurobiology of Anxiety Disorders: Brain Imaging, Genetics, and Psychoneuroendocrinology. *Psychiatric Clinics of North America*, 32(3), 549–575. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2009.05.004>

- M. Nur Ghufroon & Rini Risnawita, S. 2014. *Teori-Teori Psikologi*. Jogjakarta: Ar- Ruzz Media.
- Mutmainah Anna. 2019. (Ternyata Hamil dan melahirkan tanpa rasa sakit itu mudah). Yogyakarta: Anak Hebat Indonesia.
- Nilsson, C., Hessman, E., Sjöblom, H., Dencker, A., Jangsten, E., Mollberg, M., Patel, H., Sparud-Lundin, C., Wigert, H., & Begley, C. 2018. Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: A systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1659-7>
- Olza, I., Leahy-Warren, P., Benyamini, Y., Kazmierczak, M., Karlsdottir, S. I., Spyridou, A., Crespo-Mirasol, E., Takács, L., Hall, P. J., Murphy, M., Jonsdottir, S. S., Downe, S., & Nieuwenhuijze, M. J. 2018. Women's psychological experiences of physiological childbirth: A meta-synthesis. *BMJ Open*, 8(10), 1–11. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020347>
- Steven Schwartz, S. 2000. *Abnormal Psychology: a discovery approach*. California: Mayfield Publishing Company
- Striebich, S., Mattern, E., & Ayerle, G. M. 2018. Support for pregnant women identified with fear of childbirth (FOC)/tokophobia – A systematic review of approaches and interventions. *Midwifery*, 61(October 2017), 97–115. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.02.013>
- Triantoro Safaria & Nofrans Eka Saputra. 2012. *Manajemen Emosi: Sebuah panduan cerdas bagaimana mengelola emosi positif dalam hidup Anda*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Wahyuningsih, S. 2018. Upaya Penanganan Non Farmakologis Kecemasan Pada Persalinan. *The Indonesian Journal of Health Science*, September, 179. <https://doi.org/10.32528/ijhs.v0i0.1545>

- Widyastuti, C., Anggorowati, & Apriana, R. 2010. Hubungan Pengetahuan Ibu Tentang Persalinan Kala I Dengan Kecemasan Persalinan Kala I Pada Ibu Bersalin Di Rsia Bahagia Semarang. *Seminar Nasional Universitas Muhammadiyah Semarang*, 48–55.
- Yuseva Sariati, Era Nurisa Windari, N. A. R. H. 2016. Pengaruh Hypnobirthing Terhadap Tingkat Kecemasan Ibu Bersalin Dan Lama Persalinan. *Jurnal Ilmiah Bidan*, 1(3), 35–44.

BAB 4

FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERSALINAN

Oleh Rahmah Fitria

4.1 Pendahuluan

Terdapat sekitar 140 juta kelahiran yang terjadi secara global setiap tahunnya. Mayoritas persalinan tersebut terjadi pada wanita tanpa faktor risiko komplikasi baik bagi diri mereka sendiri ataupun bayi mereka dari awal dan selama persalinan (*World Health Organization*, 2018).

"Persalinan" dan "melahirkan" menggambarkan proses pengeluaran bayi. Kontraksi rahim dan perubahan serviks (pembukaan rahim) mempersiapkan tubuh wanita untuk melahirkan. Kemudian bayi lahir, dan plasenta mengikuti. Melahirkan adalah pengalaman yang melelahkan secara fisik yang mengurangi energi dan vitalitas serta terkadang dapat menimbulkan masalah kesehatan bagi sebagian wanita (Hyde and Petersen, 2008; National Institutes of Health, 2017). Istilah 'kelahiran normal' dalam literatur akademis dan kebijakan kesehatan secara umum mengacu pada kelahiran tanpa, atau dengan intervensi klinis terbatas (Prosser, Barnett and Miller, 2018).

Menurut *International Confederation of Midwife* (ICM), Pengertian persalinan normal :

1. Proses dinamis yang unik di mana terdapat fisiologi janin dan ibu serta konteks psikososial.
2. Persalinan normal adalah saat wanita memulai, melanjutkan, dan menyelesaikan persalinan dengan bayi

lahir secara spontan saat aterm, dalam posisi vertex saat aterm, tanpa intervensi bedah, medis, atau farmasi (ICM, 2014).

Terlepas dari penelitian selama beberapa dekade, peristiwa yang mengarah pada proses inisiasi persalinan pada manusia masih belum jelas. Diduga zat biokimia yang diproduksi oleh janin menginduksi persalinan. Selain itu, waktu produksi zat ini dan interaksinya dengan faktor biokimia plasenta dan ibu tampaknya mempengaruhi proses ini. Di antara zat biokimia yang paling banyak dipelajari adalah hormon janin seperti oksitosin dan molekul inflamasi plasenta. Peningkatan produksi molekul inflamasi plasenta dan ibu pada akhir kehamilan sangat terkait dengan inisiasi persalinan. Hormon yang disebut prostaglandin, yang diproduksi oleh plasenta sebagai respons terhadap berbagai sinyal biokimia, dapat menyebabkan peradangan dan hadir dalam kadar yang meningkat selama persalinan. Beberapa faktor yang meningkatkan produksi prostaglandin antara lain oksitosin, yang merangsang kekuatan dan frekuensi kontraksi uterus, dan protein paru janin yang disebut protein surfaktan A (SP-A). Produksi surfaktan dalam paru janin tidak dimulai sampai tahap akhir kehamilan, saat janin bersiap untuk menghirup udara; transisi ini dapat bertindak sebagai saklar tenaga kerja yang penting (Beck, A. C. and Huffman, 2023).

Selama akhir kehamilan wanita dan janin mempersiapkan diri untuk proses persalinan. Janin telah tumbuh dan berkembang sebagai persiapan untuk kehidupan ekstrasuterin. Wanita telah mengalami berbagai adaptasi fisiologis selama kehamilan yang mempersiapkannya untuk melahirkan dan menjadi ibu. Sedikitnya ada lima faktor yang mempengaruhi proses persalinan dan kelahiran. Ini mudah diingat sebagai "5P" yaitu *passenger* (janin dan plasenta), *passageway* (jalan lahir), *powers* (kontraksi), *position*

of the mother, and psychologic response/respons psikologis (Cashion, 2016).

Pada BAB ini akan di bahas tentang 5 faktor yang mempengaruhi persalinan atau yang biasa dikenal sebagai 5P yaitu:

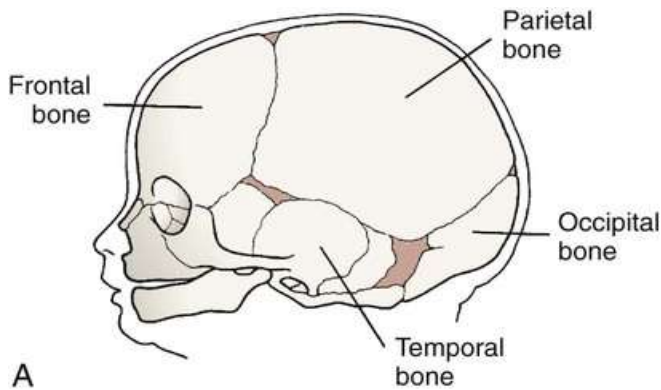
1. *Passenger* (janin dan plasenta)
2. *Passage* (jalan lahir)
3. *Power* (tenaga/kekuatan)
4. *Position of the mother* (posisi ibu)
5. *Psychology* (psikologi)

4.2 Faktor *Passenger*

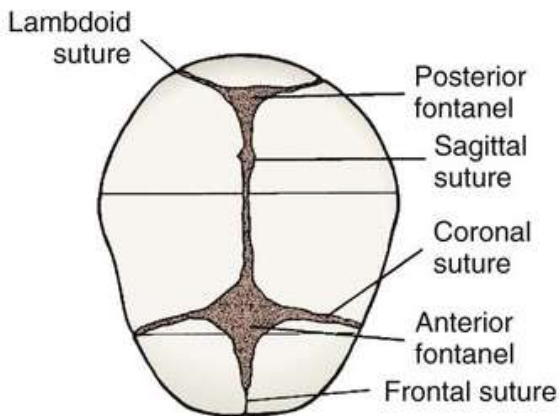
Faktor *Passenger* terdiri dari janin dan plasenta. Ukuran kepala janin, presentasi janin, letak janin, sikap janin, dan posisi janin mempengaruhi kemampuan janin untuk mengarungi atau menyesuaikan diameter jalan lahir. Plasenta bisa dianggap sebagai penumpang/*passenger* karena juga harus melewati jalan lahir.

4.2.1 *Size of fetal head*/Ukuran kepala janin

Karena ukuran dan relatif kaku, kepala janin memiliki pengaruh besar pada proses kelahiran. Tengkorak janin terdiri dari dua tulang parietal, dua tulang temporal, tulang frontal, dan tulang oksipital (Gambar 4.1). Tulang-tulang ini disatukan oleh sutura membranosa: sagital, lambdoidal, koronal, dan frontal (Gambar 2.2). Ruang berisi membran yang disebut fontanel terletak di tempat perpotongan sutura. Selama persalinan setelah ketuban pecah, palpasi fontanel dan sutura selama pemeriksaan vagina menunjukkan presentasi, posisi, dan sikap janin.



Gambar 4.1. Kepala Janin cukup bulan (aterm) – Tulang
 Sumber: (Cashion, 2016)



Gambar 4.2. Kepala Janin cukup bulan (aterm) – Fontanel dan
 Sutura
 Sumber: (Cashion, 2016)

Dua fontanel terpenting adalah anterior dan posterior (Gambar 4.2). Yang lebih besar, ubun-ubun/fontanel anterior, berbentuk diamond, sekitar 3 cm x 2 cm, dan terletak di

persimpangan sutura sagital, koronal, dan frontal. Fontanel anterior tertutup pada 18 bulan setelah kelahiran. Fontanel posterior terletak di persimpangan sutura dua tulang parietal dan tulang oksipital, berbentuk segitiga, dan berukuran sekitar 1cm x 2cm. Fontanel ini menutup 6 sampai 8 minggu setelah kelahiran.

Sutura dan fontanel/ubun-ubun membuat tengkorak fleksibel untuk menampung otak bayi, yang terus tumbuh selama beberapa waktu setelah lahir. Namun karena tulang tidak menyatu dengan kuat, sedikit tumpang tindih, atau *Molding* (proses tulang tengkorak janin dikompres agar menyesuaikan dengan diameter jalan lahir), ini terjadi selama persalinan. Kapasitas tulang-tulang ini untuk bergeser satu sama lain juga memungkinkan adaptasi terhadap berbagai diameter panggul ibu. *Molding* bisa meluas tetapi sebagian besar kepala bayi baru lahir kembali ke bentuk normalnya dalam waktu 3 hari setelah lahir.

Meskipun ukuran bahu janin dapat memengaruhi *passage*/jalan lahir, posisinya dapat diubah dengan relatif mudah selama persalinan sehingga satu bahu dapat menempati tingkat yang lebih rendah dari bahu yang lain. Hal ini membuat diameter bahu yang lebih kecil dari tengkorak, memfasilitasi perjalanan melalui jalan lahir. Lingkaran pinggul janin biasanya cukup kecil sehingga tidak menimbulkan masalah (Cashion, 2016).

4.2.2 Fetal presentation/Presentasi janin

Presentasi janin adalah bagian janin yang memasuki pintu panggul terlebih dahulu dan mengarah melalui jalan lahir selama persalinan. Presentasi mengacu pada bagian janin yang memasuki pintu panggul terlebih dahulu dan mengarah melalui jalan lahir selama persalinan cukup bulan.

Beberapa presentasi janin yang dapat ditemukan:

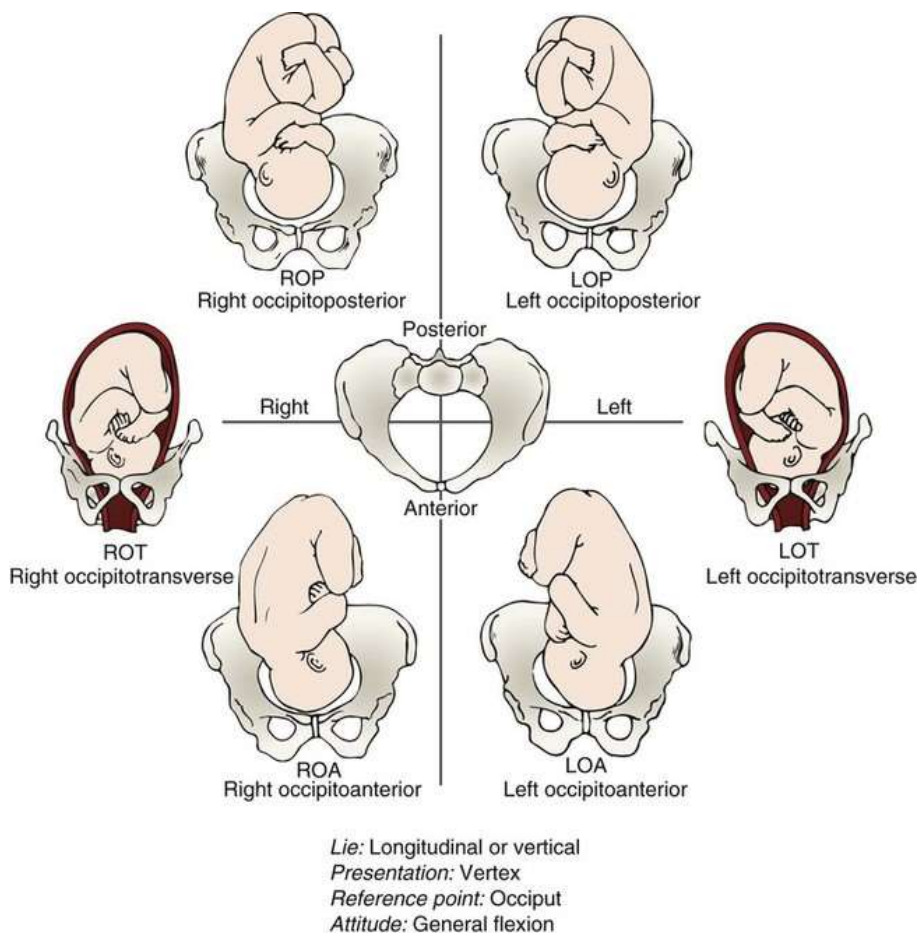
1. Belakang kepala (oksiput)
2. Dagum (mentum)
3. Bahu (skapula)

4. Sungsang (bokong atau kaki)

Tiga presentasi utama adalah

1. Presentasi kepala (kepala lebih dulu), terjadi pada 96% kelahiran (Gambar 4.3);
2. Presentasi bokong (bokong, kaki, atau keduanya terlebih dahulu), terjadi pada 3% kelahiran (Gambar 4.4 A-C); dan
3. Presentasi bahu, terlihat pada 1% kelahiran (Gambar 4.4D)

Bagian presentasi adalah bagian janin yang terletak paling dekat dengan os interna serviks. Ini adalah bagian tubuh janin yang pertama kali dirasakan oleh jari pemeriksa selama pemeriksaan vagina. Pada presentasi kepala bagian presentasi biasanya adalah oksiput; dalam presentasi sungsang itu adalah sakrum; dalam presentasi bahu itu adalah skapula. Jika bagian presentasinya adalah oksiput, presentasinya dicatat sebagai verteks (Gambar 4.3). Faktor-faktor yang menentukan bagian presentasi meliputi letak janin, sikap janin, dan ekstensi atau fleksi kepala janin.



Gambar 4.3. Contoh presentasi vertex (oksiput) janin dalam kaitannya dengan bagian depan, belakang, atau samping panggul ibu. Sumber: (Cashion, 2016)



A

Frank breech

Lie: Longitudinal or vertical
Presentation: Breech (incomplete)
Presenting part: Sacrum
Attitude: Flexion, except for legs at knees



B

Single footling breech

Lie: Longitudinal or vertical
Presentation: Breech (incomplete)
Presenting part: Sacrum
Attitude: Flexion, except for one leg extended at hip and knee



C

Complete breech

Lie: Longitudinal or vertical
Presentation: Breech (sacrum and feet presenting)
Presenting part: Sacrum (with feet)
Attitude: General flexion



D

Shoulder presentation

Lie: Transverse or horizontal
Presentation: Shoulder
Presenting part: Scapula
Attitude: Flexion

Gambar 4.4. Presentasi janin. A ke C, presentasi sungsang (sakral) ;. D, Presentasi bahu
 Sumber: (Cashion, 2016)

4.2.3 Fetal lie/Letak Janin

Letak Janin adalah hubungan sumbu panjang (tulang belakang) janin dengan sumbu panjang (tulang belakang) ibu.
 Dua letak primer adalah :

1. Longitudinal, atau vertikal, di mana sumbu panjang janin sejajar dengan sumbu panjang ibu (Gambar 4.3);

Letak longitudinal adalah presentasi kepala atau bokong, tergantung pada struktur janin yang pertama kali memasuki panggul ibu.

Sumbu panjang janin sejajar dengan sumbu panjang ibu, baik presentasi kepala atau bokong. Presentasi sungsang dapat memerlukan kelahiran sesar.

2. Transversal, horizontal, atau oblig, di mana sumbu panjang janin berada pada sudut siku-siku diagonal terhadap sumbu panjang ibu (Gambar 4.4D)

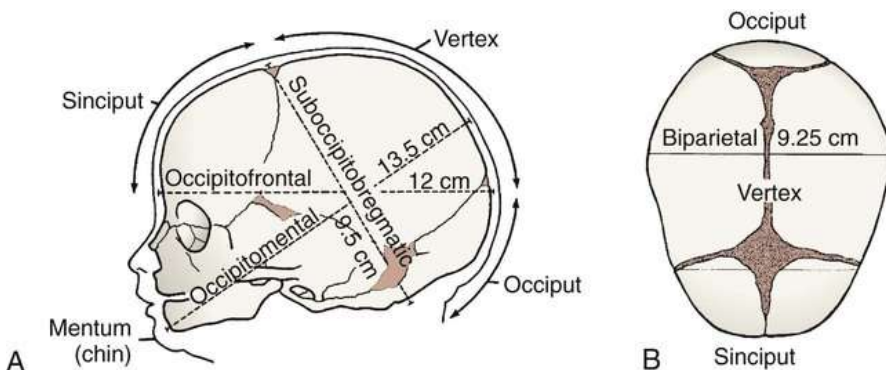
Sumbu panjang janin mendatar, membentuk sudut siku-siku terhadap sumbu ibu, dan tidak mengakomodasi kelahiran pervaginam. Bahu adalah bagian terbawah dan dapat memerlukan persalinan melalui operasi sesar jika janin tidak berotasi secara spontan. Kelahiran pervaginam tidak dapat terjadi bila janin berada dalam posisi melintang.

Letak oblig (yaitu, di mana sumbu panjang janin terletak pada sudut sumbu panjang ibu) kurang umum dan biasanya berubah menjadi letak longitudinal atau letak transversal selama persalinan (F. Gary *et al.*, 2022).

4.2.4 Fetal attitude/Sikap Janin

Sikap janin adalah hubungan bagian-bagian tubuh janin satu sama lain. Janin mengambil karakteristik postur (sikap) dalam rahim sebagian karena mode pertumbuhan janin dan sebagian karena cara janin menyesuaikan diri dengan bentuk rongga rahim. Normalnya punggung janin membulat sehingga dagu ditekuk di dada, paha ditekuk di perut, dan kaki ditekuk di lutut. Lengan disilangkan di atas dada, dan tali pusar terletak di antara lengan dan kaki. Sikap ini secara umum disebut fleksi (Gambar 4.3).

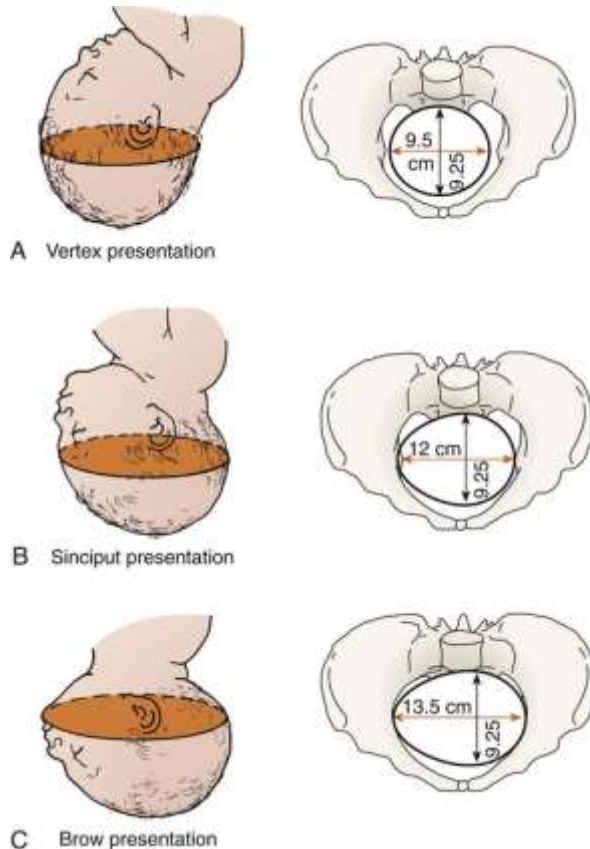
Penyimpangan dari sikap normal dapat menyebabkan kesulitan dalam persalinan. Contohnya pada presentasi kepala, kepala janin dapat diekstensikan atau ditekuk sedemikian rupa sehingga menunjukkan diameter kepala yang melebihi batas panggul ibu, dapat menyebabkan persalinan lama, kelahiran dengan bantuan forsep atau vakum, atau kelahiran sesar.



Gambar 4.5. Diameter kepala janin saat aterm. A. Presentasi Kepala : Oksiput, vertex dan sinciput ; dan diameter kepala: suboccipitobregmatic, occipitofrontal, dan occipitomenal. B. diameter biparietal. Sumber: (Cashion, 2016)

Diameter kritis tertentu dari kepala janin biasanya diukur. Diameter biparietal, yaitu sekitar 9,25 cm saat aterm, merupakan diameter transversal terbesar dan indikator penting ukuran kepala janin (Gambar 4.5B). Pada presentasi kepala yang tertekuk dengan baik, diameter biparietal adalah bagian terlebar dari kepala yang memasuki pintu atas panggul. Dari beberapa diameter anteroposterior, yang terkecil dan paling kritis adalah diameter suboccipitobregmatic (sekitar 9,5 cm saat aterm). Saat kepala janin dalam keadaan fleksi penuh, diameter ini memungkinkannya melewati pelvis sejati dengan mudah (Gambar 4.5A; Gambar 4.6A).

Saat kepala lebih ekstensi, diameter anteroposterior melebar, dan kepala mungkin tidak dapat masuk ke pelvis (Gambar 2.6B dan C).



Gambar 4.6. Kepala memasuki panggul.

Diameter biparietal ditunjukkan dengan arsiran (9,25 cm).

A. diameter Suboccipitobregmatic: kepala fleksi sempurna di dada sehingga diameter terkecil masuk.

B. Diameter occipitofrontal: ekstensi sedang (sikap militer) sehingga diameter besar masuk.

C. Diameter occipitomental: ditandai ekstensi (defleksi) sehingga diameter terbesar, yang terlalu besar untuk memungkinkan kepala masuk panggul. sumber: (Cashion, 2016)

4.2.5 *Fetal position*/Posisi Janin

Bagian presentasi menunjukkan bagian janin yang menutupi pintu atas panggul. Posisi janin adalah hubungan titik referensi pada bagian presentasi (oksiput, sakrum, mentum [dagu] atau sinsiput [puncak defleksi]) ke empat kuadran panggul ibu (Gambar 4.3).

Fetopelvic atau posisi janin: hubungan bagian presentasi janin (sanctum, mentum, atau tengkuk, mengacu pada posisi terarahnya karena berhubungan dengan salah satu dari empat kuadran panggul ibu. Hal ini diberi label dengan tiga huruf, antara lain :

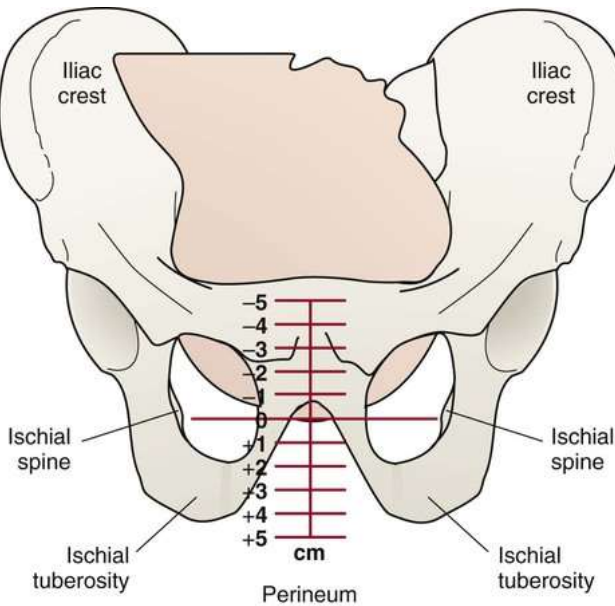
1. *Right*/Kanan (R) atau *Left*/Kiri (L)
Huruf pertama merujuk ke salah satu sisi panggul ibu. Huruf pertama singkatan menunjukkan lokasi bagian presentasi di sisi kanan (R) atau kiri (L) panggul ibu.
2. Occiput (O), sanctum (S), Mentum (M) atau Scapula (Sc)
Huruf kedua merujuk pada bagian presentasi janin. Huruf tengah menunjukkan bagian khusus janin (O untuk oksiput, S untuk sakrum, M untuk mentum [dagu], dan Sc untuk skapula [bahu]).
3. Anterior (A), Posterior (P), atau Transverse (T)
Huruf ketiga merujuk pada bagian atau panggul ibu. Huruf ketiga menunjukkan lokasi bagian presentasi dalam hubungannya dengan bagian anterior (A), posterior (P), atau transversal (T) panggul ibu.

Sebagai contoh:

1. ROA berarti bahwa oksiput adalah bagian presentasi dan terletak di kuadran anterior kanan panggul ibu (Gambar 4.3).
2. LSP berarti sakrum adalah bagian terbawah dan terletak di kuadran posterior kiri panggul ibu (Gambar 4.4).

4.2.6 Stasiun

Station mengukur posisi janin dalam sentimeter dengan stasiun o berada pada level garis imajiner di spina iskiadika. Station adalah hubungan bagian presentasi janin dengan garis imajiner yang berada antara spina iskiadika ibu dan merupakan ukuran derajat penurunan bagian terendah janin melalui jalan lahir. Penempatan bagian terendah janin diukur dalam sentimeter di atas atau di bawah spina iskiadika (Gambar 4.7). Ketika bagian terbawah dari bagian presentasi adalah 1 cm di atas spina ischiadika dicatat sebagai minus (-) 1. Pada posisi spina ischiadika, stasiun disebut sebagai 0 (nol). Ketika bagian presentasi berada 1 cm di bawah spina ischiadika, dikatakan plus (+) 1. Kelahiran sudah dekat ketika bagian terendah janin berada pada +4 sampai +5 cm. Posisi bagian terendah janin harus ditentukan saat persalinan dimulai sehingga kecepatan turunnya janin selama persalinan dapat ditentukan secara akurat.



Gambar 4.7. Station
Sumber: (Cashion, 2016)

4.2.7 Engagement

Engagement adalah istilah yang digunakan untuk menunjukkan bahwa diameter transversal terbesar dari bagian terendah janin (biasanya diameter biparietal) telah melewati pinggir panggul ibu atau pintu masuk ke panggul sejati dan biasanya sesuai dengan stasiun 0. Ini sering terjadi pada minggu-minggu sebelum persalinan dimulai pada nulipara dan dapat terjadi sebelum atau selama persalinan pada multipara. *Engagement* dapat ditentukan dengan pemeriksaan abdominal atau vagina.

4.3 Faktor *Passage*

Jalan lahir yang terdiri dari tulang panggul, Serviks/leher rahim, dasar panggul, vagina, dan introitus (lubang vagina). Ukuran dan bentuk tulang panggul harus memadai untuk memungkinkan janin melewatinya. Serviks harus membuka dan menipis sebagai respons terhadap kontraksi dan turunnya janin.

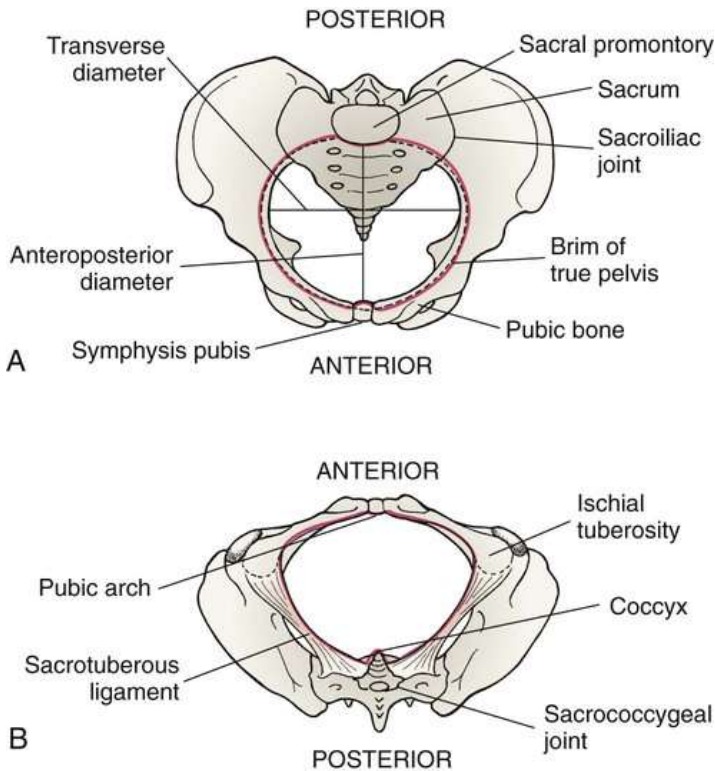
Meskipun jaringan lunak, terutama lapisan otot dasar panggul, berkontribusi pada kelahiran janin pervaginam, panggul ibu memainkan peran yang jauh lebih besar dalam proses persalinan karena janin harus berhasil menyesuaikan diri dengan jalan yang relatif kaku ini. Ukuran dan bentuk panggul dapat ditentukan pada kunjungan prenatal awal atau saat masuk persalinan. Informasi ini kemudian dapat digunakan dalam penilaian kemajuan persalinan.

Passage/Passageway, atau jalan lahir, terdiri dari:

1. *Bony pelvis*/Tulang panggul
2. *Cervix*/Serviks
3. *Pelvic floor muscles*/Otot dasar panggul
4. Vagina
5. Introitus (external opening to the vagina)/pembukaan luar ke vagina)

4.3.1 *Bony pelvis*/Tulang panggul

Tulang panggul dibentuk oleh fusi tulang ilium, ishium, pubis, dan sakral. Keempat sendi panggul adalah simfisis pubis, sendi sacroiliac kanan dan kiri (Gambar 4.8A), dan sendi sacrococcygeal (Gambar 4.8 B). Tulang panggul dipisahkan oleh pinggir, atau pintu masuk, menjadi dua bagian: False pelvis dan True pelvis. False pelvis adalah bagian di atas pinggir dan tidak berperan dalam melahirkan anak. True pelvis, bagian yang terlibat dalam kelahiran, dibagi menjadi tiga bidang yaitu pintu atas panggul, bidang tengah panggul (midpelvis)/rongga panggul dan pintu bawah panggul.



Gambar 4.8. Panggul Wanita

A. Panggul dilihat dari atas.

B. Panggul dilihat dari bawah, seperti yang terlihat oleh petugas kesehatan saat wanita berbaring telentang.

sumber: (Cashion, 2016)

4.3.2 *Cervix/Serviks*

Serviks merupakan bagian integral dari konsepsi, pemeliharaan kehamilan, dan kelahiran bayi tepat waktu. Sepanjang kehamilan, serviks harus tetap tertutup meskipun ada banyak gaya yang bekerja padanya. Hal ini memungkinkannya untuk bertindak sebagai penghalang bagi masuknya mikroorganisme vagina dan untuk mempertahankan pertumbuhan

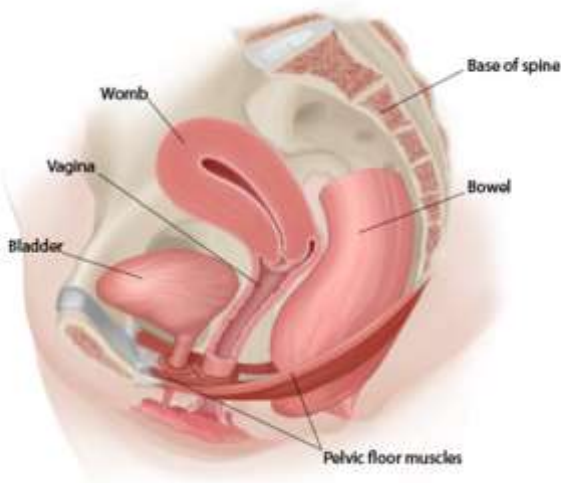
janin di dalam rahim. Saat aterm dan selama persalinan, serviks harus melunak, memendek, dan melebar untuk memungkinkan keluarnya bayi. (Nott *et al.*, 2016).

Serviks adalah struktur silindris yang kokoh yang terletak di kutub bawah korpus uteri. Panjang serviks dewasa normal yang tidak hamil kira-kira 25 mm, dengan diameter anteroposterior berkisar antara 20 dan 25 mm dan diameter transversal 25-30 mm, meskipun variasi yang cukup besar terjadi karena usia, paritas, dan tahap siklus menstruasi. Serviks dibagi menjadi dua bagian yang terletak di atas dan di bawah refleksi vagina, masing-masing adalah portio supravaginalis dan portio vaginalis. Di luar kehamilan saluran serviks kolaps, kencang, dan berbentuk fusiform. Ini memastikan hubungan antara rongga korpus dan lumen vagina, dan dibatasi oleh os internal dan eksternal.

4.3.3 *Pelvic floor muscles*/Otot dasar panggul

Otot dasar panggul menopang janin yang sedang tumbuh selama kehamilan. Otot dasar panggul kemudian meregang selama proses persalinan.

Dasar panggul dapat dipengaruhi secara signifikan oleh kelahiran, sedemikian rupa sehingga disfungsi dasar panggul setelah melahirkan telah diidentifikasi sebagai masalah kesehatan masyarakat yang utama. Namun, penting untuk diingat bahwa dasar panggul memainkan peran kunci dalam persalinan (Physiopedia contributors, 2023). Saat persalinan semakin dekat, serviks melunak dan menjadi lebih tipis, bersiap untuk membuka/dilatasi (melebar).



Gambar 4.9. *Pelvic floor muscles*/Otot dasar panggul
Sumber: (Cashion, 2016)

4.4 Faktor *Power*

Power atau faktor tenaga adalah kekuatan yang dibutuhkan untuk mendorong janin keluar dari rahim dan melewati jalan lahir. Faktor tenaga atau *power* dapat dibagi menjadi dua yaitu:

1. Kekuatan utama (primer)/*Primary powers*
Tenaga ini berasal dari his atau kontraksi uterus
 - *Effacement* atau penipisan
 - *Dilation* atau pembukaan
 - *Ferguson reflex*
2. Kekuatan sekunder/*Secondary powers*
Tenaga ini berasal dari tenaga ibu saat mengejan
 - *Bearing-down efforts* (upaya menahan diri)

Kontraksi rahim menyebabkan *defacement* (pemendekan dan penipisan serviks) selama tahap pertama persalinan dan

pelebaran serviks (pembukaan serviks) yang terjadi setelah persalinan dimulai dan janin turun. Dorongan his untuk mendorong dan mengejan pada kala dua persalinan membantu pengeluaran janin.

4.5 Faktor Position of the mother

Ibu bersalin harus sering melakukan perubahan posisi selama persalinan untuk meningkatkan kenyamanan, mengurangi kelelahan, dan meningkatkan sirkulasi. Posisi kala II ditentukan oleh preferensi ibu, preferensi penolong, dan kondisi ibu dan janin. Gravitasi dapat membantu penurunan janin dalam posisi tegak, duduk, berlutut, dan jongkok.

Posisi memengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologis wanita terhadap persalinan. Perubahan posisi yang sering pada ibu selama proses persalinan dapat:

1. Menghilangkan kelelahan
2. Meningkatkan kenyamanan
3. Meningkatkan sirkulasi

Wanita yang melahirkan harus didorong untuk menemukan posisi yang paling nyaman baginya (Cashion, 2016).

4.6 Faktor *Psychology*

Maternal stres, ketegangan, dan kecemasan ibu dapat menghasilkan perubahan fisiologis yang dapat mengganggu kemajuan persalinan.

Keadaan psikologis ibu mempengaruhi proses persalinan. Ibu bersalin yang didampingi suami dan orang tercinta cenderung mengalami proses persalinan yang lebih lancar dibandingkan dengan ibu bersalin yang tidak didampingi atau orang tercinta. Hal ini menunjukkan bahwa dukungan mental memberikan dampak positif terhadap

keadaan psikologis ibu yang berpengaruh terhadap kelancaran proses persalinan

Kesehatan mental ibu berdampak pada proses persalinan. Dibandingkan dengan ibu bersalin yang tidak didampingi, ibu bersalin yang didampingi oleh suami atau pasangannya seringkali lebih mudah melahirkan atau proses persalinan lancar. Hal ini menunjukkan bahwa dukungan mental memberikan pengaruh yang baik terhadap kondisi psikologis ibu, yang berpengaruh terhadap keberhasilan proses persalinan.

Selain kelima faktor yang sudah dibahas sebelumnya, beberapa sumber mengatakan bahwa faktor penolong diduga juga dapat mempengaruhi persalinan sehingga pengetahuan, keterampilan, profesional dari tenaga kesehatan/penolong persalinan harus terjamin untuk menghasilkan proses, *output* dan *outcome* persalinan normal.

DAFTAR PUSTAKA

- Beck, A. C. and Huffman, . John W. 2023. *Birth, Encyclopedia Britannica*. Available at: <https://www.britannica.com/science/birth> (Accessed: 1 July 2023).
- Cashion, K. 2016. *Labor and Birth Processes, Nursekey*. Available at: <https://nursekey.com/labor-and-birth-processes/> (Accessed: 1 July 2023).
- F. Gary, C. *et al.* 2022. *Williams Obstetrics 26th edition*. 26th edn. New York: McGraw Hill LLC.
- Hyde, J. S. and Petersen, J. L. 2008. 'Parental Leave', in Haith, M. M. and Benson, J. B. (eds) *Encyclopedia of Infant and Early Childhood Development*. San Diego: Academic Press, pp. 490–496. doi: <https://doi.org/10.1016/B978-012370877-9.00117-1>.
- ICM. 2014. *Keeping Birth Normal, International Confederation of Midwife*. Available at: <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/statement-files/2018/04/keeping-birth-normal-eng.pdf> (Accessed: 1 July 2023).
- National Institutes of Health. 2017. *Labor and Delivery, US Department of Health and Human Services*. Available at: <https://www.nichd.nih.gov/health/topics/labor-delivery> (Accessed: 1 July 2023).
- Nott, J. P. *et al.* 2016. 'The structure and function of the cervix during pregnancy', *Translational Research in Anatomy*, 2, pp. 1–7. doi: 10.1016/j.tria.2016.02.001.
- Physiopedia contributors. 2023. *Childbirth and the Pelvic Floor, Physiopedia*. Available at: http://index.php?title=Childbirth_and_the_Pelvic_Floor&oldid=336385 (Accessed: 1 July 2023).
- Prosser, S. J., Barnett, A. G. and Miller, Y. D. 2018. 'Factors promoting or inhibiting normal birth.', *BMC pregnancy and childbirth*, 18(1), p. 241. doi: 10.1186/s12884-018-1871-5.

World Health Organization. 2018. *Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Available at: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215-eng.pdf?ua=1%0Ahttp://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>.

BAB 5

KEBUTUHAN DASAR IBU PADA MASA PERSALINAN

Oleh Tri Endah Rachmawati

5.1 Pendahuluan

Persalinan pada dasarnya merupakan proses yang fisiologis dan menakutkan tidak hanya bagi setiap ibu tetapi juga keluarga. Namun di sisi lain, persalinan juga menjadi proses yang menegangkan terutama bagi ibu yang sedang menjalaninya. Proses persalinan membuat ibu menghadapi beberapa kondisi fisik dan emosional tertentu yang dapat mempengaruhi proses persalinan itu sendiri.

Kebutuhan dasar selama persalinan sangat penting diperhatikan oleh pemberi layanan atau penolong persalinan. Asuhan yang sifatnya mendukung selama persalinan merupakan salah satu asuhan standar pelayanan kebidanan pada ibu bersalin. Bidan sebagai pemberi asuhan harus memahami berbagai kebutuhan saat ibu sedang bersalin, sehingga akan tercipta persalinan yang aman dan nyaman.

5.2 Kebutuhan Dasar Ibu pada Masa Persalinan

Asuhan yang mendukung bersifat aktif dan ikut serta dalam kegiatan yang sedang berlangsung. Jika seorang bidan sedang sibuk, maka ia harus memastikan bahwa ada seorang pendukung yang hadir dan memantau wanita yang sedang dalam persalinan. Dukungan dapat diberikan oleh orang-orang terdekat pasien (suami, keluarga, teman, maupun tenaga kesehatan lainnya).

Ada lima kebutuhan dasar bagi wanita dalam persalinan sebagai berikut :

5.2.1 Dukungan Psikologis

Kebutuhan psikologis pada ibu bersalin merupakan salah satu kebutuhan dasar yang perlu diperhatikan bidan. Keadaan psikologis ibu bersalin sangat berpengaruh pada proses dan hasil akhir persalinan. Kebutuhan ini berupa dukungan emosional dari bidan sebagai pemberi asuhan, maupun dari pendamping persalinan baik suami/anggota keluarga ibu. Dukungan psikologis yang baik dapat mengurangi tingkat kecemasan pada ibu bersalin yang cenderung meningkat.

Dukungan psikologis yang dapat diberikan bidan untuk dapat mengurangi tingkat kecemasan ibu adalah dengan membuatnya merasa nyaman. Hal ini dapat dilakukan dengan membantu ibu untuk berpartisipasi dalam proses persalinannya dengan tetap melakukan komunikasi yang baik, memenuhi harapan ibu akan hasil akhir persalinan, membantu ibu untuk menghemat tenaga dan mengendalikan rasa nyeri, serta mempersiapkan tempat persalinan yang mendukung dengan memperhatikan privasi ibu.

Setiap ibu yang akan memasuki proses persalinan akan muncul perasaan takut, khawatir, ataupun cemas terutama pada ibu yang baru pertama kali menghadapi proses persalinan. Bidan harus mampu memberikan perasaan kehadiran :

1. Selama bersama pasien, bidan harus berkonsentrasi penuh untuk mendengarkan dan melakukan observasi
2. Menempatkan pasien dalam keadaan yakin dengan bersikap tenang dan bisa menenangkan pasien
3. Memfasilitasi dukungan emosional dari pasangan, keluarga, dan lingkungan terdekat

Dukungan psikologis pada ibu bersalin dapat diberikan dengan cara: memberikan sugesti positif, mengalihkan perhatian terhadap rasa sakit dan ketidaknyamanan selama persalinan, dan membangun kepercayaan dengan komunikasi yang efektif.

5.2.2 Kebutuhan Nutrisi dan Cairan

Pemenuhan kebutuhan nutrisi pada ibu pada masa persalinan penting untuk diperhatikan karena berpengaruh pada proses kemajuan persalinan. Selama bersalin, ibu memerlukan kondisi tubuh yang kuat dan prima. Pemenuhan kebutuhan gizi yang adekuat pada ibu bersalin membuat ibu lebih banyak energi untuk menjalani proses persalinan dan dapat meminimalisir terjadinya risiko komplikasi akibat kelelahan.

Kebutuhan gizi pada ibu bersalin meliputi kalori sebanyak 3000 kalori berupa karbohidrat kompleks, vitamin, susu/yoghurt, vitamin, mineral, dan air. Dengan komposisi tersebut dapat dibuat pola makan sebagai berikut :

1. Menu makanan bergizi dengan kecukupan energi dan caira
2. Minum cairan berenergi, seperti susu/yoghurt, untuk menghindari kelelahan
3. Memeberikan cairan pada awal persalinan
4. Konsumsi makanan ringan yang rendah lemak

Makanan padat tidak boleh diberikan selama ersalinan aktif karena makanan padat lebih lama tinggal dalam lambung daripada makanan cair, sehingga proses pencernaan lebih lambat selama persalinan. Bila ada pmberian obat, dapat juga merangsang terjadinya mual/muntah yang dapat mengakibatkan terjadinya aspirasi ke dalam paru-paru, untuk mencegah dehidrasi, pasien dapat diberikan banyak minum segar (jus buah, sup buah) selama persalinan, namun bila mual/muntah dapat diberikan cairan IV. Aturan apa yang boleh dimakan atau diminum antara di rumah sakit dengan di rumah pasien jauh berbeda. Termasuk apakah boleh untuk tidak minum atau tidak makan sama sekali dalam proses persalinan, karena ada sebagian pasien yang enggan untuk makan atau minum karena khawatir akan timbul dorongan untuk buang air besar atau buang air kecil.

Penatalaksanaan paling tepat yang dapat dilakukan oleh bidan adalah melihat situasi pasien, artinya intake cairan dan nutrisi tetap dipertimbangkan untuk diberikan dengan konsistensi dan jumlah yang logis dan sesuai kondisi pasien. (Sulistyawati dan Nugraheny, 2016)

Akses intravena adalah tindakan pemasangan infus pada pasien. Kebijakan ini diambil dengan pertimbangan sebagai jalur obat, cairan, atau darah untuk mempertahankan keselamatan jika sewaktu-waktu terjadi keadaan darurat dan untuk mempertahankan suplai cairan bagi pasien. (Sulistyawati dan Nugraheny, 2016)

5.2.3 Kebutuhan Eliminasi

Selama proses persalinan, pasien akan mengalami proses poliuri sehingga penting untuk memenuhi kebutuhan eliminasinya. Ibu bersalin pada awal persalinan yang mampu untuk buang air kecil di kamar mandi, didampingi ke kamar mandi untuk buang air kecil. Aktivitas ambulasi tersebut akan membantu penurunan kepala janin. Jika kondisi tidak memungkinkan untuk buang air kecil sendiri ke toilet maka tugas bidan atau pendukung persalinan (suami atau keluarga) adalah membantunya, misalnya dengan membantu menggunakan pispot.

Kandung kemih harus dikosongkan setiap 2 jam selama proses persalinan. Bila ibu bersalin tidak dapat berkemih sendiri dapat dilakukan kateterisasi karena kandung kemih yang penuh akan menghambat penurunan bagian terbawah janin, selain itu juga meningkatkan rasa tidak nyaman bersamaan dengan kontraksi uterus. (Walyani, 2019)

Pasien merasa tidak nyaman ketika merasakan dorongan untuk buang air besar. Namun rasa khawatir lebih mendominasi daripada perasaan tidak nyaman, hal ini disebabkan karena ketidaktahuan pasien mengenai caranya serta khawatir akan respon orang lain terhadap kebutuhannya ini. Dalam kondisi ini

penting bagi bidan dan suami atau keluarga menunjukkan respon yang positif dalam hal kesiapan untuk memberikan bantuan dan meyakinkan pasien bahwa tidak perlu merasa khawatir atau malu melakukannya. Jika upaya ini tidak dilakukan akan membuat ibu bersalin merasa rendah diri dan tidak percaya pada orang lain sehingga mempengaruhi semangatnya untuk menyelesaikan proses persalinan. Rektum yang penuh akan mengganggu penurunan bagian terbawah janin, namun bila ibu bersalin mengatakan ingin buang air besar, bidan harus memastikan adanya tanda dan gejala terjadinya kala II.

5.2.4 Kebutuhan Aktivitas

Ambulasi dan Posisi

Persalinan dan kelahiran adalah peristiwa yang normal, tanpa disadari, mau tidak mau harus berlangsung. Untuk membantu ibu bersalin agar tetap rileks sedapat mungkin bidan tidak dapat memaksakan pemilihan posisi yang diinginkan oleh ibu dalam proses persalinannya. Sebaliknya, peranan bidan adalah untuk mendukung ibu dalam pemilihan posisi apapun yang dipilihnya, menyarankan alternatif hanya apabila tindakan ibu tidak efektif atau membahayakan bagi dirinya sendiri atau bagi bayinya. Bila ada anggota keluarga yang hadir sebagai pendamping ibu, maka bidan bisa menawarkan dukungan pada orang yang mendukung ibu tersebut.

Bidan harus memahami posisi-posisi melahirkan, bertujuan untuk menjaga agar proses kelahiran bayi dapat berjalan dengan normal. Dengan memahami posisi persalinan yang tepat, maka diharapkan dapat menghindari intervensi yang tidak perlu, sehingga meningkatkan persalinan normal. Semakin normal proses kelahiran, semakin aman kelahiran bayi.

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam menentukan posisi melahirkan adalah :

1. Ibu bebas memilih posisi yang diinginkan, memberikan kepuasan dan kesejahteraan secara emosional, dan ibu dapat mengendalikan persalinannya secara alamiah
2. Peran bidan adalah memfasilitasi supaya ibu merasa nyaman
3. Secara umum, posisi yang nyaman dan dipilih bukanlah posisi berbaring

Pada awal persalinan, sambil menunggu pembukaan lengkap, ibu masih diperkenankan untuk melakukan aktivitas. Hal ini tentunya disesuaikan dengan kesanggupan ibu. Aktivitas akan membantu proses kemajuan persalinan dan mengurangi rasa jenuh serta kecemasan menjelang kelahiran bayi.

Posisi persalinan pada ibu bersalin bertujuan untuk membantu mengurangi rasa sakit akibat his dan membantu dalam peningkatan kemajuan proses persalinan yang meliputi penipisan serviks, pembukaan serviks, dan penurunan bagian terendah janin. Peran pendamping seperti suami atau keluarga sangat bermakna karena perubahan posisi yang aman dan nyaman bagi ibu bersalin tidak dapat dilakukan sendiri oleh bidan. Pada awal persalinan, ibu diperbolehkan berdiri, berjalan, duduk berbaring miring, maupun merangkak.

Macam-macam posisi pada saat proses persalinan antara lain :

1. Fowler atau semi fowler, posisi ini memudahkan bidan dalam membantu proses pengeluaran kepala janin
2. Merangkak, posisi ini cocok untuk persalinan dengan rasa sakit pada punggung, mempermudah janin dalam melakukan putar aksi luar serta mengurangi peregangannya perineum
3. Berdiri atau jongkok, posisi ini memudahkan penurunan kepala janin, memperluas panggul dan memperkuat dorongan meneran

4. Berbaring miring, dapat mengurangi penekanan pada vena cava inferior sehingga dapat mengurangi risiko terjadinya gangguan suplai oksigen pada janin yang mengakibatkan janin hipoksia

Berdasarkan posisi meneran di atas, maka secara umum posisi melahirkan dibagi menjadi 2 yaitu posisi tegak lurus dan posisi berbaring. Secara anatomi, posisi tegak lurus (berdiri, duduk) merupakan posisi paling sesuai untuk melahirkan, karena sumbu panggul dan posisi janin berada pada arah gravitasi.

Posisi miring ke kiri adalah posisi yang paling nyaman serta memiliki beberapa keuntungan. Beberapa keuntungan dari posisi miring ke kiri atau posisi *recumbent lateral* adalah :

1. Koordinasi lebih baik dan efisiensi kontraksi uterus yang lebih besar, kontraksi lebih kuat dan lebih jarang daripada ketika ibu bersalin dalam posisi terlentang.
2. Memfasilitasi fungsi ginjal, karena aliran urine menurun pada posisi terlentang
3. Memfasilitasi rotasi janin pada posisi posterior
4. Meredakan tekanan uterus dan kompresi pada pembuluh darah utama ibu bersalin (vena cava inferior dan aorta)

Istirahat

Istirahat sangat penting untuk pasien karena akan menimbulkan rasa rileks. Istirahat yang cukup pada awal persalinan sebaiknya dianjurkan pada ibu bersalin untuk persiapan menghadapi proses persalinan yang panjang terutama pada pprimipara. Jika ibu bersalin benar-benar tidak dapat tidur terlelap karena sudah mulai merasakan kontraksi, minimal upayakan untuk berbaring dalam posisi miring ke kiri untuk beberapa saat.

5.2.5 Pengurangan Rasa Nyeri

Persalinan merupakan proses membuka dan menipisnya serviks sehingga janin turun ke dalam jalan lahir yang berlangsung seiring dengan otot-otot rahim yang berkontraksi. Pada saat terjadi kontraksi pada uterus, kepala janin akan bergerak melewati jalan lahir yang menyebabkan tekanan pada kandung kemih, rektum, tulang pubis sehingga menyebabkan rasa nyeri yang dialami oleh ibu bersalin.

Nyeri persalinan merupakan respon stimulasi persarafan yang disebabkan oleh adanya kontraksi uterus dan kerusakan jaringan selama persalinan serta kelahiran melalui vagina. Intensitas nyeri sebanding dengan kekuatan kontraksi uterus dan tekanan yang terjadi. Nyeri bertambah ketika mulut rahim dalam keadaan berdilatasi penuh akibat tekanan janin terhadap struktur panggul, diikuti peregangan dan robekan jalan lahir bagian bawah.

Persepsi atau toleransi nyeri bervariasi tergantung individu masing-masing, dan intensitas nyeri selama proses persalinan mempengaruhi kondisi psikologis ibu bersalin, proses persalinan, dan kesejahteraan janin. Nyeri persalinan ini dapat menimbulkan kecemasan pada ibu, menyebabkan timbulnya hiperventilasi sehingga meningkatkan kebutuhan oksigen, kenaikan tekanan darah serta berkurangnya motilitas usus dan vesica urinaria. (Palifiana dan Khasanah, 2019)

Setiap ibu bersalin pasti menginginkan terbebas dari rasa nyeri akibat terjadinya kontraksi. Hal yang perlu ditekankan ibu bersalin adalah bahwa tanpa adanya rasa nyeri maka persalinan tidak mengalami kemajuan, karena kontraksi adalah salah satu tanda persalinan yang menimbulkan nyeri. Beberapa upaya yang dapat ditempuh untuk mengurangi rasa nyeri adalah mandi air hangat, berjalan-jalan di dalam kamar, duduk santai dengan membaca literasi atau buku kesukaan lainnya, memilih posisi yang nyaman, dan bisa dengan *massage (counter-pressure)*, *hypnobirthing*, dan teknik lainnya.

Massage (Counter-Pressure) dapat memudahkan proses persalinan karena meningkatkan efektifitas kontraksi pada uterus. Akupressure juga membantu produksi hormon endorphine yang berfungsi mengurangi rasa sakit. Metode ini tidak memiliki efek samping atau kerugian pada ibu bersalin dan dapat dilakukan oleh bidan, perawat, atau pendamping (suami atau keluarga) selama proses persalinan.

Hypnobirthing adalah proses persalinan yang menggunakan bantuan keadaan hipnosis. Metode ini dikembangkan untuk mempercepat dan memperlancar persalinan tanpa rasa sakit. Rasa sakit timbul karena ibu yang berada dalam proses persalinan dan melahirkan merasa tegang dan takut akibat telah mendengar atau terpapar cerita pengalaman proses persalinan yang kurang menyenangkan dari lingkungan. Perasaan ini selanjutnya akan membuat jalan lahir menjadi mengeras dan menyempit yang dikenal dengan istilah *fear-tension-pain*,

Pada saat uterus mengalami kontraksi secara alamiah mendorong kepala janin untuk melalui jalan lahir, terjadi resistensi atau tahanan yang kuat dari jalan lahir itu sendiri. Hal ini menimbulkan rasa sakit yang dirasakan oleh ibu bersalin. Kondisi ini tidak akan terjadi jika wanita dalam kondisi rileks dan tidak cemas. Untuk menghilangkan siklus *fear-tension-pain* ini, ibu bersalin dapat mengikuti latihan dalam program *hypnobirthing*.

Tidak ada satupun ibu bersalin yang mengatakan bahwa proses persalinan tidak sakit dan nyaman. Namun sebagai bidan harus tetap mengupayakan untuk mengurangi rasa sakit dan memberikan rasa nyaman agar proses persalinan yang dilalui tidak menjadi salah satu pengalaman yang traumatik bagi ibu bersalin.

5.2.6 Kebersihan Diri

Sebagian ibu bersalin yang akan menjalani proses persalinan tidak menganggap kebersihan diri sebagai suatu kebutuhan, karena ibu bersalin lebih fokus terhadap rasa sakit yang

ditimbulkan saat terjadi kontraksi terutama pada primipara. Namun bagi sebagian yang lain akan merasa tidak nyaman jika kondisi tubuhnya tidak bersih selama proses persalinan. Tanpa mempertimbangkan apakah kebersihan tubuh dianggap kebutuhan atau tidak, bidan atau pendamping persalinan sebaiknya tetap memperhatikan kebersihan tubuh ibu bersalin. Selain rasa nyaman pada saat kondisi tubuhnya bersih, perhatian dari pemberi pelayanan dapat menimbulkan perasaan positif bagi ibu bersalin dan merasa dihargai.

Beberapa upaya yang dapat dilakukan untuk menjaga kebersihan tubuh ibu bersalin adalah :

1. Bidan atau pendamping membantu menggantikan pakaian ibu bersalin saat tidak ada his, terutama jika sudah basah oleh keringat.
2. Menyarankan ibu bersalin untuk menggunakan pakaian dengan bahan yang menyerap keringat serta berkancing depan, supaya lebih mudah untuk dibersihkan.
3. Menyeka keringat yang membasahi bagian tubuh pasien dengan handuk kecil
4. Mengganti kain pengalas bokong jika sudah basah oleh darah atau air ketuban
5. Menjaga lingkungan ruang bersalin tetap bersih dan nyaman.

5.2.7 Informasi dan Edukasi

Ibu bersalin saat pertama memasuki ruang bersalin, pasti membutuhkan informasi atas proses yang akan dia hadapi. Bidan sebaiknya memenuhi kebutuhan pasien dan keluarga akan informasi yang dapat membantu lancarnya komunikasi diwaktu yang akan datang.

Beberapa informasi yang dapat disampaikan antara lain :

1. Hasil pemeriksaan awal (kepastian apakah ibu bersalin saat ini dalam kondisi normal dan aman) dan kapan pemeriksaan selanjutnya akan dilaksanakan
2. Identitas bidan atau petugas yang memberikan pelayanan, untuk menumbuhkan rasa percaya
3. Hak dan kewajiban ibu bersalin dan pendamping
4. Bagaimana cara meminta bantuan jika memerlukan
5. Apa yang harus dilakukan pada saat ibu memasuki proses persalinan
6. Teknik dan posisi yang diperbolehkan, dan posisi tertentu yang dirasakan paling nyaman oleh ibu bersalin
7. Apa saja yang harus disiapkan suami atau keluarga menjelang persalinan
8. Siapa saja yang diperkenankan menjadi pendamping atau mendampingi saat ibu menjalani proses persalinan
9. Apa saja yang harus dilakukan oleh pendamping persalinan
10. Informasi dan edukasi tentang teknik distraksi dan relaksasi
11. Informasi dan edukasi teknik meneran yang benar

Ibu bersalin yang sudah mempunyai pengetahuan tentang persalinan sangat memerlukan informasi tentang kemajuan persalinannya, sedangkan ibu bersalin yang tidak mempunyai pengetahuan sama sekali tentang persalinan sangat ingin mengetahui apa yang sedang terjadi dengan tubuhnya.

Tahap awal persalinan merupakan saat yang paling efektif untuk memberikan penjelasan yang diperlukan tentang persalinan kepada ibu bersalin dan keluarga.

DAFTAR PUSTAKA

- Fathony, Zaiyidah dkk. 2022. *Penyuluhan Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin*. Jurnal Perak Malahayati Vol. 4 No. 2 (2022) : 268-276.
- Meiranny, Arum. 2018. *Pengaturan Lingkungan Persalinan Sebagai Upaya Peningkatan Kenyamanan dan Kepuasan Persalinan*. Semarang : Unissula Press
- Palifiana, Dheska Arthyka & Nur Khasanah. 2019. *Pendidikan Kesehatan Tentang Pengurangan Nyeri Saat Persalinan Sebagai Upaya Persiapan Persalinan Pada Ibu Hamil*. Jurnal Pengabdian Masyarakat Karya Husada Vol. 1 No. 2 (2019)
- Prianti, Adella. 2018. *Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin*. Jurnal Poltekes Denpasar (2018)
- Sulistyawati, Ari & Esty Nugraheny. 2016. *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin*. Jakarta : Salemba Medika.
- Walyani, Elisabeth Siwi & Endang Purwoastuti. 2019. *Asuhan Kebdanan Persalinan & Bayi Baru Lahir*. Yogyakarta : Pustaka Baru Press.
- Yulizawati, dkk. 2019. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Persalinan*. Sidoarjo : Indomedia Pustaka.

BAB 6

PENYULIT DAN KOMPLIKASI DALAM PERSALINAN

Oleh Hendri Devita

6.1 Penyulit Persalinan

Kehamilan dan persalinan adalah peristiwa fisiologis normal. Namun, penelitian menunjukkan bahwa 15% kehamilan ibu dapat mengakibatkan komplikasi yang mengancam jiwa, membutuhkan pengetahuan dan keahlian yang luas dari bidan berisiko tinggi, dan banyak bidan merasa tidak aman dalam situasi luar biasa atau keadaan darurat yang sangat mengancam jiwa. Beberapa komplikasi dapat mengancam nyawa ibu, sehingga diperlukan pengetahuan dan pengalaman yang luas dari bidan untuk mengelola risiko tinggi tersebut. Keterampilan ini penting untuk seorang bidan karena ketika kondisi buruk bisa diprediksi atau dicegah, sehingga petugas atau bidan sigap menghadapinya dengan tepat, peluang kesembuhan bagi pasien juga anak dapat ditingkatkan. Keterampilan ini juga sangat penting bagi mahasiswa karena praktik pada wahana praktik dan klinik maupun rumah sakit memungkinkan keterampilan ini dapat diberikan asuhan oleh petugas atau bidan yang tepat kepada ibu dalam persalinan.

6.2 Penyulit/Komplikasi Persalinan Kala I dan II

Melahirkan bila banyak komplikasi bisa mengancam kondisi pasien, untuk itu menangani risiko tinggi membutuhkan pengetahuan dan keahlian yang luas dari bidan. Oleh karena itu, Topik 1 membahas masalah distosia pada letak dan posisi

abnormal, distosia karena kelainannya, distosia karena kelainan pada ginekologi, dan hambatan karena kelainan pada janin.

6.2.1 Distosia Kelainan Presentasi Dan Posisi (Mal Posisi)

1. Pengertian Malposisi

Posisi yang salah adalah kepala janin dalam kaitannya dengan panggul, menggunakan oksiput sebagai acuan, atau posisi abnormal adalah posisi abnormal dari bagian atas kepala janin (ubun-ubun kecil sebagai tanda) terhadap panggul ibu . Misalignment dapat menyebabkan kesulitan kerja atau pekerjaan yang berkepanjangan. Penilaian posisi normal dengan kepala tertunduk. Ketika fleksi baik dan ubun-ubun lebih rendah dari sinus, kondisi ini disebut sebagai oksipital melintang atau depan. Posisi di mana bagian belakang kepala berada di atas bagian belakang diameter panggul melintang adalah posisi yang salah. Pada persalinan normal, kepala janin melengkung ketika melewati vagina. Dalam kondisi tertentu, fleksi tidak terjadi, sehingga kepala menjadi fleksi.

Hasil penelitian untuk mendiagnosis kelainan posisi:

A. Pemeriksaan perut:

Perut bagian bawah rata, perut bagian bawah rata, sebagian kecil janin teraba dari depan dan DJJ di samping (samping)

B. Pemeriksaan vagina:

Di bagian belakang kepala ke arah sakrum, gigi seri dapat dirasakan dengan baik saat kepala ditekan

Posterior Serpentine Persalinan obstruktif terjadi ketika kepala janin tidak ada atau terkulai, dan robekan diafragma yang tidak teratur atau pelebaran episiotomi dapat terjadi selama persalinan.

2. Etiologi

- a. Diameter anterior biasanya diameter panggul android
- b. Segmen anterior biasanya meruncing di panggul android
- c. Otot dasar panggul Vettel pada multipara. Kepala janin kecil

3. Konsep Dasar Kelainan Malposisi Pada

a. Presentasi puncak kepala

Pada persalinan normal, kepala janin miring saat melewati jalan lahir. Dalam kondisi tertentu, pembengkokan tidak terjadi sehingga terjadi difraksi. Presentasi top-of-the-head juga disebut presentasi synciput

Etiologi:

- 1) Kelainan panggul
- 2) Janin/Meninggal
- 3) Rusak pada dasar panggul

Penanganan:

- 1) Cobalah untuk melahirkan secara pervaginam, karena sekitar 75% dapat melahirkan secara pervaginam, karena sekitar 75% dapat melahirkan secara spontan.
- 2) Bila ada bukti penyedot debu/penjepit digunakan, anak yang lahir biasanya memiliki kepala dengan bagian belakang kepala yang besar.

Komplikasi :

- 1) Pada ibu
 - a) Ruptur jalan lahir lebih lebar
 - b) Persalinan lama
- 2) Kematian anak disebabkan karena kerja yang lama dan molase yang berat cukup tinggi

b. Presetasi dahi

Presentasi dahi adalah letak kepala antara fleksi dan defleksi, dimana dahi adalah bagian paling bawah. Letak atau posisi ini bergantian ke depan atau belakang kepala. Kepala menembus panggul dengan dahi dalam rotasi internal transversal/miring, dahi menghadap ke depan dan berada di bawah tulang kemaluan, kemudian menekuk sehingga tengkuk ditopang oleh perineum, dan kemudian menekuk sehingga dagu muncul lahir.

Etiologi:

- 1) Ukuran panggul sempit
- 2) Anak besar
- 3) Sering melahirkan
- 4) Kelainan pada janin
- 5) Kematian janin intrauterin

Penanganan:

Persentase dahi dengan ukuran panggul normal dan janin tidak dapat melahirkan secara spontan pervaginam, juga SC.

Komplikasi:

- 1) Dengan kerja yang lama dan berat, mungkin mungkin terjadi robekan dan ruptur uteri
- 2) Kematian janin tinggi pada anak-anak

c. Persentasi occipito posterior

Saat paparan kepala posterior, kepala janin turun melalui pintu atas panggul dengan jahitan pegas transversal/oblik, memungkinkan ubun-ubun minor menjadi transversal kiri, transversal kanan, depan kiri, depan kanan, posterior kiri, atau posterior kanan.

Etiologi:

- 1) Diameter anteroposterior panggul lebih panjang dari diameternya orang transgender
- 2) Bagian depan menjadi lebih sempit
- 3) Otot-otot dasar panggul lemah pada banyak parasit
- 4) Kepala janin kecil dan bulat

Penanganan:

- 1) Lakukan pemantauan cermat dengan harapan persalinan spontan
- 2) Tindakan baru dilakukan bila fase kedua terlalu lama/terdapat tanda bahaya bagi janin Robekan periodik pada peria, atau dilatasi episiotomi, dapat terjadi selama persalinan:
 - a) Periksa penyerapan cairan ketuban dan pecahnya ketuban
 - b) Jika head drop 3/5 di atas PAP atau di atas 2 SC
 - c) Jika pembukaan tidak lengkap dan tidak ada tanda obstruksi, berikan oksitosin..
 - d) Jika diseksi selesai juga fase pemindahan belum berlanjut, Ulangi untuk rintangan. Jika tidak ada tanda-tanda oklusi, oksitosin diberikan
 - e) Saat pembukaan sempurna dan ujungnya mencapai setidaknya 1/5, vakum atau pegangan
 - f) Jika ada bukti obstruksi/ketidaknyamanan janin, lakukan operasi caesar

d. Persentasi muka

Alasannya adalah perpanjangan penuh kepala janin. Mulut, hidung, dan pipi terlihat di wajah janin.

Etologi:

- 1) Diameter anteroposterior panggul lebih panjang dari diameternya trans
- 2) Bagian depan menjadi lebih sempit
- 3) Otot dasar panggul yang lemah dan mengalami hipertrofi
- 4) Kepala janin tidak besar dan bulat

Dagu adalah yang menjadi acuan dalam bentuk kepala, maka wajah dagu terlihat di rahang depan dan belakang:

- 1) Demonstrasi posisi wajah dengan fleksi rahang wajah ke depan
- 2) Representasi wajah dari posisi deviasi wajah rahang posterior

Pemrosesan maksimal :

a. Daggu posterior

Saat pembukaan selesai:

- 1) Penularan melalui persalinan pervaginam spontan
- 2) Bila persalinan berjalan lancar, berikan infus oksitosin
- 3) Jika pengurangan tidak seragam. Jika pembukaan tidak lengkap: Tidak ada tanda oklusi, oksitosin menetes.

Nilai kelahiran sebagai kelahiran klimaks

b. Daggu anterior

- 1) Ketika Bagian Caesaria sepenuhnya diperluas
- 2) Jika pembukaan tidak lengkap, periksa apakah aliran darah juga apakah mempengaruhi

kemajuan persalinan. Jika dia macet, lakukan Bagian Caesar

5. **Diagnosis**

Leopold I:

Pantat teraba di fundus

Leopold II:

teraba di sebelah kanan, bagian-bagian kecil di sisi lain sisi kiri sedikit ke depan dan lebih mudah disentuh

Leopold III:

Kepala dapat digerakkan di atas simfisis pubis kecuali jika kepalanya digerakkan tiba di pintu atas panggul.

- 1) Ketika Bagian Caesaria sepenuhnya diperluas
- 2) Jika pembukaan tidak lengkap, periksa apakah aliran darah juga berpengaruh kepada kemajuan persalinan. Jika dia macet, lakukan Bagian Caesar

Diagnosis

Leopold I: Bokong teraba di fundus

Leopold II: teraba di sebelah kanan, bagian-bagian kecil di sisi lain sisi kiri sedikit ke depan dan lebih mudah disentuh

Leopold III:

Kepala dapat digerakkan di atas simfisis pubis kecuali jika kepalanya digerakkan tiba di pintu atas panggul

Leopold IV:

Seberapa jauhnya masuk bagian bawah ke panggul

6.2.2 Distosia Karena Kelainan HIS

1. ***False Labour* (Persalinan Palsu/ Belum Inpartu)**

His belum teratur dan porsio masih tertutup, pasien boleh pulang. Periksa adanya infeksi saluran kencing, ketuban pecah dan bila didapatkan adanya infeksi obati secara adekuat. Bila tidak pasien boleh rawat jalan.

2. Partus Lama

Partus lama lebih sering terjadi pada primigravida dan dapat disebabkan oleh:

- a. Kontraksi uterus yang tidak efektif
- b. Disproporsi sefalopelvik
- c. Posisi oksipito posterior

Distosia secara harfiah berarti "persalinan sulit dan menyebabkan persalinan berjalan lambat dan tidak terjadi." Distosia dapat disebabkan oleh sejumlah masalah yang berkaitan dengan:

- 1) Tidak efektif dengan mendilatasi .
- 2) Tidak terkoordinasi yaitu. ketika dua segmen rahim tidak bekerja sama secara harmonis.
- 3) Menyebabkan ekspulsi involunter yang tidak adekuat. Penyebab distosia lainnya antara lain postur dan postur tubuh yang salah, tulang panggul dan jalan lahir, termasuk kelainan bawaan.

3. Prolonged Latent Phase

Masa laten yang lama dalam persalinan dapat salah didiagnosis jika ibu melakukan persalinan palsu. Menurut Prawirohardjo, pada tahun 2007 ditemukan pembukaan serviks tidak lebih dari 3 cm setelah 8 jam.

4. Prologned Active Phase

Fase aktif ditandai dengan peningkatan laju dilatasi serviks, disertai dengan penurunan bagian presentasi janin. Perkembangan lambat dapat didefinisikan sebagai seluruh durasi persalinan atau kegagalan serviks untuk melebar dalam jumlah jam tertentu. Tingkat pelebaran 1 cm per jam adalah yang paling umum digunakan, tetapi pemeriksaan vagina tidak akurat dan dapat bervariasi antar peneliti. Fase aktif yang

berkepanjangan disebabkan oleh kombinasi beberapa faktor antara lain leher rahim, rahim, janin dan panggul ibu (Myles, 2009).

5. Inersia Uteri Hipotonik

Kelemahan kontraksi rahim adalah kelainan rahim, his yang lemah / cukup untuk membuka leher rahim atau mendorong bayi keluar. Penuh, kekuatannya lemah, dan frekuensinya jarang. Ini sering terjadi pada pasien dengan kondisi buruk seperti anemia, rahim yang berlebihan, misalnya karena hidramnion atau kehamilan kembar atau makrosomia, multipara besar atau primipara, serta pada pasien dengan keadaan emosi yang tidak menguntungkan. Berbagai jenis a. Kelemahan rahim primer. Terjadi pada awal periode latensi. Sejak awal Hys (kelemahan akibat permulaan persalinan) tidak mencukupi, sehingga seringkali sulit untuk menentukan apakah pasien sudah masuk persalinan atau belum. B. Kelemahan uterus sekunder. Terjadi selama fase aktif Tahap pertama atau Tahap kedua . Startnya bagus, ada kerusakan atau anomali di start berikutnya.

Penatalaksanaan

- 1) Kondisi ibu harus segera diperbaiki, diet pada kehamilan harus diperbaiki.
- 2) Pasien disiapkan dan dijelaskan untuk persalinan pilihan yang ada.
- 3) Periksa kondisi, penampilan dan posisi leher rahim dengan menurunkan kepala/bokong, bila masuk PAP terjadi, pasien disuruh berjalan jika terlihat bugar. Pekerjaan spontan akan dilakukan, tetapi jika tidak berhasil, maka akan berhasil Operasi caesar dilakukan.

6. Inersia Uteri Hipertonik

Inersia hipertonik rahim adalah kelainan rahim yang mengeluarkan kekuatan yang cukup besar (kadang-kadang di luar normal), tetapi kontraksi bagian atas, tengah dan bawah rahim tidak terkoordinasi, sehingga pembukaan jalan lahir dan mendorong janin keluar. Etiologi Faktor yang bisa mengakibatkan kelainan ini diantaranya, misalnya rangsangan rahim, penggunaan oksitosin yang berlebihan, pecah ketuban yang lama karena infeksi, dll.

Pengobatan

Pengobatan simptomatik diberikan agar ketegangan otot berkurang, nyeri dan kecemasan. DJJ harus selalu dinilai. Jika dengan ini tidak membantu, partus segera harus diselesaikan dengan operasi caesar.

7. His Yang Tidak Terkoordinasi

Tidak terkoordinasi Tidak ada koordinasi dan sinkronisasi antara perubahan, kontraksi dan bagian-bagiannya. Oleh karena itu, kontraksi tidak efektif untuk menghentikan pembukaan, terutama untuk mengeluarkan janin. Kontraksi dapat terjadi di bagian atas tetapi tidak di bagian tengah, menyebabkan kejang yang menghambat kemajuan dalam bersalin.

Asuhan agar berkurang kecemasan, kegelisahan dan kekakuan otot: kasih obat pereda nyeri juga penenang (obat penenang dan pereda nyeri) contoh morfin, Peiden juga Valium. Bila persalinan berlarut-larut berdasarkan hasil pemeriksaan dan penilaian, hentikan persalinan dengan vakum, forseps, atau seksio sesaria.

6.2.3 Distosia Karena Kelainan Alat Kandungan

1. Vulva

Kelainan yang dapat menyebabkan kelainan vagina antara lain pembengkakan vulva, stenosis vagina, malformasi kongenital, varises, hematoma, infeksi, kondiloma, dan fistula.

- a. Edema dapat terjadi selama kehamilan, paling sering sebagai gejala preeklampsia, tetapi juga dapat disebabkan oleh penyebab lain, seperti gangguan nutrisi. Pembengkakan vulva juga dapat terjadi selama persalinan lama, di mana pasien dibiarkan terus mengejan. Biasanya, penyakit ini jarang menimbulkan hambatan untuk persalinan melalui jalan lahir.
- b. Stenosis tidak langsung biasanya disebabkan oleh cedera dan pembengkakan yang menyebabkan tukak yang sembuh dengan jaringan parut, yang bisa sulit. Namun, biasanya masalah dapat diatasi dengan episiotomi yang cukup ekstensif. Mungkin juga ada anomali kongenital alat kelamin luar yang menutup sepenuhnya, hanya menyisakan lubang luar uretra yang terlihat. Tujuan dari perawatan ini adalah membuat sayatan median yang cukup untuk membebaskan kepala.
- c. Anomali kongenital Atresia uteri menyebabkan hematokolp, atresia hematometral dan jalan lahir dapat mencegah pertemuan sel telur dan sel sperma .
- d. Varises Ibu hamil sering mengeluhkan varises di kaki, vagina, lahiran luar dan wasir, namun menghilang setelah melahirkan. Ini karena reaksi pembuluh darah, seperti otot, terhadap sistem vena, dilemahkan oleh hormon estrogen. Bahaya varises selama kehamilan dan persalinan adalah dapat mengancam jiwa jika pecah, dan emboli udara juga dapat terjadi. Varises

yang retak harus dijahit selama kehamilan dan setelah melahirkan.

- e. Hematoma Pecahnya pembuluh darah mengakibatkan hematoma di jaringan ikat longgar vulva, di sekitar vagina atau di ligamen yang luas. Hematoma tidak langsung juga dapat terjadi akibat trauma, seperti jatuh di permukaan yang keras atau persilangan yang tidak rata. Sementara hematoma kecil sembuh, hematoma besar membutuhkan pembedahan untuk menghilangkan bekuan darah.
- f. Peradangan Peradangan genital sering terjadi bersamaan dengan vaginitis dan dapat disebabkan oleh infeksi tertentu seperti sifilis, gonore atau trikomoniasis.
- g. Condyloma acuminata Pertumbuhan yang menyerupai jari kaki terjadi pada selaput lendir kulit. Berbeda dengan condyloma accumulatum, permukaan papilernya kasar, tuberkelnya lebih tinggi dan warnanya lebih gelap. Lebih baik mendapatkan perawatan sebelum melahirkan. Banyak penulis merekomendasikan insisi dengan tingtur elektrokauter atau podofilin. Mungkin ada alasan mengapa rangsangan pada awalnya tidak dihilangkan atau penyakit yang mendasarinya muncul kembali.
- h. Fistula Vesicovaginal fistula, atau fistula rektum, biasanya terjadi saat melahirkan akibat pembedahan atau nekrosis tekanan. Tekanan berkepanjangan antara tengkorak dan panggul mengurangi aliran darah, menyebabkan kematian jaringan lokal dan gigi berlubang dalam 5-10 hari. Hasilnya adalah inkontinensia urin. Fistula kecil yang tidak berhubungan dengan infeksi dapat sembuh dengan

sendirinya. Melahirkan fistula tertutup melalui vagina merupakan kontraindikasi.

2. Vagina

Kelainan yang dapat menyebabkan distosia antara lain:

- a. Abnormalitas vagina Pada kasus aplasia vagina, vagina tidak terbalik dan terdapat depresi yang dangkal atau dalam. Terapinya terdiri dari pembuatan vagina baru, dimana beberapa metode telah dikembangkan, yang harus dilakukan selama pernikahan wanita tersebut. Ini memungkinkan vagina digunakan dan mencegah vagina buatan menyempit. Pada atresia vagina, kanal terputus, menciptakan septum horizontal. Ketika vagina benar-benar tertutup, terjadilah menstruasi, tetapi tidak ada darah yang keluar. Namun, jika vagina tidak tertutup sempurna, tidak ada kesulitan kecuali mungkin pada fase kedua persalinan.
- b. Stenosis vagina bawaan. Jarang, lebih sering, septum vagina yang sepenuhnya atau tidak lengkap memisahkan vagina di sisi kanan atau kiri. Septum yang penuh biasanya tidak menyebabkan distosia karena lubang vagina biasanya cukup lebar untuk berhubungan dan melahirkan. Septum yang tidak lengkap terkadang mencegah kepala janin turun selama persalinan dan harus dipotong terlebih dahulu. Stenosis dapat disebabkan oleh jaringan parut akibat cedera dan peradangan. Jika stenosis vagina berlanjut selama kehamilan dan mencegah kelahiran janin, operasi caesar harus dipertimbangkan.
- c. Tumor vagina dapat menjadi hambatan untuk melahirkan janin per vaginam. Adanya tumor vagina juga bisa membuat persalinan pervaginam dinilai terlalu berisiko. Bergantung pada jenis dan ukuran

tumor, harus ditimbang apakah persalinan dapat dilakukan pervaginam atau dapat diselesaikan dengan operasi caesar.

- d. Kista vagina Kista vagina timbul dari duktus Gartner atau duktus Muller, yang terletak secara lateral di bagian proksimal, tengah, dan distal vagina di bawah lubang luar uretra. Jika kecil dan tidak ada gejala maka dapat dibiarkan, namun jika besar dilakukan pembedahan. Marsupialisasi sebaiknya 3 bulan setelah lahir.

3. Uterus

Kelainan utama yang terkait dengan kelahiran adalah distosia serviks. Karena disfungsi rahim atau jaringan parut pada leher rahim. Pada tahap pertama serviks menipis tetapi tidak membuat bukaan sehingga terlihat seperti selembar kertas di bawah kepala janin. Diagnosis dibuat dengan menemukan lubang kecil yang disebut ostium externum uteri di tengah selaput lendir tipis, atau merekatkan bukaan luar saat ujung dimasukkan ke dalam bukaan tersebut, biasanya serviks yang kaku. infeksi atau pembedahan.

6.2.4 Distosia karena malformasi janin

1. Bayi besar (makrosomia)
 - A. Makrosomia adalah anak dengan berat lahir lebih dari 4000 gram, bayi baru lahir biasanya beratnya kurang dari 4000 gram dan jarang lebih dari 5000 gram, angka kelahiran dari mereka yang beratnya lebih dari 4000 gram adalah 5,3, berat lahir lebih dari 4000 gram. 4500 gram adalah 0,4%.
 - B. Etiologi
 - 1) Bayi dan ibu dengan diabetes sebelum kehamilan dan bayi setelah kehamilan untuk ibu hamil dengan diabetes gestasional.

- 2) Adanya obesitas pada ibu juga dapat menyebabkan kelahiran anak besar (bayi raksasa).
- 3) Pola makan ibu yang tidak seimbang atau berlebihan juga mempengaruhi kelahiran bayi besar

C. Tanda dan Gejala

- 1) Berat badan lebih dari 4000 gram saat lahir
- 2) wajah tembem, plethoris (wajah tomat)
- 3) Besar untuk usia kehamilan
- 4) Riwayat intrauterin ibu diabetes dan ibu diabetes polihidramnion

D. Manajemen

Ketika didiagnosis makrosomia, bidan harus segera menyusun rencana pengobatan atau obat yang akan segera diterapkan yaitu surat rujukan pasien. Alasan rujukan adalah untuk mencegah masalah pada janin dan ibu.

Kemungkinan akan dihadapi adalah:

- 1) Risiko cedera lahir lebih tinggi saat bayi lebih berat dibandingkan dengan besarnya panggul ibu
- 2) Perdarahan intrakranial
- 3) Distosia pada daerah bahu
- 4) Pecahnya rahim
- 5) Ruptur perineum
- 6) Kemungkinan ada organ badan yang patah

2. Hidrosefalus

A. Pengertian:

Penyakit patologis otak yang menyebabkan peningkatan cairan serebrospinal, disertai dengan peningkatan tekanan intrakranial atau peningkatan tekanan intrakranial, yang mengakibatkan perluasan ventrikel. Biasanya 500-1500 ml cairan menumpuk di dalam bilik, tetapi terkadang bisa

mencapai 5 liter. Pembesaran ventrikel ini disebabkan oleh ketidakseimbangan antara penyerapan dan produksi CSF. Hidrosefalus selalu merupakan hasil dari penyakit atau kerusakan otak. Kehadiran anomali ini menyebabkan pembesaran kepala dan pelebaran sutura dan ubun-ubun.

B. Penyebab

- 1) Anomali kongenital (kongenital)
- 2) stenosis aqueductus sylvii
- 3) Spina bifida dan tengkorak bifida
- 4) Sindrom Dandy Walker
- 5) Infeksi.

Dampak infeksi, meninges bisa tumbuh bersama. Secara patologis, terdapat penebalan pia mater dan jaringan arachnoid di sekitar bintang basal dan area lainnya. Penyebab infeksi lainnya adalah toksoplasmosis. - Tumor - Hidrosefalus disebabkan oleh penyumbatan mekanis yang terjadi dimanapun CSS mengalir. Pada anak-anak, penyebab paling umum dari obstruksi ventrikel keempat atau bagian terakhir dari akua duktus Sylvi biasanya adalah glikoma yang diturunkan dari otak, obstruksi bagian anterior ventrikel ketiga disebabkan oleh craniopharyngioma.

- 6) Perdarahan Perdarahan otak sebelum dan sesudah kelahiran dapat menyebabkan fibrosis leptomeningeal selain obstruksi, terutama di daerah basal otak disebabkan oleh pengorganisasian darah itu sendiri.

C. Diagnosa

- 1) Selama pengenalan, kepala besar dan kepala tidak masuk ke pintu masuk pinggul
- 2) Pemeriksaan dalam menunjukkan kepala dengan jahitan yang dalam dan ubun-ubun lebar dan

- tengkorak tipis saat disentuh saat bermain ping-pong
- 3) Bayangan tengkorak yang sangat besar ditemukan dalam penelitian ini x-ray
 - 4) Pada USG, kepala tampak besar dan dengan diameter biparietal lebar.

D. Penatalaksanaan

- 1) Buat pembukaan 3-4cm untuk membuatnya menyusut kepala janin. Tusukan dibuat dengan jarum tulang belakang yang besar, setelah itu cairan sebanyak mungkin dikeluarkan kamar
- 2) Jika kepala datang berturut-turut, lakukan Perforasi foramen ovale untuk mengeluarkan cairan dari kepala, agar Janin bisa lahir pervaginam.

3. Anensefalus

- a. Suatu kondisi dimana sebagian besar tulang tengkorak dan otaknya belum terbentuk Anencephaly adalah penyakit tabung saraf (kelainan yang terjadi pada awal perkembangan janin yang merusak jaringan otak dan sumsum tulang belakang).
- b. Anencephaly terjadi ketika tabung saraf bagian atas tidak menutup, tetapi alasan pastinya tidak diketahui. Penelitian menunjukkan bahwa kemungkinan anencephaly terkait dengan racun lingkungan dan rendahnya dalam darah kadar asam folat. Anencephaly terjadi pada tiga koma enam sampai empat koma enam, dari seribu bayi baru lahir.

Faktor resiko terjadinya anensefalus adalah:

- 1) Kehamilan sebelumnya juga ada Riwayat anensefalus

- 2) Rendahnya Kadar asam folat
- c. Tanda dan Gejala
 - 1) Pada ibu: polihidramnion
 - 2) Pada bayi:
 - a) Tidak ada tulang tengkorak
 - b) Tidak ada otak (hemisfer serebri dan serebelum)
 - c) Kelainan pada gambaran wajah
 - d) Ada kelainan pada jantung.
- d. Manajemen
 - 1) Merekomendasikan agar setiap wanita menikah yang berpotensi melahirkan anak mengonsumsi multivitamin harian yang mengandung 400 mikrogram asam folat.
 - 2) Riwayat anensefalus, anjurkan pada ibu konsumsi asam folat lebih dari 4 mg baik sebelum maupun selama hamil.
 - 3) Secara teratur lakukan perawatan prenatal.
 - 4) Biasanya anak atau bayi dengan anensefali susah dapat hidup, lahir mati, atau meninggal ketika beberapa hari setelah lahir.

4. Janin Kembar Siam

- a. Pengertian Kembar siam adalah keadaan kembar yang tubuhnya menyatu. Ini terjadi ketika zigot kembar identik tidak terpisah sepenuhnya. Terjadinya kembar identik diperkirakan satu dari 200.000 kelahiran. Para penyintas, berusia antara 5 dan 25 tahun, bayi perempuan biasanya sebagian besar (75%).
- b. Penyebab
Berbagai penyebab yang kemungkinan menjadi sebab hamil kembar. Dipercayai bahwa kelahiran anak kembar, selain faktor genetik, juga dipicu oleh obat

kesuburan yang diminum untuk mematangkan oosit sepenuhnya. Ini karena ketika indung telur sudah bisa menghasilkan sel telur dan menerima obat kesuburan, bisa ada beberapa sel telur yang matang, hingga lima dan enam.

- c. Tali pusat harus dipotong melalui operasi caesar jika kembar siam ditemukan selama tes kehamilan.

5. Distosia akibat kelainan jalan lahir

Lantai panggul atas (PAF) sempit. Pintu panggul dianggap sempit jika:

- 1) Diameter anteroposterior terpendek
- 2) Penurunan diameter intertuberosa menyebabkan penyempitan segitiga anterior.
- 3) Distosia karena penyempitan pintu panggul jarang terjadi

DAFTAR PUSTAKA

- Bagian Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran Bandung. 1983.
- Obstetri Fisiologi. Penerbit Eleman: Bandung.
- Bennet and Brown. 2009. *Myles Textbook for Midwives* (13 Ed). UK London
- Bobak. 2011. *Buku ajar Keperawatan Maternitas*. EGC: Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2010. *Buku Acuan Pelatihan Asuhan Persalinan Dasar*. Jakarta.
- Manuaba. 2007. *Pengantar Kuliah Obstetri*. Penerbit EGC: Jakarta.
- Mochtar, R. 2007. *Sinopsis Obstetri*. Penerbit EGC: Jakarta.
- Varney. 2007. *Buku ajar Asuhan Kebidanan Vol.2*. EGC: Jakarta

BAB 7

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN KALA I

Oleh Lailaturohmah

7.1 Fisiologi Persalinan Kala 1

7.1.1 Uterus

Ketika persalinan dimulai, jaringan miometrium berkontraksi dan berelaksasi seperti otot pada umumnya. Namun, saat otot tersebut retraksi, ia tidak kembali ke ukuran aslinya tetapi secara progresif berubah menjadi lebih pendek. Perubahan bentuk ini menyebabkan kavum uterus perlahan-lahan mengecil. Proses ini merupakan salah satu faktor yang menyebabkan janin turun ke panggul. Kontraksi uterus dimulai dari bagian atas dan merambat ke bawah perut dengan dominasi tarikan pada bagian atas (fundal dominan). Kontraksi uterus berakhir dengan masa yang paling lama dan kuat di bagian atas uterus (fundus).

7.1.2 Serviks

Sebelum persalinan dimulai, serviks mengalami perubahan menjadi lebih lembut sebagai persiapan untuk kelahiran. Ketika persalinan semakin dekat, serviks mulai menipis dan membuka.

1. Penipisan Serviks (*Effacement*)

Selama kemajuan pemendekan dan penipisan serviks, kontraksi yang semakin efektif menyebabkan perubahan bentuk serviks menjadi lebih tipis. Ini terjadi karena kontraksi uterus yang dominan pada bagian atas (fundal dominan) menyebabkan serviks terasa tertarik ke atas dan secara bertahap menjadi tipis. Batas antara segmen atas dan

bawah rahim (retraction ring) juga mengikuti arah tarikan ke atas, sehingga terlihat seolah-olah batas ini bergeser ke atas. Panjang serviks pada akhir kehamilan normal dapat bervariasi, mulai dari beberapa milimeter hingga 3 cm. Ketika persalinan dimulai, panjang serviks secara teratur berkurang hingga sangat pendek, hanya beberapa milimeter. Pada titik ini, serviks yang sangat tipis ini disebut "menipis penuh".

2. Dilatasi

Proses yang disebut sebagai kelanjutan dari effacement adalah pembukaan serviks. Setelah serviks menipis penuh, tahap berikutnya adalah serviks membuka. Pembukaan serviks terjadi karena adanya tarikan konstan otot-otot uterus ke arah atas saat uterus berkontraksi. Untuk mengetahui sejauh mana dilatasi dan diameter serviks, pemeriksaan intravaginal dilakukan. Proses pembukaan serviks ini terbagi menjadi 2 fase berdasarkan diameter pembukaan serviks, yaitu:

a. Fase Laten

Berlangsung sekitar 8 jam dan ditandai oleh pembukaan serviks yang terjadi secara lambat sampai mencapai diameter sekitar 3 cm.

b. Fase Aktif

Dibagi dalam 3 fase:

- 1) Fase akselerasi, dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm kini menjadi 4 cm.
- 2) Fase dilatasi maksimal, dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm.
- 3) Fase deselerasi, pembukaan melambat kembali, dalam 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap (10 cm). Pembukaan lengkap berarti bibir serviks

dalam keadaan tak teraba dan diameter lubang serviks adalah 10 cm.

Pada primigravida, proses pembukaan serviks terjadi dalam 3 fase yang disebutkan sebelumnya. Durasi totalnya adalah sekitar 13 jam. Namun, pada multigravida, prosesnya sama dengan primigravida namun lebih cepat untuk setiap fase. Durasi totalnya sekitar 7 jam.

Mekanisme pembukaan serviks juga berbeda antara primigravida dan multigravida. Pada primigravida, ostium uteri internum (bagian serviks yang terletak lebih dalam) membuka terlebih dahulu, menyebabkan serviks menjadi datar dan menipis, kemudian ostium uteri eksternum (bagian serviks yang terletak lebih dekat dengan vagina) membuka. Namun, pada multigravida, pembukaan ostium uteri internum dan eksternum, serta penipisan dan perataan serviks terjadi secara bersamaan.

1. Lendir Bercampur Darah

Pendataran dan dilatasi serviks menyebabkan longgarnya membran dari daerah internal os dengan sedikit perdarahan, dan lendir bebas dari sumbatan atau operculum. Ketika lendir terlepas dari sumbatan tersebut, terbentuk tonjolan selaput ketuban yang dapat dirasakan saat pemeriksaan intravaginal. Proses pengeluaran lendir dan darah ini dikenal sebagai "show" atau "bloody show", yang merupakan tanda bahwa proses persalinan telah dimulai.

2. Ketuban

Ketuban biasanya pecah dengan sendirinya ketika pembukaan serviks hampir atau sudah lengkap. Namun, terkadang ketuban harus dipecahkan secara manual ketika pembukaan serviks telah lengkap. Jika ketuban pecah sebelum mencapai pembukaan serviks sebesar 5 cm, kondisi tersebut disebut sebagai ketuban pecah dini (KPD).

3. Tekanan Darah

- a. Tekanan darah akan meningkat selama kontraksi, disertai peningkatan sistol rata-rata 15 - 20 mmHg dan diastole rata-rata 5 - 10 mmHg.
- b. Pada waktu-waktu tertentu di antara kontraksi, tekanan darah kembali ke tingkat sebelum persalinan. Untuk memastikan tekanan darah yang sebenarnya, pastikan untuk melakukan cek tekanan darah selama interval kontraksi.
- c. Dengan mengubah posisi pasien dari telentang ke posisi miring kiri, perubahan tekanan darah selama persalinan dapat dihindari.
- d. Nyeri, rasa takut, dan kekhawatiran dapat semakin meningkatkan tekanan darah.
- e. Apabila pasien mengalami rasa takut atau kekhawatiran yang sangat besar, ada kemungkinan bahwa rasa takut tersebut dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah (bukan pre-eklamsia). Untuk mengklarifikasi lebih lanjut, perlu memeriksa parameter lain untuk menyingkirkan kemungkinan pre-eklamsia. Selain itu, penting untuk memberikan perawatan dan obat penenang yang dapat membantu merelaksasi pasien sebelum diagnosis akhir ditetapkan, jika pre-eklamsia tidak terbukti.

4. Metabolisme

- a. Selama persalinan, metabolisme karbohidrat, baik secara aerob ataupun anaerob, meningkat dengan kecepatan yang konstan. Peningkatan ini terutama disebabkan oleh kecemasan dan aktivitas otot rangka yang terlibat dalam proses persalinan.
- b. Aktivitas metabolisme meningkat terlihat dari peningkatan suhu tubuh, denyut nadi, pernapasan, curah jantung, dan kehilangan cairan.

5. Suhu Tubuh

- a. Suhu tubuh meningkat selama persalinan, mencapai puncaknya selama dan segera setelah melahirkan.
- b. Peningkatan suhu tubuh sebesar $0,5 - 1^{\circ} \text{C}$ dianggap normal selama persalinan, dan nilai tersebut mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi selama proses tersebut.
- c. Peningkatan suhu tubuh yang ringan adalah hal yang normal selama persalinan. Namun, jika persalinan berlangsung lebih lama, peningkatan suhu tubuh dapat menjadi indikasi dehidrasi, sehingga perlu memeriksa parameter lainnya. Demikian juga pada kasus ketuban pecah dini, peningkatan suhu tubuh dapat mengindikasikan adanya infeksi dan tidak dapat dianggap sebagai sesuatu yang normal dalam kondisi tersebut.

6. Detak Jantung

- a. Selama kontraksi, terjadi perubahan yang mencolok dalam frekuensi kontraksi. Secara umum, frekuensi kontraksi meningkat selama fase peningkatan, kemudian menurun saat mencapai titik puncak, dan akhirnya kembali meningkat saat memasuki fase penurunan hingga mencapai frekuensi normal di antara kontraksi.
- b. Jika wanita berada pada posisi miring, bukan terlentang, penurunan yang jelas selama puncak kontraksi uterus tidak terjadi.
- c. Denyut nadi di antara kontraksi sedikit lebih tinggi daripada selama masa menjelang persalinan. Ini menunjukkan metabolisme yang meningkat selama persalinan.
- d. Pengujian parameter tambahan diperlukan untuk menghilangkan kemungkinan proses infeksi karena sedikit peningkatan denyut jantung dianggap normal.

7. Perubahan Pernapasan

- a. Peningkatan sedikit dalam frekuensi pernapasan dianggap normal selama persalinan, hal ini mencerminkan meningkatnya metabolisme. Walaupun sulit untuk mendapatkan temuan yang akurat tentang frekuensi pernapasan karena dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti rasa senang, nyeri, rasa takut, dan penggunaan teknik pernapasan.
- b. Hiperventilasi yang berlangsung dalam jangka waktu yang lama merupakan temuan yang abnormal dan dapat menyebabkan alkalosis. Penting untuk mengamati pernapasan pasien dan membantu mereka mengendalikannya untuk menghindari hiperventilasi berkelanjutan. Gejala yang dapat muncul akibat hiperventilasi yang berlebihan termasuk rasa kesemutan pada ekstremitas dan perasaan pusing.

8. Perubahan Renal

- a. Poliuri, yaitu peningkatan frekuensi buang air kecil, sering terjadi selama persalinan. Kondisi ini dapat disebabkan oleh peningkatan curah jantung selama persalinan dan kemungkinan peningkatan laju filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal. Namun, poliuri menjadi kurang jelas saat wanita dalam posisi terlentang, karena posisi ini dapat mengurangi aliran urine selama kehamilan.
- b. Kandung kemih perlu dievaluasi secara teratur (setiap 2 jam) untuk mendeteksi kemungkinan distensi atau penuhnya kandung kemih. Selain itu, kandung kemih juga harus dikosongkan secara teratur untuk mencegah obstruksi persalinan yang disebabkan oleh kandung kemih yang penuh. Kandung kemih yang penuh dapat menghalangi penurunan bagian presentasi janin dan menyebabkan trauma pada kandung kemih akibat

tekanan yang berkepanjangan. Hal ini dapat mengakibatkan hipotonia kandung kemih (kemampuan kandung kemih untuk berkontraksi secara efektif) dan retensi urine selama periode pasca persalinan.

- c. Sedikit proteinuria (+1) sering ditemukan pada sepertiga hingga setengah dari ibu yang melahirkan. Kondisi ini lebih sering terjadi pada primipara (wanita yang melahirkan untuk pertama kalinya), pasien dengan anemia, atau pada persalinan yang berlangsung dalam waktu lama.
- d. Proteinuria yang nilainya +2 atau lebih adalah data yang abnormal. Hal ini mengindikasikan preeklamsi.

9. Gastrointestinal

- a. Motilitas (gerakan) dan absorpsi (penyerapan) lambung terhadap makanan padat cenderung menurun selama persalinan. Jika sekresi asam lambung juga berkurang, saluran pencernaan bekerja lebih lambat, yang mengakibatkan waktu pengosongan lambung menjadi lebih lama. Namun, cairan tidak terpengaruh dan waktu pencernaan dalam lambung tetap seperti biasa. Makanan yang dikonsumsi selama periode menjelang persalinan, fase prodromal, atau fase laten cenderung tetap berada di dalam lambung selama persalinan.
- b. Selama masa transisi, kondisi lambung yang penuh dapat menyebabkan ketidaknyamanan. Oleh karena itu, disarankan agar pasien tidak makan dalam porsi besar atau minum secara berlebihan. Namun, pasien tetap dianjurkan untuk makan dan minum sesuai dengan keinginan mereka untuk mempertahankan energi dan hidrasi yang dibutuhkan.
- c. Mual dan muntah umum terjadi selama fase transisi yang menandai akhir fase pertama persalinan. Pemberian obat-obatan oral tidak efektif selama

persalinan. Perubahan saluran cerna kemungkinan timbul sebagai respon terhadap salah satu kombinasi antara faktor-faktor seperti kontaksi uterus, nyeri, rasa takut, khawatir, obat atau komplikasi.

10. Hematologi

- a. Hemoglobin meningkat rata-rata 1.2 mg% selama persalinan dan kembali ke kadar sebelum persalinan pada hari pertama pasca persalinan jika tidak ada kehilangan darah yang abnormal.
- b. Jangan terburu-buru yakin bahwa seorang pasien tidak anemia. Tes darah yang menunjukkan kadar darah berada dalam batas normal membuat kita terkecoh sehingga mengabaikan resiko peningkatan resiko pada pasien anemia selama masa persalinan.
- c. Selama persalinan, terjadi peningkatan fibrinogen plasma dan penurunan waktu koagulasi darah. Perubahan ini dapat mengurangi risiko perdarahan pasca persalinan pada pasien yang normal.
- d. Selama kala I persalinan, jumlah sel darah putih secara progresif meningkat sekitar 5 ribu/ μ L menjadi rata-rata 15 ribu/ μ L saat pembukaan serviks lengkap. Namun, setelah tahap ini, tidak ada peningkatan lebih lanjut dalam jumlah sel darah putih. Peningkatan hitung sel darah putih tidak selalu mengindikasikan proses infeksi ketika jumlah ini dicapai. Apabila jumlahnya jauh di atas nilai ini, cek parameter lain untuk mengetahui adanya proses infeksi.
- e. Selama persalinan yang berlangsung lama dan sulit, gula darah dapat menurun. Penurunan ini kemungkinan disebabkan oleh peningkatan aktivitas otot uterus dan otot rangka. Namun, penting untuk dicatat bahwa penggunaan uji laboratorium untuk menyaring pasien terhadap kemungkinan diabetes selama masa persalinan

dapat menghasilkan data yang tidak akurat dan tidak dapat diandalkan.

7.2 Pemeriksaan Obstetri Kala 1

1. Pemeriksaan fisik umum

- a. Kesan umum (seperti terlihat sakit berat atau sedang), anemia pada konjungtiva, ikterus, kesadaran, dan komunikasi personal.
- b. Tinggi dan berat badan.
- c. Tekanan darah, nadi, frekuensi pernafasan, suhu tubuh.
- d. Pemeriksaan fisik lain yang dipandang perlu.

2. Pemeriksaan khusus obstetric

- a. Inspeksi
 - 1) Chloasma gravidarum.
 - 2) Keadaan kelenjar thyroid.
 - 3) Dinding abdomen (varises, jaringan parut, gerakan janin).
 - 4) Keadaan vulva dan perineum.
- b. Palpasi

Dilakukannya palpasi bertujuan untuk:

 - 1) Mengkonfirmasi kehamilan.
 - 2) Menentukan usia kehamilan.
 - 3) Menilai presentasi janin, termasuk posisi dan taksiran berat badan.
 - 4) Memantau penurunan kepala janin selama persalinan.
 - 5) Mencari penyulit kehamilan atau persalinan.
 1. Palpasi Abdomen pada Kehamilan
 - a) Jelaskan maksud dan tujuan serta cara pemeriksaan palpasi yang akan saudara lakukan pada ibu.

- b) Ibu dipersilahkan berbaring telentang dengan sendi lutut semi fleksi untuk mengurangi kontraksi otot dinding abdomen.
- c) Pada pemeriksaan Leopold I hingga III, pemeriksa berdiri di sebelah kanan ibu dan menghadap wajah ibu, pada pemeriksaan Leopold IV, pemeriksa berbalik arah sehingga menghadap ke arah kaki ibu.

1) Leopold I:

- a. Kedua telapak tangan pemeriksa ditempatkan pada puncak fundus uteri.
- b. Tentukan tinggi fundus uteri untuk menentukan usia kehamilan.
- c. Rasakan bagian janin yang berada pada bagian fundus (bokong atau kepala atau kosong).

2) Leopold II:

- a. Kedua telapak tangan pemeriksa bergeser turun ke bawah sampai di samping kiri dan kanan umbilikus.
- b. Tentukan bagian punggung janin untuk menentukan lokasi auskultasi denyut jantung janin nantinya.
- c. Tentukan bagian-bagian kecil janin.

3) Leopold III:

- a. Pemeriksaan ini perlu dilakukan dengan hati-hati karena dapat menimbulkan ketidaknyamanan pada pasien.
- b. Bagian terendah janin dicepak diantara ibu jari dan telunjuk tangan kanan.
- c. Ditentukan bagian terendah janin, yaitu bagian dari janin yang berada paling

dekat dengan pintu masuk panggul ibu. Selain itu, juga ditentukan apakah janin sudah mengalami engagemen atau belum. Engagemen mengacu pada saat bagian terendah janin telah masuk ke dalam panggul ibu.

4) Leopold IV:

- a. Periksa mengubah posisinya supaya menghadap ke arah kaki pasien.
- b. Kedua telapak tangan ditempatkan di sisi kiri dan kanan bagian terendah janin.
- c. Digunakan untuk menentukan sampai berapa jauh derajat desensus janin. Menentukan tinggi fundus uteri untuk memperkirakan usia kehamilan berdasarkan parameter tertentu (umbilikus, prosesus xyphoideus dan epi atas simfisis pubis).

2. Vaginal Toucher pada Kasus Obstetri

Vaginal toucher diperlukan pada kehamilan atau persalinan untuk:

1. Menilai pembukaan serviks.
2. Menilai konsistensi dan penipisan serviks.
3. Menentukan posisi dan presentasi janin.:
 - a. Sebagai bagian dalam menegakkan diagnosa kehamilan muda.
 - b. Pada primigravida dengan usia kehamilan lebih dari 37 minggu, vaginal toucher digunakan untuk mengevaluasi kapasitas panggul (pelvimetri klinik) dan mendeteksi adanya kelainan pada jalan lahir yang dapat

menghambat jalannya proses persalinan pervaginam.

- c Pada saat masuk ke kamar bersalin, vaginal toucher dilakukan untuk menentukan fase persalinan yang sedang berlangsung, seperti apakah sedang dalam fase aktif atau fase transisi.
- d Pada saat inpartu, vaginal toucher digunakan untuk mengevaluasi apakah kemajuan proses persalinan sesuai dengan yang diperkirakan.
- e Pada saat ketuban pecah, vaginal toucher digunakan untuk menentukan apakah terjadi prolapsus bagian kecil janin atau tali pusat.
- f Pada saat inpartu, ketika ibu terlihat ingin meneran, vaginal toucher digunakan untuk memastikan apakah fase persalinan sudah masuk ke dalam persalinan kala II.

Teknik Vaginal toucher pada pemeriksaan kehamilan dan persalinan dilakukan dengan langkah-langkah berikut:

1. Inspeksi: Pemeriksaan dimulai dengan melakukan inspeksi pada organ genitalia eksterna untuk melihat kondisi umumnya.
2. Inspekulo: Tahap berikutnya adalah pemeriksaan menggunakan spekulum untuk melihat keadaan jalan lahir secara lebih detail.
3. Pemisahan Labia: Labia minora disisihkan ke kiri dan kanan menggunakan ibu jari dan jari telunjuk tangan kiri untuk memaparkan vestibulum.
4. Penetrasi Vagina: Jari telunjuk dan jari tengah tangan kanan dimasukkan secara

perlahan ke dalam vagina dengan posisi lurus dan rapat, kemudian melakukan palpasi pada serviks untuk mengevaluasi pembukaan, konsistensi, penipisan, dan posisi serviks.

- a. menentukan dilatasi (dalam sentimeter) dan effacement (prosentase pendataran) serviks.
 - b. Menentukan kondisi selaput ketuban masih utuh atau sudah pecah, jika sudah pecah tentukan:
 1. Warna
 2. Bau
 3. Jumlah air ketuban yang mengalir keluar
 - c. Menentukan presentasi (bagian terendah) janin, posisi janin (berdasarkan denominator), serta derajat penurunan janin berdasarkan stasion.
 - d. Menentukan apakah terdapat bagian-bagian kecil janin lain atau tali pusat yang berada di samping bagian terendah janin, yang disebut sebagai presentasi rangkap atau compound presentation.
- c. Auskultasi
- 1) Auskultasi detik jantung janin dengan menggunakan fetoskop de Lee
 - 2) Detik jantung janin terdengar paling keras di daerah punggung janin.
 - 3) DJJ dihitung selama 5 detik dilakukan 3 kali berurutan selang 5 detik sebanyak 3 kali

- 4) Hasil pemeriksaan detik jantung janin 10 – 12 – 10 berarti frekuensi detik jantung janin $32 \times 4 = 128$ kali per menit.
- 5) Frekuensi detik jantung janin normal 120 – 160 kali per menit.

7.3 Manajemen Asuhan Kala 1

1. Langkah I: Pengkajian

Pada langkah ini, bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang terkait dengan kondisi klien, untuk memperoleh data dengan cara:

- a. Anamnese
- b. Pemeriksaan Fisik
- c. Pemeriksaan Khusus
- d. Pemeriksaan Penunjang

Data dasar ini meliputi pengkajian riwayat, pemeriksaan fisik, dan hasil pemeriksaan sebelumnya.

- a. Mengidentifikasi identitas ibu dan suami (Nama, Umur, Suku, Agama, Status Pernikahan, Pendidikan Terakhir, Pekerjaan, Alamat)
- b. Keluhan yang dialami dan dirasakan oleh ibu
- c. Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu
- d. Riwayat reproduksi (Menarche, Lama Haid, Siklus Haid, Dismenorhe)
- e. Riwayat kesehatan keluarga
- f. Riwayat kontrasepsi (Metode Kontrasepsi, Efek Samping, Alasan Penghentian)
- g. Pola kebutuhan sehari-hari (Nutrisi, Eliminasi, Personal Hygiene)
- h. Data psikososial, spiritual dan ekonomi
- i. Pemeriksaan Khusus (USG, Rontgen)
- j. Pemeriksaan penunjang (Darah dan Urin)

k. Pemeriksaan fisik

- a) Penampilan dan emosional ibu
- b) Pengukuran fisik (Tinggi Badan, Berat Badan, LILA)
- c) Tanda-tanda vital (Tekanan Darah, Pernapasan, Nadi, dan Suhu)
- d) Pemeriksaan kepala, wajah, dan leher (Rambut, Wajah, Mulut, Leher)
- e) Pemeriksaan dada dan abdomen (Payudara dan Perut)
- f) Pemeriksaan genitalia (Vagina)
- g) Pemeriksaan tungkai (Tangan dan Kaki)

2. Langkah II: Merumuskan Diagnosa/Masalah Kebidanan

Pada tahap ini, identifikasi diagnosa atau masalah dilakukan berdasarkan interpretasi yang akurat dari data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan untuk merumuskan diagnosa dan masalah yang spesifik. Diagnosa dan masalah digunakan secara bersama-sama karena terkadang masalah tidak dapat didefinisikan seperti diagnosa tetapi masih memerlukan penanganan.

Masalah yang diidentifikasi oleh bidan sering kali berkaitan dengan pengalaman yang sedang dialami oleh wanita, dan identifikasi masalah ini didasarkan pada hasil pengkajian. Diagnosa kebidanan merujuk pada diagnosa yang ditegakkan oleh bidan dalam praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnosa kebidanan.

Dalam mengidentifikasi diagnosa atau masalah, penting untuk mengacu pada data dasar yang meliputi informasi subjektif yang diperoleh dari pasien dan data objektif yang diperoleh dari hasil pemeriksaan oleh petugas kesehatan.

3. Langkah III: Antisipasi Diagnosa/Masalah Potensial

Pada langkah ini mengantisipasi diagnosa atau masalah potensial berdasarkan diagnosa atau masalah yang telah diidentifikasi sebelumnya. Pada langkah ini, penting untuk melakukan antisipasi dengan upaya pencegahan jika memungkinkan. Bidan dituntut untuk memiliki kemampuan mengantisipasi masalah potensial, bukan hanya merumuskan masalah potensial yang mungkin terjadi, tetapi juga merumuskan tindakan antisipatif untuk mencegah terjadinya diagnosa atau masalah potensial tersebut.

4. Langkah IV: Menetapkan Kebutuhan Tindakan Segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan/dokter dan konsultasi atau penanganan bersama dengan anggota tim kesehatan lainnya sesuai dengan kondisi klien. Langkah ini mencerminkan kesinambungan dari proses pengelolaan kebidanan, di mana perawatan tidak hanya terjadi selama kunjungan prenatal atau periode perawatan primer periodik, tetapi juga berlanjut saat wanita tersebut berada dalam perawatan kontinu dengan bidan.

Seperti yang dijelaskan sebelumnya, bidan harus mengambil tindakan sesuai dengan prioritas masalah/kebutuhan yang dihadapi oleh klien. Bidan juga harus merencanakan tindakan cepat atau darurat yang diperlukan untuk merawat ibu dan bayi setelah mereka merencanakan tindakan yang diperlukan untuk mengantisipasi diagnosa atau masalah yang mungkin terjadi pada langkah sebelumnya. Dalam rumusan ini, termasuk tindakan segera yang dapat dilakukan secara mandiri, kolaborasi, atau rujukan, sesuai dengan kebutuhan dan keadaan klien.

5. Langkah V: Merencana Asuhan Secara Menyeluruh

Rencana asuhan ini merupakan kelanjutan dari penatalaksanaan masalah atau diagnosa yang telah teridentifikasi atau diantisipasi sebelumnya. Langkah ini juga memberikan kesempatan untuk melengkapi informasi data yang belum lengkap.

Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya mencakup hal-hal yang telah teridentifikasi dari kondisi klien atau masalah yang terkait, tetapi juga mempertimbangkan kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut. Hal ini mencakup perkiraan tentang apa yang mungkin terjadi selanjutnya, apakah diperlukan penyuluhan atau konseling, dan apakah perlu merujuk klien jika ada masalah sosial, ekonomi, kultural, atau masalah psikologis yang berkaitan.

Agar rencana asuhan dapat dilaksanakan dengan efektif, kedua belah pihak, yaitu bidan dan klien, harus menyetujui setiap rencana tersebut. Hal ini karena klien juga akan bertanggung jawab untuk melaksanakan rencana tersebut. Semua keputusan yang dibuat dalam rencana asuhan ini harus didasarkan pada pengetahuan dan teori terbaru, rasional, valid, dan sesuai dengan asumsi tentang tindakan yang akan dilakukan oleh klien.

6. Langkah VI: Implementasi

Pada langkah keenam ini, rencana asuhan menyeluruh yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan dengan aman dan efisien. Pelaksanaan rencana asuhan ini dapat dilakukan sepenuhnya oleh bidan atau sebagian oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Meskipun bidan tidak melakukannya sendirian, bidan tetap bertanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya.

Dalam situasi di mana bidan berkolaborasi dengan dokter untuk merawat klien yang mengalami komplikasi, keterlibatan bidan dalam pelaksanaan asuhan bagi klien tetap menjadikan bidan bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana asuhan menyeluruh yang telah disusun bersama. Pelaksanaan yang efisien akan memperhatikan waktu dan biaya, serta meningkatkan mutu dan kualitas asuhan yang diberikan kepada klien.

Dengan demikian, langkah ini menekankan pentingnya pelaksanaan yang aman, efisien, dan efektif dalam menjalankan rencana asuhan menyeluruh demi kepentingan dan kesejahteraan klien.

7. Langkah VII: Evaluasi

Pada langkah ini, dilakukan evaluasi terhadap keefektifan asuhan yang telah diberikan. Evaluasi ini meliputi pemenuhan kebutuhan bantuan yang telah diidentifikasi dalam diagnosa dan masalah yang ditetapkan sebelumnya. Efektivitas rencana asuhan akan dinilai berdasarkan bukti keefektifannya dalam pelaksanaan.

Langkah-langkah dalam proses penatalaksanaan umumnya melibatkan pengkajian yang membantu menjelaskan proses pemikiran yang memengaruhi tindakan dan berfokus pada aspek klinis. Hal ini karena proses penatalaksanaan dilakukan dalam situasi klinis, dan dua langkah terakhir dalam proses ini tergantung pada klien dan situasi klinik yang spesifik.

Dengan melakukan evaluasi keefektifan asuhan yang diberikan, bidan dapat memastikan bahwa kebutuhan klien telah terpenuhi dengan baik. Evaluasi ini penting untuk memastikan bahwa rencana asuhan yang telah dibuat memberikan manfaat yang optimal bagi klien dan sesuai dengan situasi klinik yang ada.

7.4 Partograf

Partograf adalah alat bantu yang digunakan selama fase aktif persalinan. Tujuan utama penggunaan partograf adalah sebagai berikut:

1. Mencatat hasil observasi dan menilai kemajuan persalinan
2. Mendeteksi apakah persalinan berjalan normal atau terdapat penyimpangan, dengan demikian dapat melakukan deteksi dini setiap kemungkinan terjadinya partus lama.

Partograf harus digunakan:

1. Untuk semua ibu pada fase aktif persalinan (fase laten tidak dicatat di partograf tetapi di tempat terpisah seperti dalam Kartu Menuju Sehat (KMS) ibu hamil atau rekam medis).
2. Selama persalinan dan kelahiran di semua jenis fasilitas kesehatan (spesialis obstetri dan ginekologi, bidan, dokter umum, residen swasta, rumah sakit, dll) .
3. Secara rutin oleh semua tenaga medis yang memberikan asuhan kepada ibu selama persalinan dan kelahiran.

Beberapa kondisi ibu dan bayi yang dicatat dalam partograf antara lain:

1. DJJ setiap 30 menit
2. Frekuensi dan durasi kontraksi setiap 30 menit
3. Nadi setiap 30 menit
4. Pembukaan serviks setiap 4 jam
5. Penurunan bagian terbawah janin setiap 4 jam
6. Tekanan darah dan temperatur tubuh setiap 4 jam
7. Urin, aseton dan protein setiap 2-4 jam.

Partograf tidak boleh dipergunakan pada kasus:

1. Wanita pendek, tinggi kurang dari 145 cm
2. Perdarahan antepartum
3. Preeklamsi – eklamsi

4. Persalinan prematur
5. Bekas sectio sesarea
6. Kehamilan ganda
7. Kelainan letak janin
8. Fetal distress
9. Dugaan distosia karena panggul sempit
10. Kehamilan dengan hidramnion
11. Ketuban pecah dini
12. Persalinan dengan induksi

Kala Persalinan

1. Kala I adalah saat mulainya persalinan sesungguhnya sampai pembukaan lengkap
2. Kala II adalah saat dari pembukaan lengkap sampai lahirnya bayi
3. Kala III adalah saat lahirnya bayi sampai keluarnya plasenta
4. Kala IV adalah saat keluarnya plasenta sampai keadaan ibu post partum menjadi stabil

Fase-Fase dalam Kala I Persalinan

1. Fase laten persalinan: pembukaan serviks kurang dari 4 cm
2. Fase aktif persalinan: pembukaan serviks dari 4 sampai 10 cm

Kondisi ibu dan janin juga harus dinilai dan dicatat secara seksama, yaitu:

1. Denyut jantung janin: setiap $\frac{1}{2}$ jam
2. Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus: setiap $\frac{1}{2}$ jam
3. Nadi: setiap $\frac{1}{2}$ jam
4. Pembukaan serviks: setiap 4 jam
5. Penurunan: setiap 4 jam
6. Tekanan darah dan temperatur tubuh: setiap 4 jam

7. Produksi urin, aseton dan protein: setiap 2-4 jam

Pencatatan kondisi ibu dan janin meliputi:

1. Informasi tentang ibu
 - a. Nama, umur
 - b. Gravida, para, abortus
 - c. Nomor catatan medis/nomor puskesmas
 - d. Tanggal dan waktu mulai dirawat (atau bila di rumah, tanggal dan waktu penolong persalinan mulai merawat ibu) Lengkapi bagian awal (atas) partograf dengan teliti pada saat memulai asuhan persalinan. Waktu kedatangan (tertulis sebagai “jam”) dan perhatikan kemungkinan ibu datang dalam fase laten persalinan. Mencatat waktu terjadinya pecah ketuban juga sangat penting.
2. Kondisi bayi Kolom pertama adalah digunakan untuk mengamati kondisi janin. Yang diamati dari kondisi bayi adalah DJJ, air ketuban dan penyusupan (kepala janin)
 - a. DJJ
Menilai dan mencatat denyut jantung janin (DJJ) setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin). Tiap kotak menunjukkan waktu 30 menit. Skala angka di sebelah kolom paling kiri menunjukkan DJJ. Catat DJJ dengan memberi tanda titik pada garis yang sesuai dengan angka yang menunjukkan Bab 3—Kala I Persalinan 69
DJJ. Kemudian hubungkan titik yang satu dengan titik lainnya dengan garis tidak terputus. Kisaran normal DJJ 110-160 x/menit.
 - b. Warna dan adanya air ketuban
Menilai air ketuban dilakukan bersamaan dengan periksa dalam. Warna air ketuban hanya dapat dinilai

setelah selaput ketuban pecah. Lambang untuk menggambarkan ketuban atau airnya adalah:

U : selaput ketuban utuh (belum pecah)

J : selaput ketuban telah pecah dan air ketuban jernih

M : selaput ketuban telah pecah dan air ketuban bercampur mekonium

D : selaput ketuban telah pecah dan air ketuban bercampur darah

K : selaput ketuban telah pecah dan air ketuban kering (tidak mengalir lagi) Mekonium dalam air ketuban tidak selalu berarti gawat janin. Merupakan indikasi gawat janin jika juga disertai DJJ di luar rentang nilai normal.

c. Penyusupan (molase) tulang kepala

Penyusupan tulang kepala merupakan indikator penting untuk menentukan sejauh mana janin dapat menyesuaikan diri dengan tulang panggul ibu. Semakin besar penyusupan semakin besar kemungkinan disporposi kepal panggul.

Lambang yang digunakan:

0: tulang –tulang kepala janin terpisah, sutura mudah dipalpasi

1: tulang-tulang kepa janin sudah saling bersentuhan

2: tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih tapi masih bisa dipisahkan

3: tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan

3. Kemajuan persalinan

Kolom kedua pada partograf digunakan untuk memantau kemajuan persalinan, yang meliputi pembukaan serviks, penurunan bagian terendah janin, garis waspada, garis tindakan, dan waktu.

- a. Pembukaan serviks
Angka pada kolom kiri 0-10 menggambarkan pembukaan serviks. Menggunakan tanda X pada titik silang antara angka yang sesuai dengan temuan pertama pembukaan serviks pada fase aktif dengan garis waspada. Hubungan tanda X dengan garis lurus tidak terputus.
- b. Penurunan bagian terbawah Janin
Tulisan “turunnya kepala” dan garis tidak terputus dari 0-5 pada sisi yang sama dengan angka pembukaan serviks. Berikan tanda “.” pada waktu yang sesuai dan hubungkan dengan garis lurus.
- c. Jam dan Waktu
Waktu berada dibagian bawah kolom terdiri atas waktu mulainya fase aktif persalinan dan waktu aktual saat pemeriksaan. Waktu mulainya fase aktif persalinan diberi angka 1-16, dengan setiap kotak mewakili 1 jam untuk menentukan lamanya proses persalinan. Di bawahnya terdapat kotak kosong yang harus diisi dengan waktu aktual saat pemeriksaan dilakukan, mencatat waktu sebenarnya saat pemeriksaan dilakukan.
4. Kontraksi Uterus
Terdapat lima kotak mendatar untuk kontraksi. Pemeriksaan dilakukan setiap 30 menit, raba dan catat jumlah dan durasi kontraksi dalam 10 menit. Misal jika dalam 10 menit ada 3 kontraksi yang lamanya 20 detik maka arsirlah angka tiga ke bawah dengan warna arsiran yang sesuai untuk menggambarkan kontraksi 20 detik (arsiran paling muda warnanya).

5. Obat-obatan dan cairan yang diberikan
Catat obat dan cairan yang diberikan di kolom yang sesuai. Untuk oksitosin dicantumkan jumlah tetesan dan unit yang diberikan.
6. Kondisi Ibu
Catat nadi ibu setiap 30 menit dan beri tanda titik pada kolom yang sesuai. Ukur tekanan darah ibu tiap 10 menit dan beri tanda ↑ pada kolom yang sesuai. Temperatur dinilai setiap dua jam dan catat di tempat yang sesuai.
7. Volume urine, protein dan aseton
Lakukan tiap 2 jam jika memungkinkan.
8. Data lain yang harus dilengkapi dari partograf adalah:
 - a. Data atau informasi umum
 - b. Kala I
 - c. Kala II
 - d. Kala III
 - e. Kala IV
 - f. Bayi baru lahirDiisi dengan tanda centang (✓) dan diisi titik yang disediakan.

B. Pemeriksaan fisik

1) Pemeriksaan abdomen

- a. Menentukan TFU
- b. Memantau kontraksi uterus
- c. Memantau DJJ
- d. Memantau presentasi
- e. Memantau penurunan bagian terbawah janin

2) Pemeriksaan dalam

- a) Menilai cairan vagina
- b) Memeriksa genetalia externa
- c) Menilai penurunan janin
- d) Menilai penyusupan tulang kepala
- e) Menilai kepala janin apakah sesuai dengan diameter jalan lahir
- f) Jangan melakukan pemeriksaan dalam jika ada perdarahan pervaginam.

2. Format Pendokumentasian Kala I

Digunakan SOAP untuk mendokumentasikannya

a. S: Subjektif

Menggambarkan hasil pendokumentasian anamnesis.

b. O: Objektif

Menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, hasil dari pemeriksaan laboratorium dan tes diagnostic lain yang dirumuskan dalam data focus untuk mendukung asuhan sebagai langkah I varney.

c. A: Assesment

Menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi data objektif dalam identifikasi yang meliputi:

- 1) Diagnosa atau masalah
- 2) Antisipasi diagnosa atau masalah potensial

- 3) Perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter, konsultasi, kolaborasi dan atau rujukan sebagai langkah II, III dan IV varney
- d. P: Planning
- Menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan pelaksanaan tindakan dan evaluasi berdasarkan assessment sebagai langkah V, VI dan VII varney. Mengapa pendokumentasian penting dilakukan?
- 1) Menciptakan catatan permanen tentang asuhan yang diberikan kepada pasien
 - 2) Memungkinkan berbagi informasi diantara para pemberi asuhan
 - 3) Memfasilitasi pemberi asuhan yang berkesinambungan
 - 4) Memungkinkan evaluasi dari asuhan yang diberikan
 - 5) Memberikan data untuk catatan nasional, penelitian, dan statistik mortalitas/morbiditas
 - 6) Meningkatkan pemberian asuhan yang lebih aman dan bermutu tinggi kepada pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Bagian Obstetrik & Ginekologi FK. Unpad. 1993. Obstetri fisiologi. Eleman; Bandung.
- Rohani, Reni saswita dan Marisah. 2011. *Asuhan Kebidanan pada Masa Persalinan*. Jakarta: Salemba Medika

BAB 8

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN KALA III

Oleh Triswanti

8.1 Pendahuluan

Melahirkan adalah keadaan fisiologis yang dialami setiap orang. Namun kondisi fisiologis ini dapat menjadi patologis jika ibu tidak memiliki pengetahuan fisiologis dan penolong atau tenaga kesehatan tidak memahami apa yang disebut persalinan fisiologis dan bagaimana penanganannya. Dengan demikian dapat membantu mengurangi angka kematian ibu (Ilmiah, 2015).

Tahapan persalinan dibagi menjadi 4 tahap yaitu tahap pertama (kala pembukaan, tahap kedua (kala pengeluaran bayi), tahap ketiga (kala pengeluaran plasenta) dan tahap keempat (kala pengawasan). Kala tiga dan empat persalinan merupakan kelanjutan dari kala satu (kala pembukaan) dan kala dua (pengeluaran bayi), sehingga berbagai aspek yang terjadi pada kala tiga dan empat sangat erat kaitannya dengan apa yang telah dikerjakan pada tahap-tahap sebelumnya (JNPK-KR, 2017).

Tujuan

Bab ini menjelaskan tentang fisiologi persalinan kala tiga, manajemen penatalaksanaan aktif kala tiga, pemantauan kala tiga, asuhan sayang ibu dan pendokumentasian kala tiga.

Batasan

Fase ketiga persalinan dimulai setelah kelahiran bayi dan diakhiri dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban.

8.2 Fisiologi Persalinan Kala III

Pada persalinan kala tiga, otot-otot rahim (miometrium) berkontraksi ketika volume rongga rahim berkurang setelah kelahiran bayi.

Pengurangan ukuran ini mengurangi ukuran titik perlekatan plasenta. Ketika titik perlekatan menyusut dan plasenta tidak berubah ukuran, plasenta terlipat, menebal, dan kemudian terlepas dari dinding rahim. Setelah dilepaskan, plasenta turun ke dasar rahim atau vagina (JNPK-KR, 2017).

Setelah janin lahir, terjadi kontraksi pada rahim yang memperkecil luas permukaan rongga rahim tempat implantasi plasenta. Ini memisahkan plasenta dari tempat implantasi (Ilmiah, 2015).

8.1.1 Pengertian

1. Fase ketiga adalah fase persalinan ketiga, yang berlangsung dari lahirnya bayi hingga lahirnya plasenta (Varney, 2019).
2. Kala tiga adalah dari kelahiran bayi hingga lahirnya plasenta, rata-rata kala kala TIGA berkisar 15-30 menit, baik itu pada primipara maupun multipara (Wulandari, 2020).
3. Kala ketiga dimulai dengan lahirnya bayi sampai lahirnya ari-ari atau air seni. Durasi rata-rata kala ketiga adalah sekitar 15-30 menit baik pada primipara maupun multipara. Risiko perdarahan meningkat jika kala tiga berlangsung lebih dari 30 menit, terutama 30-60 menit (Salu, 2016).

8.1.2 Cara-cara Pelepasan Plasenta

1. Metode Ekspulsi Schultze
Pelepasan ini bisa dimulai dari tengah (sentral) atau di tepi plasenta. Hal ini ditandai dengan keluarnya tali pusat dari vagina tanpa adanya perdarahan per vaginam. Plasenta lebih melekat pada fundus.

2. Metode Ekspulsi Matthew-Duncan

Pendarahan hebat dari vagina saat plasenta mulai terlepas. Biasanya perdarahan tidak melebihi 400 ml. Jika lebih, itu adalah patologi. Peluang lebih besar untuk implantasi lateral.

Normalnya, saat plasenta lahir, otot rahim langsung berkontraksi, pembuluh darah menyempit, dan pendarahan segera berhenti. Dalam kondisi normal, hal itu terjadi secara spontan sekitar 6 menit setelah anak lahir sepenuhnya.

8.1.3 Perasat Pelepasan Plasenta

1. Perasat Kustner

Tangan kanan meregangkan atau sedikit menarik tali pusar. Tangan kiri menekan area di atas tulang kemaluan.

Jika tali pusat ini masuk kembali ke dalam vagina, berarti plasenta belum lepas dari dinding rahim.

Jika tetap berada di dalam vagina atau tidak kembali, berarti plasenta telah lepas dari dinding rahim. Langkah ini harus dilakukan dengan hati-hati. Pendarahan yang berlebihan dapat terjadi jika hanya sebagian dari plasenta yang dilepaskan.

2. Perasat Strassmann

Tangan kanan meregangkan atau sedikit menarik tali pusar. Tangan kiri menyentuh bagian bawah rahim. Jika Anda merasakan getaran pada tali pusat yang meregang, berarti plasenta belum lepas dari dinding rahim.

3. Perasat Klein

Wanita tersebut disuruh mengedan. Tali pusat tampak turun ke bawah. Jika pengedanannya dihentikan dan tali pusat masuk kembali ke dalam vagina, berarti plasenta belum lepas dari dinding rahim (Ilmiah, 2015).

8.1.4 Tanda-tanda Pelepasan Plasenta

1. Perubahan bentuk dan tinggi fundus
Setelah bayi lahir dan sebelum miometrium berkontraksi, rahim berbentuk bulat sempurna dan tinggi fundus biasanya di bawah pusat. Ketika rahim berkontraksi dan plasenta masuk, rahim berbentuk segitiga, berbentuk buah pir, atau berbentuk alpukat dan fundusnya berada di atas pusat (seringkali mengarah ke sisi kanan).
2. Tali pusat memanjang
Tali pusat terlihat menjulur keluar melalui vulva.
3. Semburan darah mendadak dan singkat
Darah yang terkumpul di belakang plasenta akan membantu mendorong plasenta keluar dibantu oleh gaya gravitasi.

Ketika kumpulan darah di ruang antara dinding rahim dan permukaan bagian dalam plasenta melebihi kapasitasnya, darah mengalir dari tepi plasenta yang terlepas (JNPK-KR, 2017).

8.1.5 Pengeluaran Selaput Ketuban

Selaput janin biasanya lahir dengan mudah, namun kadang-kadang masih ada yang tertinggal, ini dapat dikeluarkan dengan jalan :

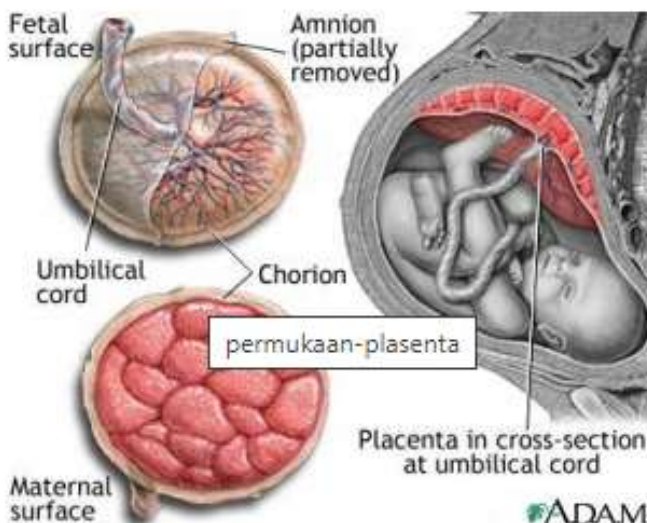
1. Tarik perlahan
2. Memutar atau memilinnya seperti tali
3. Memutar pada klem
4. Manual atau digital

Uri dan cairan ketuban harus diperiksa sesegera mungkin setelah dilahirkan, apakah lengkap atau tidak lengkap. Yang diperiksa adalah :

1. Permukaan ibu : 6-20 kotiledon
2. Permukaan janin

3. Apakah ada tanda-tanda plasenta *sucenturisasi* (Mochtar, 2017).

Pada saat aterm, plasenta (bangunan seperti spons di dalam uterus yang memberikan makanan kepada janin) berbentuk bulat atau lonjong, pipih, berbentuk seperti kue, berdiameter 15-19,5 cm dan tebal 2-3 cm pada titik paling tebal plasenta. Permukaan ari-ari ibu terlihat kosong, permukaan janin halus dan mengkilat.



Gambar 8.1. Plasenta maternal dan fetal
(Sumber Saputra&Lockhart, 2014)

8.2 Manajemen Aktif Kala Tiga

Untuk mempercepat penurunan Angka Kematian Ibu (AKI), Kementerian Kesehatan RI telah menekankan pentingnya penatalaksanaan manajemen aktif kala tiga pada setiap asuhan persalinan normal. Penatalaksanaan aktif kala tiga kini menjadi

bagian integral dari asuhan persalinan normal dan merupakan salah satu keterampilan dasar yang harus dikuasai oleh setiap penyedia layanan kesehatan (dokter dan bidan) yang terlibat dalam persalinan.

Secara teknis, manajemen aktif kala tiga meliputi tindakan pemberian profilaksis uterotonika (oksitosin) profilaksis segera setelah bayi lahir, penegangan tali pusat terkendali untuk memastikan bahwa plasenta telah terlepas dan plasenta telah lahir, serta melakukan pijit fundus segera setelah melahirkan plasenta. Manajemen aktif kala tiga diperkenalkan pada perawatan persalinan kebidanan untuk mengurangi perdarahan.

Manajemen aktif kala tiga memperbaharui prosedur yang ada sebelumnya. Sebelum dikenalkannya manajemen aktif kala tiga, seorang ibu bersalin tidak diberikan uterotonika pasca lahirnya bayi dan plasenta dilahirkan spontan tanpa peregang tali pusat (MU, 2016).

Tujuan manajemen aktif kala tiga adalah untuk menghasilkan kontraksi uterus yang lebih efektif sehingga dapat mempersingkat waktu, mencegah perdarahan dan mengurangi kehilangan darah kala tiga persalinan jika dibandingkan dengan penatalaksanaan fisiologis.

Sebagian besar kasus kesakitan dan kematian ibu di Indonesia disebabkan oleh perdarahan postpartum yang sebagian besar disebabkan oleh atonia uteri dan retensio plasenta yang sebenarnya dapat dicegah dengan melakukan manajemen aktif kala tiga.

Studi Pencegahan Perdarahan Pasca Persalinan-2006 tentang praktik manajemen aktif kala tiga (*Active Management of Third Stage of Labor/AMTSL*) di 20 Rumah Sakit di Indonesia menunjukkan bahwa hanya 30% Rumah Sakit yang menerapkannya. Hal ini sangat berbeda jika dibandingkan dengan praktik manajemen aktif di tingkat pelayanan kesehatan primer (PMB atau Rumah Bersalin) di wilayah intervensi Asuhan

Persalinan Normal (APN) yaitu di Kabupaten Kuningan dan Cirebon, di mana sekitar 70% melaksanakan manajemen aktif kala tiga bagi ibu-ibu bersalin.

Jika ingin menyelamatkan banyak ibu bersalin, sudah sewajarnya jika manajemen aktif kala tiga tidak hanya diajarkan tetapi juga di praktekkan dan menjadi standar asuhan persalinan.

8.2.1 Keuntungan-keuntungan manajemen aktif kala tiga

1. Fase persalinan kala tiga yang lebih singkat
2. Pengurangan kehilangan darah
3. Mengurangi terjadinya retensio plasenta (JNPK-KR, 2017).

8.2.2 Langkah-langkah manajemen aktif kala tiga

Manajemen aktif kala tiga terdiri dari tiga langkah utama :

1. Pemberian suntikan oksitosin pada menit pertama setelah bayi lahir
2. Lakukan penegangan tali pusat terkendali
3. Masase fundus uteri

Langkah-langkah manajemen aktif kala tiga adalah sebagai berikut :

1. Dalam waktu kurang dari 1 menit setelah kelahiran bayi, berikan suntikan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha luar kanan ibu.
2. Melakukan penegangan tali pusat terkendali
 - a. Memindahkan klem pada tali pusat sekitar 5-10 cm dari vulva
 - b. Letakkan satu tangan di atas kain yang ada di perut ibu, tepat di atas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.
 - c. Menunggu uterus berkontraksi

- d. Kemudian tangan kanan yang memegang klem tali pusar kemudian menarik tali pusar ke bawah dengan lembut tanpa menariknya. Tangan kiri memberikan tekanan ke arah yang berlawanan dengan bagian bawah rahim, dengan lembut mendorong rahim ke atas dan ke belakang (posterior kranial) untuk mencegah rahim berputar. Jika plasenta tidak keluar setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu kontraksi berikutnya.
3. Setelah ari-ari terlepas, minta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke bawah lalu ke atas, mengikuti lekukan jalan lahir sambil terus mendorong rahim ke arah yang berlawanan.
4. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva
5. Jika plasenta tidak lepas setelah melakukan penegangan tali pusat selama 15 menit :
 - a. Ulangi pemberian 10 unit oksitosin IM
 - b. Kaji kandung kemih dan jika perlu, lakukan kateterisasi kandung kemih menggunakan teknik aseptik
 - c. Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan
 - d. Ulangi penegangan tali pusat selama 15 menit berikutnya
 - e. Rujuk ibu jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit setelah kelahiran bayi
6. Jika plasenta terlihat di bagian dalam vagina, lanjutkan melahirkan plasenta menggunakan kedua tangan. Pegang plasenta dengan kedua tangan dan putar plasenta dengan lembut hingga selaput ketuban terpilin. Keluarkan selaput ketuban dengan lembut dan perlahan.
7. Jika ketuban pecah, gunakan sarung tangan steril atau didesinfeksi tingkat tinggi dan periksa vagina serta leher rahim wanita dengan hati-hati. Gunakan jari atau forsep

anda atau desinfektan tingkat lanjut atau forsep steril untuk menghilangkan membran yang tersisa.

8. Setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, pijat rahim, letakkan telapak tangan di bagian bawah dan pijat perlahan dengan gerakan memutar sampai rahim berkontraksi (bagian bawah menjadi keras) (MU, 2016).

8.2.3 Pemeriksaan plasenta

Pemeriksaan plasenta setelah melahirkan merupakan keterampilan yang sangat penting bagi bidan untuk mengurangi risiko perdarahan dan infeksi pascapersalinan. Selama pemeriksaan plasenta, prosedur dijelaskan kepada klien atau keluarganya. Petugas kesehatan atau bidan menyiapkan alat.

Adapun prosedur pemeriksaan plasenta adalah sebagai berikut :

1. Tempatkan plasenta diatas permukaan yang datar
2. Periksa sisi maternal atau yang menempel pada ibu : jumlah kotiledon, kelengkapan kotiledon, diameter, tebal, warna, kelengkapan selaput janin
3. Periksa sisi janin : insersi tali pusat, panjang tali pusat, kemungkinan adanya simpul.
4. Timbang berat plasenta
5. Dokumentasikan hasil pemeriksaan

8.2.4 Pemeriksaan selaput ketuban

Saat Anda memeriksanya, ingatlah bahwa amnion dan korion terdiri dari selaput janin yang tampak menyatu, padahal sebenarnya tidak. Menarik salah satunya dapat merusak amnion dan dapat ditarik kearah tali pusat. Amnion terasa halus dan jernih, sedangkan pembuluh lebih tebal, keruh dan halus. Korion mulai terdapat di tepi plasenta dan melebar ke sekitar desidua. Setelah lahir, selaput ketuban akan berlubang karena dilewati bayi. Jika selaput ketuban terlihat tidak rata, mungkin ada bagian yang tertinggal di rahim. Hal ini dapat mempengaruhi kemampuan rahim untuk berkontraksi dan menyebabkan perdarahan setelah

melahirkan. Ini juga merupakan tempat berkembang biak bagi mikroorganisme yang menyebabkan infeksi. Bekuan darah pascapersalinan harus diperiksa untuk menentukan apakah selaput ketuban ada atau tidak.

8.2.5 Pemeriksaan tali pusat

Tali pusat terdiri dari dua arteri umbilikal dan satu vena umbilikal yang dikelilingi oleh agar-agar *Wharton* dan diselubungi oleh amnion. Tali pusat dengan jumlah pembuluh darah kurang dari tiga pembuluh darah menunjukkan kelainan bawaan. Bayi harus dirujuk ke dokter anak dan sampel tali pusat dianalisis.

Tali pusat memiliki panjang 50 cm (antara 30-90 cm), berdiameter 1-2 cm dan melingkar untuk melindungi pembuluh darah dari tekanan. Tali pusat yang pendek adalah tali pusat yang panjangnya kurang dari 40 cm, yang biasanya tidak signifikan, kecuali jika terlalu pendek, karena turunnya janin ke dalam rongga panggul menarik tali pusat dan terjadi juga tarikan pada plasenta.

Tali pusat yang terlalu panjang dapat melilit janin atau tersimpul, disekitar janin sehingga menyebabkan pembuluh darah tersumbat. Risiko penyempitan atau prolaps tali pusat meningkat ketika tali pusat terlalu panjang, terutama ketika bagian bawah janin tidak pas dengan serviks. Lilitan palsu dapat terjadi ketika pembuluh darah lebih panjang dari tali pusat dan membentuk lingkaran di *jeli Wharton*. Ini tidak terlalu signifikan. Tali pusat yang terlalu besar atau terlalu kecil sulit dikompres setelah lahir (Sumaningsih, 2019).

8.3 Pemantauan Kala Tiga

Pemantauan kala tiga persalinan terdiri dari : kontraksi, robekan jalan lahir dan perineum, tanda-tanda vital dan hygiene.

1. Pemantauan kontraksi

Seperti diketahui, otot rahim terdiri dari tiga lapisan yang terjalin sempurna yaitu lapisan otot longitudinal di bagian luar, lapisan otot sirkular di bagian dalam, dan lapisan otot transversal di antaranya. Dengan pengaturan ini, pembuluh darah di antara otot-otot rahim akan tertutup rapat selama persalinan setelah melahirkan untuk mencegah pendarahan. Setelah 1-2 menit untuk, periksa rahim untuk memastikan telah berkontraksi dengan baik. Jika tidak, ulangi stimulasi palpasi fundus.

2. Robekan jalan lahir dan perineum

Robekan perineal sering terjadi, khususnya pada wanita primipara. Robekan derajat satu terkadang bahkan tidak perlu untuk dijahit, robekan derajat dua biasanya mudah dijahit dengan obat pereda nyeri lokal dan biasanya sembuh tanpa komplikasi. Robekan derajat tiga dapat memungkinkan harus dijahit oleh dokter kandungan dirumah sakit dengan peralatan yang lengkap, untuk mencegah inkontinensia fekal dan atau fistula fekal.

3. Tanda-tanda vital dan hygiene

Banyak perubahan fisiologis yang terjadi selama kala satu dan dua persalinan, yang berakhir ketika plasenta dikeluarkan dan tanda-tanda vital wanita kembali ke tingkat sebelum persalinan selama kala tiga :

a. Tekanan darah

Tekanan sistolik dan distolik mulai kembali ke tingkat sebelum persalinan. Peningkatan atau penurunan tekanan darah masing-masing merupakan indikasi gangguan hipertensi pada kehamilan atau syok. Peningkatan tekanan sistolik dengan tekanan diastolik

dalam batas normal dapat mengindikasikan ansietas atau nyeri.

b. Nadi

Nadi secara bertahap kembali ketingkat sebelum persalinan. Peningkatan denyut nadi dapat menunjukkan infeksi, syok, ansietas, atau dehidrasi.

c. Suhu

Suhu tubuh kembali meningkat perlahan. Peningkatan suhu menunjukkan proses infeksi atau dehidrasi.

d. Pernapasan

Pernapasan kembali normal, pada peningkatan frekuensi pernapasan dapat menunjukkan syok atau ansietas.

Tekanan darah dan denyut nadi ibu harus diukur setidaknya sekali selama kala tiga dan lebih sering jika pada kala tiga memanjang daripada rata-rata atau jika tekanan darah dan denyut nadi berada di batas atau dalam kisaran abnormal. Pemantauan ini tidak hanya dilakukan setelah mengevaluasi peningkatan sebelumnya, tetapi penting sebagai sarana deteksi dini syok pada kejadian perdarahan (Sumaningsih, 2019).

8.4 Asuhan Sayang Ibu Kala Tiga

Asuhan sayang ibu kala tiga yaitu membantu ibu dan keluarganya untuk merasa aman dan nyaman selama proses persalinan. Asuhan sayang ibu adalah asuhan dengan prinsip saling menghormati budaya, kepercayaan dan keinginan ibu.

Asuhan yang dapat dilakukan pada ibu kala tiga adalah :

1. Izinkan ibu untuk segera memeluk dan menyusui bayinya
2. Beri tahu setiap tindakan yang akan dilakukan
3. Pencegahan infeksi pada kala tiga
4. Pemantauan kondisi ibu (tanda vital, kontraksi, perdarahan)

5. Lakukan kolaborasi atau rujukan bila terjadi kegawatdaruratan
6. Memenuhi kebutuhan nutrisi dan cairan
7. Berikan motivasi dan pendampingan selama kala tiga

8.5 Pendokumentasian Kala Tiga

Hal-hal yang perlu di catat selama kala tiga adalah sebagai berikut :

1. Lama kala tiga
2. Pemberian oksitosin berapa kali
3. Bagaimana pelaksanaan penegangan tali pusat terkendali
4. Perdarahan
5. Kontraksi uterus
6. Adakah laserasi jalan lahir
7. Vital sign ibu
8. Keadaan bayi baru lahir (Sumaningsih, 2019).

DAFTAR PUSTAKA

- Mochtar Rustam. 2017. *Sinopsis Obstetri*. Jakarta: EGC.
- Saputra, Lockhart. 2014. *Asuhan Kebidanan Masa Persalinan Fisiologis & Patologis*. Tangerang: Binarupa Aksara Publisher.
- Ilmiah Shofa Widia. 2015. *Asuhan Persalinan Normal*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Varney, Helen. 2007. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. Jakarta: EGC
- JNPK-KR. 2007. *Buku Acuan Pelatihan Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta: Jaringan Nasional Pelatihan Klinik
- . 2014. *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta: Jaringan Nasional Pelatihan Klinik
- IBI. 2016. *Modul Midwifery Update*. Pengurus Pusat Ikatan Bidan Indonesia.
- Sumaningsih, dkk. 2019. *Asuhan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Prodi Kebidanan Magetan Poltekkes Kemenkes Surabaya.
- Andriani, dkk. 2019. *Asuhan Kebidanan Pada Persalinan*. Sidoarjo: Indomedika Pustaka.
- Wulandari Afni Nur. 2020. *Manajemen Asuhan Kebidanan Intranatal Dengan Persalinan Normal*. Makasar: KTI
- Salu Andriana. 2016. *Manajemen Aktif Kala III*. Poltekkes Kemenkes Kupang: KTI

BAB 9

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN KALA IV

Oleh Weni Tri Purnani

9.1 Pengertian

Kala IV disebut pula dengan kala pemantauan. Kala IV dimulai sesudah lahirnya plasenta serta berakhir 2 jam sesudah proses tersebut (Mochtar, 1998).

Persalinan Kala IV ialah termin ketiga asal persalinan yang dimulai sesudah bayi lahir serta berakhir dengan munculnya plasenta serta selaput ketuban berasal rahim (*Williams obstetrics*, 2014).

Kala IV diklaim fase yang paling kritis sebab proses perdarahan yang berlangsung. Pemantauan 15 menit pada jam pertama setelah kelahiran plasenta, 30 menit di jam kedua sesudah persalinan, Jika kondisi pasien tidak stabil, perlu dipantau lebih sering (Prawirohardjo, 2011).

9.2 Fisiologi Kala IV

Sesudah plasenta lahir tinggi fundus uteri sekitar dua jari dibawah pusat. Otot-otot uterus berkontraksi, pembuluh darah yang ada di antara anyaman-anyaman otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan sehabis plasenta lahir (Varney, 2017)

Berikut adalah beberapa aspek fisiologi persalinan Kala IV (Saifuddin and Adriaansz, 2006):

1. Kontraksi uterus: Setelah kelahiran bayi, kontraksi uterus masih berlanjut untuk membantu pengeluaran plasenta.

Kontraksi ini membantu mengurangi perdarahan dengan menutup pembuluh darah yang terputus di tempat implantasi plasenta.

2. Perdarahan: Pada awal Kala IV, ada perdarahan sedang sampai berat yang terjadi akibat pelepasan plasenta. Namun, dengan kontraksi uterus yang berlanjut, pembuluh darah yang terputus di tempat implantasi plasenta akan menutup dan perdarahan akan berkurang secara bertahap.
3. Involutio uterus: Setelah plasenta dikeluarkan, uterus akan mengalami involusi. Ini adalah proses penyusutan uterus kembali ke ukuran sebelum kehamilan. Kontraksi uterus yang terjadi selama Kala IV membantu mempercepat proses involusi ini.
4. Produksi ASI: Kala IV juga merupakan awal dari produksi dan keluarnya ASI (Air Susu Ibu). Stimulasi bayi yang menyusu pada puting susu ibu merangsang pelepasan hormon oksitosin, yang berperan dalam merangsang kontraksi uterus dan memicu produksi ASI
5. Pemulihan fisik ibu: Setelah persalinan, tubuh ibu akan memulai proses pemulihan fisiknya. Suhu tubuh normal akan kembali stabil, detak jantung dan tekanan darah akan kembali normal, dan ibu mungkin merasakan keringat dan kelelahan.

Penting untuk dicatat bahwa setiap individu dapat mengalami pengalaman yang sedikit berbeda dalam fisiologi persalinan Kala IV. Beberapa faktor seperti kondisi kesehatan ibu, prosedur persalinan, dan penanganan pasca-persalinan dapat mempengaruhi proses ini. Oleh karena itu, penting untuk mendapatkan perawatan yang memadai dan dipantau oleh tenaga medis yang terlatih selama tahap ini. (Mochtar, 1998)

9.3 Asuhan dan Pemantauan Kala IV

Penanganan persalinan Kala IV meliputi pemeriksaan tanda vital ibu, pemberian oksitoksin guna meningkatkan kecepatan keluarnya plasenta, serta pemeriksaan kondisi plasenta serta selaput ketuban guna memastikan keluar secara utuh (Gynecologists, 2019).

Selama Kala IV, bidan akan fokus pada perawatan pasca persalinan, pemantauan kesehatan ibu, dan tindakan untuk memastikan bahwa semua proses pasca persalinan berjalan dengan baik. Berikut adalah beberapa aspek penting dalam asuhan kebidanan pada Kala IV (Wiknjosastro *et al.*, 2008):

1. Pemantauan vital ibu: Bidan akan memantau tanda-tanda vital ibu, seperti tekanan darah, denyut nadi, suhu tubuh, dan frekuensi pernapasan. Hal ini dilakukan untuk memastikan bahwa ibu dalam keadaan stabil dan tidak mengalami komplikasi.
2. Pemantauan pendarahan: Pendarahan setelah persalinan adalah hal yang normal, namun perdarahan yang berlebihan dapat menjadi tanda adanya komplikasi. Perawat atau bidan akan memeriksa jumlah dan karakteristik darah yang keluar serta memantau tanda-tanda anemia atau perdarahan berat.
3. Pemeriksaan fisik: Bidan akan melakukan pemeriksaan fisik pada ibu, termasuk pemeriksaan abdomen untuk memastikan bahwa plasenta telah lepas dengan sempurna. Mereka juga akan memeriksa luka jahitan jika ibu mengalami episiotomi atau robekan perineum selama persalinan.
4. Pemberian obat-obatan: Jika diperlukan, bidan dapat memberikan obat-obatan seperti antibiotik untuk mencegah infeksi atau obat pereda nyeri.
5. Inisiasi menyusui: Kala IV juga merupakan waktu yang penting untuk memulai menyusui. Bidan akan membantu

ibu dalam proses inisiasi menyusui dan memberikan dukungan dalam mengatasi kendala awal yang mungkin muncul.

6. Edukasi dan konseling: Selama Kala IV, bidan akan memberikan edukasi dan konseling kepada ibu tentang perawatan pasca persalinan, tanda-tanda bahaya yang perlu diwaspadai, tata cara merawat bayi, dan praktik menyusui yang benar.

Selain itu, asuhan kebidanan pada Kala IV juga melibatkan pemantauan bayi yang baru lahir. Bayi akan dievaluasi untuk memastikan bahwa mereka dalam kondisi baik dan tidak mengalami masalah kesehatan yang serius.

9.4 Bentuk Kegawatdaruratan Kala IV

9.4.1 Emboli Cairan Ketuban

Emboli cairan ketuban adalah kondisi yang langka dan serius yang terjadi ketika cairan ketuban memasuki aliran darah ibu selama kehamilan atau persalinan. Emboli cairan ketuban biasanya terjadi saat pecahnya selaput ketuban dengan kekuatan yang cukup besar, seperti saat persalinan normal atau tindakan medis seperti amniotomi. (Varney, 2007)

Ketika cairan ketuban memasuki aliran darah ibu, dapat menyebabkan gangguan sirkulasi dan masuknya partikel kecil, termasuk sel-sel, rambut, atau debris lainnya ke dalam pembuluh darah. Ini dapat menyebabkan komplikasi serius seperti gangguan pernapasan, gagal jantung, gagal ginjal, atau kerusakan organ lainnya. Kondisi ini dapat mengancam nyawa ibu dan janin. (Prawirohardjo, 2011)

Tanda dan gejala emboli cairan ketuban dapat bervariasi, tetapi biasanya termasuk sesak napas, penurunan tekanan darah yang drastis, pusing, kebingungan, penurunan kesadaran, detak jantung tidak teratur, dan kehilangan kesadaran. Meskipun emboli

cairan ketuban adalah kondisi yang langka, tetapi dapat memiliki konsekuensi yang serius. Penting untuk mengenali tanda dan gejala potensialnya dan segera rujuk jika terjadi kecurigaan adanya emboli cairan ketuban. (Mochtar, 1998)

9.4.2 Robekan Perineum

Robekan perineum terjadi pada hampir semua persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya (Manuaba, 1998). Robekan perineum atau robekan perineal merujuk pada luka atau kerusakan yang terjadi pada daerah perineum, yaitu area antara vagina dan anus (Saifuddin and Adriaansz, 2006)

Luka perineum, dibagi atas 4 tingkatan (Wiknjosastro *et al.*, 2008) :

1. Derajat I: Robekan ringan pada kulit atau jaringan mukosa.
2. Derajat II: Melibatkan kulit, jaringan otot, dan mungkin jaringan perineum yang lebih dalam.
3. Derajat III: Melibatkan otot perineum yang lebih dalam dan mencapai sfingter ani (otot penutup anus).
4. Derajat IV: Melibatkan seluruh lapisan perineum, termasuk otot sfingter ani dan melibatkan jaringan sekitarnya.

Setelah persalinan, perawatan yang tepat diberikan untuk mempromosikan penyembuhan dan mengurangi risiko infeksi. Beberapa perawatan yang dilakukan termasuk menjaga daerah yang bersih dan kering, mengambil tindakan pencegahan untuk mengurangi rasa sakit, dan memberikan obat penghilang rasa sakit. (Manuaba, 1998)

9.4.3 Robekan Serviks

Robekan serviks, juga dikenal sebagai robekan leher rahim atau robekan serviks, biasanya terjadi selama proses persalinan. Robekan ini dapat terjadi karena tekanan yang diberikan pada leher rahim saat bayi melalui saluran lahir. (Prawirohardjo, 2011).

Ada beberapa faktor yang dapat meningkatkan risiko terjadinya robekan serviks.

1. Persalinan yang sulit: Jika persalinan mengalami komplikasi atau sulit, seperti ketuban pecah dini, posisi bayi yang tidak tepat, atau ukuran bayi yang besar, maka risiko robekan serviks dapat meningkat.
2. Persalinan pertama: Risiko robekan serviks cenderung lebih tinggi pada wanita yang mengalami persalinan pertama karena leher rahim belum mengalami perubahan dan pelembutan yang cukup
3. Instrumen bantu persalinan: Penggunaan instrumen bantu persalinan, seperti forseps atau vakum ekstraktor, dapat meningkatkan risiko robekan serviks
4. Persalinan dengan induksi atau percepatan: Proses induksi atau percepatan persalinan dengan menggunakan obat atau teknik tertentu dapat meningkatkan tekanan pada leher rahim, yang dapat meningkatkan risiko robekan serviks.
5. Riwayat robekan serviks sebelumnya: Jika seorang wanita pernah mengalami robekan serviks pada persalinan sebelumnya, risiko untuk mengalami robekan serupa pada persalinan berikutnya cenderung lebih tinggi
6. Kelebihan berat badan: Obesitas atau kelebihan berat badan dapat mempengaruhi elastisitas dan kekuatan jaringan, termasuk serviks, sehingga meningkatkan risiko robekan serviks (Prawirohardjo, 2011)

9.4.5 Inversio Uteri

Inversio uteri, atau inversio uterus, adalah kondisi medis yang jarang terjadi di mana rahim terbalik secara terbalik ke dalam rongga vagina setelah persalinan atau prosedur lain yang melibatkan rahim. Dalam keadaan normal, rahim berada dalam posisi tegak lurus di dalam rongga panggul. Namun, pada inversio

uteri, bagian atas rahim terbalik dan masuk ke dalam bagian bawah rahim, sehingga terjadi pembalikan rahim. Inversio uteri sering terjadi setelah proses persalinan, terutama persalinan dengan bantuan vakum atau penggunaan kekuatan yang berlebihan saat menarik tali pusat. Namun, ini juga dapat terjadi setelah persalinan normal atau setelah prosedur lain seperti pengangkatan mioma rahim. Inversio uteri dapat menyebabkan masalah serius dan bahkan mengancam nyawa. Beberapa gejala inversio uteri meliputi perdarahan hebat, rasa nyeri yang parah, dan penurunan tekanan darah.(Varney, 2007)

DAFTAR PUSTAKA

- Gynecologists, A.C. of O. and. 2019. 'ACOG practice bulletin no. 202: gestational hypertension and preeclampsia', *Obstet Gynecol*, 133(1), pp. e1–e25.
- Manuaba, I.B.G. 1998. 'Ilmu kebidanan, penyakit kandungan & keluarga berencana untuk pendidikan bidan', in. Egc.
- Mochtar, R. 1998. 'Sinopsis obstetri', *Jakarta: egc*, 1.
- Prawirohardjo, S. 2011. 'Ilmu kandungan', *Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo* [Preprint].
- Saifuddin, A.B. and Adriaansz, G. 2006. 'Buku acuan nasional pelayanan kesehatan maternal dan neonatal', *Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo*, 100, pp. 111–112.
- Varney, H. 2007. 'Buku Ajar Asuhan Kebidanan, Edisi 4 volume 2: EGC'. Jakarta.
- Varney, H. 2017. 'Buku Ajar Asuhan Kebidanan (Cetakan 4)', *Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC* [Preprint].
- Wiknjosastro, G. *et al.* 2008. 'Asuhan persalinan normal', *Jakarta (Halaman 123-126)* [Preprint].
- Williams obstetrics* 2014.

BAB 10

PENATALAKSANAAN BAYI BARU LAHIR DENGAN ASFIKSIA

Oleh Husnul Hatima

10.1 Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir merupakan bayi yang keluar dari rahim dengan usia kehamilan minimal 37 minggu atau lebih, dan memiliki berat badan antara 2500 hingga 4000 gram. Bayi ini mengalami proses adaptasi yang disebut BBL (Bayi Baru Lahir) untuk dapat berfungsi dan bertahan hidup di luar rahim. Pada waktu kelahiran, sejumlah adaptasi fisik dan psikologis mulai terjadi pada tubuh bayi baru lahir. Pemberian Asuhan Pada BBL.

Adaptasi fisiologi BBL terhadap kehidupan di luar uterus melibatkan bayi baru lahir yang harus beradaptasi dari bergantung pada ibunya kemudian menyesuaikan diri dengan lingkungan luar. Bayi harus mendapatkan oksigen dengan bernafas sendiri, mendapatkan nutrisi peroral untuk menjaga kadar gulanya, mengontrol suhunya, dan melawan penyakit atau infeksi, yang sebelumnya dilakukan oleh plasenta.

1. Perubahan sistem pernafasan

Perkembangan paru-paru: paru-paru berasal dari titik yang muncul dari pharynx kemudian bentuk bronkus sampai umur 8 tahun, sampai jumlah bronchiolus untuk alveolus berkembang: awal adanya nafas karna terjadi hipoksia pada akhir persalinan dan rangsangan fisik lingkungan luar rahim yang merangsang pusat pernafasan di otak, tekanan rongga dada menimbulkan kompresi paru-

paru selama persalinan yang menyebabkan udara masuk keparu-paru secara mekanis.

2. Dari cairan menuju udara

Bayi cukup bulan mempunyai cairan dalam paru-paru di mana selama lahir $\frac{1}{3}$ cairan ini diperas oleh paru-paru, jika proses persalinan melalui sectio cesaria maka kehilangan keuntungan kompresi dada dan mengakibatkan paru-paru basah. Beberapa tarikan nafas pertama menyebabkan udara memenuhi ruangan trakhea untuk bronkus bayi baru lahir, paru-paru akan berkembang berisi udara sesuai dengan perjalanan waktu.

3. Perubahan sistem peredaran darah

Setelah bayi lahir, terjadi beberapa perubahan penting dalam sistem sirkulasi bayi untuk memastikan pasokan oksigen yang cukup ke jaringan tubuh. Dua perubahan utama yang terjadi adalah penutupan foramen ovale dan penutupan duktus arteriosus antara arteri paru-paru serta aorta.

4. Dua peristiwa yang mengubah tekanan dalam sistem pembuluh darah

Saat tali pusat dipotong, registrasi pembuluh sistemik meningkat dan tekanan rahim menurun. Tekanan atrium kanan menurun karena aliran darah ke atrium kanan berkurang, sehingga tekanan atrium kanan menurun. Ini membantu darah dengan sedikit kandungan oksigen mengalir ke paru-paru untuk proses oksigenisasi ulang.

Pernafasan pertama menurunkan resistensi pembuluh darah paru-paru dan meningkatkan tekanan atrium kanan. Akibatnya, oksigen merelaksasi dan membuka pembuluh darah, sehingga volume pembuluh darah meningkat dan tekanan pada atrium kanan menurun, sehingga foramen ovale tertutup.

5. Metabolisme glukosa

Dengan tindakan penjepitan tali pusat, bayi harus mempertahankan kadar glukosa darahnya sendiri saat lahir agar otaknya dapat berfungsi, glukosa darah akan menurun dalam waktu cepat yaitu 1-2 jam, koreksi penurunan glukosa dilakukan dengan cara penggunaan ASI dan penggunaan cadangan glikogen.

6. Perubahan sistem gastrointestinal

Janin akan menelan dan menghisap sebelum cukup bulan. Pada saat lahir, refleks gumoh dan batuk yang matang sudah terbentuk dengan baik, refleks ini masih cukup untuk mencerna ASI, hubungan antara esofagus bawah dan lambung masih belum sempurna maka akan menyebabkan gumoh pada bayi baru lahir, kapasitas lambung sangat terbatas kurang dari 30 cc dan akan bertambah sesuai dengan pertumbuhannya.

7. Perubahan sistem kekebalan tubuhnya

Bayi memiliki sistem kekebalan yang belum berkembang, jadi mereka rentan terhadap berbagai infeksi dan penyakit. Namun, ketika sistem kekebalan mereka berkembang, sistem imun mereka secara alami akan membentuk kekebalan tubuh, berikut contoh yang dimaksud dengan kekebalan alami yang didapat oleh bayi: perlindungan oleh kulit membran mukosa, fungsi saringan saluran pernafasan, pembentuk koloni mikroba oleh kulit halus dan usus, perlindungan kimia oleh lingkungan asam lambung.

8. Sistem pengaturan suhu, metabolisme glukosa gastrointestinal tubuh

Pengaturan suhu: bayi baru lahir belum bisa mengatur suhu tubuh sendiri setelah keluar dari rahim sehingga menimbulkan stres pada bayi akibat adanya perubahan lingkungan. Bayi melakukan upaya pertama untuk

mendapatkan kembali panas tubuhnya di tempat yang dingin melalui pembentukan suhu tanpa mekanisme menggigil. Hasil penggunaan lemak coklat untuk produksi panas, timbunan coklat akan meningkatkan panas sampai 100 %, untuk mendapatkan lemak coklat bayi harus menggunakan glukosa untuk mendapatkan energi yang mengubah lemak menjadi panas, jika bayi kedinginan maka akan mengalami hipoglikemia, hipoksia dan asidosis. Sehingga upaya pencegahan kehilangan panas merupakan prioritas utama untuk meminimalkan kehilangan panas bayi

9. Mekanisme kehilangan panas tubuh(cari sumber lain)

Mekanisme kehilangan panas pada bayi terdiri dari konduksi, konveksi, radiasi, dan evaporasi.

- a. Kehilangan panas secara konduksi ialah kehilangan panas yang terjadi jika pada tubuh bayi melalui kontak langsung dengan permukaan yang dingin, seperti timbangan, tempat tidur, dan meja yang temperaturnya jauh lebih rendah dari tubuh bayi.
- b. Kehilangan panas tubuh secara konveksi terjadi ketika bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin, misalnya jika bayi berada di ruangan ber-AC dengan suhu rendah. Bayi yang baru lahir atau berada dalam ruangan yang dingin rentan mengalami kehilangan panas dengan cepat.
- c. Kehilangan panas secara radiasi ialah kehilangan panas yang terjadi jika bayi diletakkan didekat benda- benda yang memiliki suhu tubuh lebih rendah dari suhu tubuh bayi, seperti bayi terkena stetoskop, atau pada saat bayi ditimbangan tanpa menggunakan alas pada timbangan
- d. Kehilangan panas secara evaporasi ialah kehilangan panas yang terjadi akibat penguapan cairan ketuban

pada permukaan tubuh oleh panas tubuh bayi itu sendiri. Hal ini merupakan jalan utama bayi mengalami kehilangan panas tubuh. Bayi mekanisme ini bayi akan kehilangan panas jika setelah segera lahir tubuh bayi tidak dikeringkan dengan menggunakan handuk bersih atau dimandikan segera setelah lahir dan tidak segera dikeringkan.

10. Pemberian Oksigen

Pemberian oksigen 100 % diberikan pada keadaan seperti sianosis, bradikardi, dan tanda distres pernafasan yang lain pada bayi yang bernafas selama stabilisasi.

10.2 Asfiksia

Asfiksia perinatal di definisikan sebagai ketidakmampuan bayi baru lahir untuk memulai dan mempertahankan pernafasan yang cukup setelah melahirkan dan ditandai dengan pertukaran gas yang nyata. Asfiksia perinatal disebabkan oleh kurangnya aliran darah atau pertukaran gas kejanin selama akhir kehamilan, proses kelahiran atau setelah melahirkan. Ketika pertukaran gas plasenta (sebelum lahir) atau berhenti sama sekali, ada kekurangan oksigen sebagian(hipoksia) atau lengkap (anoxia) keorgan vital. Hal ini menyebabkan hipoksemia progresif dan hiperkapnia. Jika hipoksia cukup parah, jaringan dan organ vital (otot, hati, jantung dan akhirnya otak) akan mengalami kekurangan oksigen. (Gebrehiwot, 2020). Asfiksia akan bertambah buruk jika bayi baru lahir tidak dirawat dengan baik. Tujuan dari tindakan yang akan dilakukan pada bayi adalah untuk mempertahankan kelangsungan hidupnya dengan mengurangi gejala lanjut yang mungkin terjadi (Siti Noorbaya & Herni Johan, 2019).

Asfiksia neonatorum yang merupakan kasus kegagalan bernafas bayi secara spontan dan teratur segera setelah lahir

akibat dari kegagalan untuk memulai dan mempertahankan pernafasan pada bayi baru lahir. Ketidakseimbangan antara suplai darah janin dan ibu menyebabkan gangguan suplai oksigen dan menyebabkan hipoperfusi. Perubahan autoregulasi dan hipoksia. Hipoksemia berat menurunkan suplai oksigen yang cukup ke beberapa organ termasuk otak, paru-paru, jantung, ginjal, dan saluran pencernaan, sistem hematologi dan otot. Dengan demikian dapat menyebabkan kerusakan organ atau bahkan kematian. Asfiksia juga dapat menyebabkan respon inflamasi dini dan cedera otak yang signifikan pada neonatus. (Nenden, 2021)

Keadaan bayi yang dikenal sebagai asfiksia neonatorum adalah ketika mereka tidak dapat bernafas secara spontan dan teratur. Ini menyebabkan penurunan oksigen dan peningkatan CO₂, yang berdampak negatif pada kesehatan mereka di kemudian hari. Tujuan melakukan tindakan terhadap asfiksia neonatorum adalah untuk mempertahankan pernafasan bayi, yang biasanya terjadi selama persalinan.

1. Fisiologi pernafasan bayi baru lahir

Oksigen sangat penting untuk kehidupan sebelum dan setelah proses persalinan. Selama didalam rahim, janin mendapatkan oksigen dan nutrisi dari ibu melalui mekanisme difusi dari plasenta yang berasal dari ibu kemudian diberikan atau disalurkan kepada janin, sebelum lahir alveoli bayi menguncup dan terisi oleh cairan. Paru janin tidak perlu diperkusi atau dialiri darah dalam jumlah besar karena mereka tidak berfungsi sebagai sumber oksigen atau sebagai jalan untuk mengeluarkan CO₂ (karbondioksida). Setelah lahir, bayi tidak lagi berhubungan dengan plasenta sehingga segera bergantung pada paru-paru sebagai sumber utama oksigen. Oleh karena itu, beberapa saat setelah bayi lahir paru-paru harus terisi oleh oksigen dan pembuluh darah paru-paru

harus berelaksasi untuk memberikan perkusi pada alveoli dan menyerap oksigen untuk diedarkan keseluruh tubuh.

2. Evaluasi awal bayi baru lahir

Evaluasi awal bayi baru lahir dilaksanakan segera setelah bayi baru lahir yaitu menit pertama dengan menilai dua indikator kesejahteraan bayi yaitu pernafasan dan frekuensi denyut jantung bayi, karna menit pertama bidan berpacu dengan waktu dalam melakukan pertolongan bayi dan ibunya, sehingga dua aspek ini sudah sangat mewakili kondisi umum bayi baru lahir, penilaian ini mengacu pada SIGTUNA skor.

3. Evaluasi nilai APGAR.

Kata apgar diambil dari nama belakang penemunya yaitu doktor Virginia Apgar , seorang ahli anak sekaligus ahli anastesi. Skor ini dipublikasikan pada tahun 1952, pada tahun 1962 seorang ahli anak bernama dr. Josep Butterfield membuat akronomi dari kata APGAR yaitu Appearance (warna kulit), Pulse (denyut jantung), Grimace (respon refleks) , Activity (tonus otot), dan respirasi (pernafasan). Penilaian APGAR 5 menit pertama dilakukan saat kala III persalinan dengan menempatkan bayi baru lahir diatas perut ibu dan ditutupi dengan selimut atau handuk kering yang hangat. Selanjutnya hasil pengamatan BBL berdasarkan kriteria diatas dituliskan dalam tabel APGAR skor seperti dibawah ini.

4. Tabel APGAR skor

Aspek pengamatan	5 menit pertama	10 menit pertama
P= <i>Pulse</i> (denyut nadi/ menit)		
G= <i>Grimace</i> / Tonus otot		
A= <i>Activity</i> / gerakan bayi		
R= <i>Respiratory</i> / pernafasan bayi		
Jumlah skor		

Sumber buku asuhan kebidanan komprehensif persalinan dan BBL, 2015

Hasil dijumlahkan kebawah untuk menentukan penatalaksanaan BBL dengan tepat, hasil penilaian pada 5 menit pertama merupakan patokan dalam penentuan penanganan segera setelah lahir.

Tabel 10.1. Penanganan BBL pada APGAR skor

Nilai apgar 5 menit pertama	penanganan
1-3	Tempatkan pabi ditempat yang hangat dengan menggunakan lampu sebagai sumber penghangat Pemberian oksigen Resusitasi Stimulasi rujuk
4-6	Posisikan bayi pada tempat yang hangat pemberian oksigen stimulasi taktil
7-10	Dilakukan penatalaksanaan sesuai dengan bayi normal

Sumber: buku asuhan kebidanan komprehensif persalinan dan BBL, 2015

10.3 Penatalaksanaan Bayi Baru Lahir dengan Asfiksia

Materi manajemen asfiksia pada BBL difokuskan pada menyiapkan resusitasi, mengambil keputusan perlunya tindakan resusitasi, tindakan resusitasi, asuhan pasca resusitasi dan pencegahan infeksi. Banyak hal yang bisa menyebabkan bayi tidak dapat bernafas segera setelah lahir misalnya indikasi gawat janin yang menyebabkan janin tidak dapat menerima oksigen yang cukup. Dapat disimpulkan bahwa gawat janin adalah suatu reaksi janin pada kondisi dimana terjadi ketidakcukupan oksigen.

Tabel 10.2. Kondisi gawat janin

Pertanyaan	Keterangan
Apakah gawat janin	Reaksi ketika janin tidak mendapat oksigen yang cukup
Bagaimana mengetahui adanya gawat janin	Gawat janin dapat diketahui dengan : frekuensi DJJ <100 atau > 180 kali permenit berkurangnya pergerakan janin. (pergerakan < 10 kali dalam sehari) adanya air ketuban bercampur mekonium, warna kehijauan (jika bayi keluar dengan letak kepala)
Bagaimana mencegah gawat janin?	Gunakan partograf untuk memantau persalinan Anjurkan ibu untuk sering ganti posisi selama persalinan, ibu hamil yang berbaring terlentang dapat mengurangi aliran darah ke uterus

Pertanyaan	Keterangan
Bagaimana mengidentifikasi gawat janin dalam persalinan ?	Periksa frekuensi bunyi jantung janin setiap 30 menit pada kala I dan setiap 15 menit setelah pembukaan lengkap Periksa ada tidaknya air ketuban bercampur mekonium
Bagaimana menangani gawat janin?	Tingkat O ² pada janin dengan cara sebagai berikut : Mintalah ibu merubah posisi tidurnya Berikan cairan kepada ibu secara oral dan atau IV Berikan oksigen (bila tersedia) Periksa kembali DJJ setelah 10-15 menit tindakan diatas Jika frekuensi DJJ belum normal Rujuk (jika tidak mungkin) Siapkan untuk menolong BBL dengan Asfiksia

Sumber: buku asuhan kebidanan komprehensif persalinan dan BBL, 2015

A. Persiapan Resusitasi Pada BBL

Bidan harus selalu siap melakukan pertolongan resusitasi pada setiap persalinan, dimana persiapan yang perlu dilakukan adalah persiapan keluarga, tempat, alat untuk resusitasi dan persiapan diri (bidan)

1. Persiapan keluarga ibu dan bayi
2. Persiapan tempat resusitasi
3. Persiapan alat resusitasi
4. Persiapan diri

B. Tindakan Resusitasi Pada BBL

Jika bayi baru lahir mengalami asfiksia, baik sebelum ataupun setelah lahir mereka memperlihatkan serangkaian kejadian yang nyata dan akhirnya menyebabkan apnue primer dan sekunder. Aturan pertama dalam resusitasi adalah mengetahui dengan cepat bayi yang memerlukan tindakan ini. Bila bayi tidak cukup bulan dan atau tidak bernafas atau bernafas megap-megap, dan atau tonus otot tidak baik: Sambil memulai langkah awal :

- 1) Memberitahu ibu dan keluarga bahwa bayi mengalami kesulitan untuk memulai pernafasannya dan bahwa anda akan menolongnya bernafas
- 2) Mintalah salah seorang keluarga mendampingi ibu untuk memberi dukungan moral , menjaga ibu dan melaporkan bila ada perdarahan.

a) TAHAP 1 : LANGKAH AWAL

Langkah awal diselesaikan dalam waktu 30 detik bagi kebanyakan bayi baru lahir. 5 langkah awal dibawah ini cukup untuk merangsang bayi dalam bernafas spontan dan teratur, langkah tersebut meliputi. Langkah awal resusitasi

- 1) Pasang lampu infant warmer 10 menit sebelum bayi lahir.
- 2) Tempatkan bayi di bawah infant warmer.
- 3) Letakkan bayi telentang pada posisi setengah tengadah untuk membuka jalan napas.
- 4) Bersihkan jalan napas atas dengan menghisap mulut terlebih dahulu kemudian hidung menggunakan bulb syringe, alat penghisap lendir atau kateter penghisap.
- 5) Keringkan, stimulasi dan reposisi kepala. Tindakan yang dilakukan sejak bayi lahir

sampai reposisi kepala tidak boleh lebih dari 30 detik.

- 6) Menilai pernapasan. jika bayi mulai bernapas secara teratur dan memadai, periksa denyut jantung. Jika denyut jantung > 100 kali/menit dan bayi tidak mengalami sianosis, hentikan resusitasi. Tetapi jika sianosis ditemui, berikan oksigen aliran bebas.

b) TAHAP 2. Ventilasi tekanan positif

- 1) Jika tidak ada pernapasan atau bayi megap-megap, ventilasi tekanan positif (VTP) diawali dengan menggunakan balon resusitasi dan sungkup, dengan frekuensi 40-60 kali/menit.
- 2) Jika denyut jantung < 100 kali/menit, bahkan bila bayi bernapas, VTP harus dimulai dengan frekuensi 40-60 kali/menit.
- 3) Intubasi endotrakeal diperlukan jika bayi tidak berespon terhadap VTP dengan menggunakan balon dan sungkup. Lanjutkan VTP dan bersiaplah untuk memindahkan bayi ke NICU.

c) TAHAP 3. Kompresi dada

- 1) Jika denyut jantung masih < 60 kali/menit setelah 30 kali VTP yang memadai, kompresi dada harus dimulai.
- 2) Kompresi dilakukan pada sternum di proksimal dari proc.xypoides, jangan menekan/di atas xifoid. Kedua jari petugas yang meresusitasi digunakan untuk menekan sternum lalu jari lainnya mengelilingi dada, atau jari tengah dan telunjuk dari satu tangan bisa digunakan untuk kompresi lalu tangan lainnya menahan punggung bayi. Sternum

dikompresi sedalam $\frac{1}{3}$ tebal antero-posterior dada.

- 3) Kompresi dada diselingi ventilasi secara sinkron terkoordinasi dengan rasio 3:1. Kecepatan 90 kompresi dan 30

d) TAHAP 4. Pemberian obat

- 1) Epinefrin harus diberikan jika denyut jantung tetap <60 kali/menit setelah 30 detik VTP dan 30 detik VTP dan kompresi. Dosis epinefrin adalah 0,1-0,3 ml/kg BB larutan 1:10.000 secara intravena, melalui vena umbilical. Jika dibutuhkan diberikan melalui pipa endotrakeal, dosis adalah 0,3-1 ml/kg
- 2) Bayi yang telah diketahui atau diduga mengalami kehilangan darah dan tidak responsif terhadap tindakan resusitasi yang lama diberikan volume ekspander. Berikan ringer laktat atau natrium klorida 0,9% dalam bentuk bolus 10 ml/kg selama 5-10 menit. Darah O negative dapat diberikan jika kehilangan darah akut cukup untuk menyebabkan syok..
- 3) Natrium bicarbonate diberikan kepada bayi yang memerlukan resusitasi berkepanjangan yang tidak berespon terhadap tindakan resusitasi lain.
- 4) Nalokson hidroklorida diberikan kepada bayi dengan keadaan sebagai berikut ; depresi pernapasan memanjang pada bayi dari ibu yang mendapat anestesi narkotik dalam waktu 4 jam sebelum persalinan, sudah dilakukan langkah resusitasi, dan frekuensi denyut jantung normal, warna kulit normal

DAFTAR PUSTAKA

- Aziz Alimul Hidayat. 2009. *Asuhan neonatus bayi, balita, buku praktikum mahasiswa kebidanan*. Jakarta. EGC
- Elisabeth Siwi Walyani, dkk. 2016. *Asuhan Kebidanan Persalinan Dan Bayi Baru Lahir*. Yogyakarta. Pustakabarupress
- Ika Putri Damayanti, dkk. 2014. *Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ibu Bersalin, Bayi Baru Lahir*. Yogyakarta. Deepublish
- Kenneth J. Leveno, dkk. 2009. *Obsetri Williams*. Jakarta. EGC
- Ni Wayan Armini. Dkk. 2017. *Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi Dan Anak Pra Sekolah*. Yogyakarta. Cv andi offset
- Okta Dwinda, dkk. 2014. *Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir, Neonatus, Dan Anak Pra Sekolah Untuk Para Bidan*. Yogyakarta. Deepublish
- Sumer, dkk. 2019. *Asuhan Kebidanan Persalinan Dan Bayi Baru Lahir*. CV Trans info merdia
- Sulistiyani Prabu Aji, DKK. 2022. *Asuhan Kebidanan Persalinan*. Padang. PT Global Eksekutif Teknologi.

BAB 11

DOKUMENTASI ASUHAN

KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN

Oleh Imelda Rosniyati Dewi

11.1 Pendahuluan

Salah satu komponen dalam asuhan kebidanan adalah pendokumentasian asuhan. Tujuan dari dokumentasi kebidanan adalah kompleks dan multi-faktorial, yang melibatkan lebih dari sekadar pencatatan rincian klinis dan hukum dari perawatan seorang wanita. Dokumentasi kebidanan berpotensi meningkatkan pengalaman perawatan persalinan bagi wanita, mendukung peran bidan, berdampak positif pada kolaborasi antara tenaga kesehatan profesional, dan berkontribusi pada proses organisasi dan penelitian (Kerkin, Lennox and Patterson, 2018).

Asuhan yang dilakukan adalah memantau persalinan dan didokumentasikan dengan partograf. Sebagian besar pedoman untuk kemajuan persalinan manusia berasal dari pengamatan klinis Friedman terhadap wanita dalam persalinan. Pada tahun 1954, ia memperkenalkan konsep partogram dengan memplotkan secara grafis dilatasi serviks terhadap waktu. Kurva yang diperoleh adalah kurva sigmoid. Friedman membagi tahap pertama persalinan menjadi fase laten dan fase aktif. Fase aktif dibagi lagi menjadi akselerasi, dilatasi maksimum dan deselerasi (Dalal and Purandare, 2018).

Selanjutnya, partograf Philpott adalah versi yang lebih baru dari tipe kurva. Philpott memperkenalkan garis waspada dan garis tindakan. Pada tahun 1987, WHO meluncurkan *Inisiatif Safe Motherhood*, sejak saat itu WHO telah menerbitkan tiga jenis

partograf yang berbeda. Partograf pertama yang juga dikenal sebagai partograf komposit mencakup fase laten 8 jam dan fase aktif yang dimulai pada dilatasi serviks 3 cm. Partograf ini memiliki garis waspada dengan kemiringan 1 cm/jam dan garis tindakan 4 jam ke kanan dan sejajar dengan garis waspada. Partograf ini juga menyediakan ruang untuk mencatat penurunan kepala janin, kondisi ibu, kondisi janin, dan obat-obatan yang diberikan (Dalal and Purandare, 2018).

WHO memodifikasi partograf pada tahun 2000, fase laten dikeluarkan, dan fase aktif dimulai pada dilatasi serviks 4 cm. Fitur-fitur lainnya tetap sama. Alasan untuk mengecualikan fase laten adalah kemungkinan intervensi yang lebih besar karena fase laten yang berkepanjangan yang didiagnosis secara berlebihan. Seiring penggunaannya terdapat kesulitan yang dilaporkan dalam mentransfer fase dilatasi dari laten ke fase aktif yang selanjutnya WHO memodifikasi partograf untuk ketiga kalinya. Partograf yang disederhanakan ini diberi kode warna. Area di sebelah kiri garis waspada berwarna hijau yang menunjukkan kemajuan yang baik. Area di sebelah kanan garis tindakan diwarnai merah yang menunjukkan kemajuan yang sangat lambat. Area antara garis peringatan dan tindakan berwarna kuning yang menunjukkan perlunya kewaspadaan yang lebih besar. Dalam uji coba yang dilakukan di Vellore, partograf yang disederhanakan dinilai lebih mudah digunakan daripada partograf komposit (Dalal and Purandare, 2018).

Perkembangan partograf memberikan gambaran bergambar tentang persalinan kepada tenaga kesehatan yang dapat mengidentifikasi persalinan patologis untuk memungkinkan intervensi dini.

11.2 Pendokumentasian Asuhan Dalam Persalinan dengan SOAP

A. Pengkajian

Pengkajian ini dilakukan dengan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien, yaitu meliputi data subyektif dan data obyektif (Norma and Dwi, 2013)

1. Data Subjektif

- a) Nama, umur, suku/bangsa, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, keluhan utama, pola nutrisi, pola eliminasi, pola istirahat dikaji pada saat ibu bersalin pertama kali kontak dengan petugas kesehatan.

2. Data Objektif

Data objektif menunjukkan hasil pemeriksaan umum, keadaan umum. Kesadaran, keadaan emosional, antropometri (BB) dan tanda-tanda vital dan hasil pemeriksaan fisik dari muka, mata, payudara, palpasi abdomen dan kondisi ekstermitas ibu. Pemeriksaan khusus berupa pemeriksaan obstetri dan ginekologi.

1) Obstetri

Palpasi :

Leopold 1, pemeriksa menghadap ke arah muka ibu hamil, menentukan tinggi fundus uteri dan bagian janin yang terdapat pada fundus.

Leopold 2, menentukan batas samping rahim kanan dan kiri, menentukan letak punggung janin dan pada letak lintang, menentukan letak kepala janin.

Leopold 3, menentukan bagian terbawah janin dan menentukan apakah bagian terbawah tersebut sudah masuk ke pintu atas panggul atau masih dapat digerakkan.

Leopold 4, pemeriksa menghadap ke arah kaki ibu hamil dan menentukan bagian terbawah janin dan berapa jauh bagian terbawah janin masuk ke pintu atas panggul

Tafsiran Tanggal Persalinan: Bertujuan untuk mengetahui apakah persalinannya cukup bulan, prematur, atau postmatur.

Tafsiran Berat Janin

Bagian Terendah: Pada akhir trimester III menjelang persalinan, presentasi normal janin adalah presentasi kepala dengan letak memanjang dan sikap janin fleksi.

Kontraksi: Durasi kontraksi uterus sangat bervariasi, tergantung pada kala persalinan ibu tersebut. Kontraksi pada awal persalinan mungkin hanya berlangsung 15 sampai 20 detik sedangkan pada persalinan kala I fase aktif berlangsung dari 45 sampai 90 detik dengan durasi rata-rata 60 detik. Informasi mengenai kontraksi ini membantu untuk membedakan antara kontraksi persalinan sejati dan persalinan palsu.

2) Gynekologi, Ano – Genetalia yaitu inspeksi pada genitalia dan pemeriksaan dalam serta kesan panggul.

3. Pemeriksaan Penunjang

Hemoglobin, Cardiotocography (CTG), USG, Protein Urine dan glukosa urine.

B. Perumusan Diagnosa/masalah Kebidanan

Perumusan diagnosa berdasarkan nomenklatur kebidanan, sesuai dengan kondisi ibu.

C. Perencanaan

Perencanaan di tuliskan berdasarkan kebutuhan dan masalah ibu mulai dari kala I hingga IV persalinan.

D. Pelaksanaan

Pelaksanaan asuhan disesuaikan dengan rencana asuhan yang telah disusun dan dilakukan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman.

E. Evaluasi

Evaluasi dilakukan sesuai dengan Kala persalinan.

F. Dokumentasi

Pencatatan atau pendokumentasian dilakukan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan atau kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan pada formulir yang tersedia dan ditulis dalam bentuk SOAP.

11.3 Partograf

A. Konsep Dasar Partograf

Partograf atau partogram telah ditetapkan sebagai alat pemantau persalinan standar secara universal. Alat ini telah direkomendasikan oleh Organisasi Kesehatan Dunia/*World Health Organization* (WHO) untuk digunakan pada persalinan fase aktif. Fungsi partograf adalah untuk memantau kemajuan persalinan dan mengidentifikasi serta melakukan intervensi pada kasus-kasus persalinan yang tidak normal. Partograf adalah alat yang mudah digunakan, tetapi jika tidak digunakan dengan benar akan mempengaruhi hasil akhir (Dalal and Purandare, 2018). Partograf adalah alat untuk memantau persalinan, menilai dan mengelola persalinan, mendeteksi masalah secara dini dan komplikasi persalinan, serta mencatat dan melaporkan data persalinan.

B. Komponen Partograf

Partograf digunakan untuk mencatat semua pengamatan yang dilakukan saat wanita dalam proses persalinan. Partograf mencatat hal-hal sebagai berikut:

1. Kemajuan persalinan

Kemajuan persalinan dipantau dengan dilatasi serviks, penurunan kepala dan kontraksi uterus

2. Kondisi janin

Kondisi janin dipantau melalui denyut jantung janin, warna air ketuban dan penyusupan kepala janin

3. Kondisi ibu dinilai

Kondisi ibu dinilai dari denyut nadi, tekanan darah, temperatur, pengeluaran air ketuban, dan urin untuk protein dan reduksi.

4. Ruang terpisah diberikan untuk memasukkan obat-obatan, cairan infus dan oksitosin

C. Cara Pendokumentasian dengan Partograf

Partograf adalah catatan perawatan yang merupakan dokumen legal dan juga merupakan jalan untuk mengidentifikasi akuntabilitas dalam praktik klinis. Oleh karena itu, catatan yang akurat, dapat dibaca, dan komprehensif harus dibuat sesuai dengan pedoman dan menggunakan tinta hitam. Catatan tersebut harus dibuat pada waktu yang sama dan disahkan dengan tanda tangan yang lengkap dan terbaca. Partograf tidak membedakan antara wanita nulipara atau multipara. Berikut ini penjeasan pengisian partograf berdasarkan (Government of Western Australia North Metropolitan Health Service Women and Newborn Health Service, 2019):

1. Temuan penerimaan & pemeriksaan serta riwayat medis/kebidanan. Letakkan label identifikasi wanita di sudut kiri atas. Rincian penerimaan harus dicatat sesegera mungkin setelah kedatangan.
2. Masukkan semua rincian di bagian yang sesuai di bagian depan partograf.
3. Catat tanggal masuk di bagian atas partograf. Jika tanggal berubah pada tengah malam, tulis tanggal yang baru di atas jam.

4. Garis vertikal penuh bernomor (0 1 2 3 dst) adalah garis jam.
5. Isi skala waktu di sepanjang bagian atas partograf
6. Catat tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan, dan pengamatan lain . Nadi setiap 30 menit, tekanan darah setiap 4 jam dan suhu setiap 2 jam.
7. Dengan menggunakan pengukuran di sisi kiri grafik, catat Tekanan darah sistolik dengan simbol (Δ). Tekanan darah diastolik dengan (V). Denyut nadi dengan (').
8. Penilaian janin. Catat FHR (*Fetal Heart Rate*) dengan titik garis vertikal setengah jam sehingga rekaman seperempat jam dapat dibuat
9. Rekaman denyut jantung janin kala dua didokumentasikan setiap setengah jam pada grafik seperti pada kala satu.
10. Pada kotak yang sesuai dengan waktu yang tepat sesuai dengan garis vertikal, catat kondisi dan warna cairan ketuban sebagai berikut:
 U - selaput ketuban utuh
 J - air ketuban berwarna jernih
 M - cairan ketuban bernoda mekonium
 D - cairan ketuban bernoda darah
 K - cairan ketuban habis/kering
11. Penilaian kontraksi. Area 5 kotak vertikal kosong melintang di sepanjang lebar grafik dan catat kontraksi sebagai 'frekuensi dalam 10 menit'. Setiap kotak mewakili 1 kontraksi. Oleh karena itu, jika 2 kontraksi terjadi dalam 10 menit, 2 kotak akan diarsir.



Lemah - durasi 20-40 detik



Sedang - durasi 20-40 detik



Kuat - durasi 40 detik

12. Servikograf adalah bagian dari partogram yang menggambarkan dilatasi serviks dan penurunan bagian presentasi dalam kaitannya dengan waktu. Penggunaan servikograf memungkinkan kemajuan persalinan untuk dipastikan dan keterlambatan kemajuan dapat dikenali dengan mudah.
13. Catat (X) untuk dilatasi serviks pada garis yang sesuai dan pada saat pemeriksaan dilakukan
14. Penurunan kepala diukur dengan palpasi abdomen dan dinyatakan dalam satuan seperlima di atas puncak panggul. Catat (O) untuk tingkat penurunan pada setiap pemeriksaan vagina
5/5 : sepenuhnya di atas
4/5: sinsiput tinggi, oksiput mudah terasa
3/5: sinsiput mudah terasa, oksiput terasa
2/5: sinsiput terasa, oksiput hanya terasa
1/5: sinsiput teraba, oksiput tidak teraba
0/5: tidak ada bagian kepala yang teraba
15. Garis waspada, merupakan garis yang ditarik dari titik dilatasi serviks yang dicatat pada pemeriksaan vagina pertama pada persalinan aktif. Garis ini menunjukkan tingkat dilatasi cm/jam.
16. Garis Tindakan, merupakan garis yang sejajar dan 4 jam di sebelah kanan garis waspada
17. Oksitosin. Catat jumlah pemberian oksitosin selama persalinan berlangsung.
18. Urin. Catat setiap kali berkemih, ukur volume urin sesuai kebutuhan. Catat urinalisis (jika diperlukan) untuk protein dan keton dalam kotak waktu yang sesuai.
19. Petugas kesehatan, termasuk mahasiswa kebidanan dan kedokteran yang telah melakukan observasi harus memberikan paraf pada kotak yang telah disediakan.

Nama lengkap, tanda tangan, jabatan, dan paraf harus dicatat pada sisi belakang partogram.

20. Bagian belakang partograf diisi dengan pemantauan kala III dan IV persalinan secara lengkap sampai dengan 2 jam setelah bersalin.

DAFTAR PUSTAKA

- Dalal, A. R. and Purandare, A. C. 2018. 'The Partograph in Childbirth: An Absolute Essentiality or a Mere Exercise?', *Journal of Obstetrics and Gynecology of India*, 68(1), pp. 3–14. doi: 10.1007/s13224-017-1051-y.
- Government of Western Australia North Metropolitan Health Service Women and Newborn Health Service. 2019. 'Labour: Partogram', pp. 1–8. Available at: <https://www.kemh.health.wa.gov.au/~media/HSPs/NMHS/Hospitals/WNHS/Documents/Clinical-guidelines/Obs-Gyn-Guidelines/Labour-Partogram.pdf?thn=0>.
- Kerkin, B., Lennox, S. and Patterson, J. 2018. 'Making midwifery work visible: The multiple purposes of documentation', *Women and Birth*, 31(3), pp. 232–239. doi: 10.1016/j.wombi.2017.09.012.
- Norma, N. and Dwi, M. 2013. *Asuhan Kebidanan Patologi Teori dan Tinjauan Kasus*. Yogyakarta: Nuha Medika.

BIODATA PENULIS



Siswi Wulandari, SST., Bd., M.Keb

Dosen Program Studi Kebidanan (S1)
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Kadiri

Penulis Lahir di Kota Kediri Jawa Timur tanggal 17 Juli 1985. Penulis adalah Dosen Tetap di Fakultas Ilmu Kesehatan Universtas Kadiri sejak tahun 2008. Penulis Menyelesaikan Pendidikan Diploma III Kebidanan di Stikes Karya Husada Pare Kediri, dan melanjutkan Pendidikan Diploma IV Bidan Pendidik. Di Tahun 2014, Penulis menyelesaikan Pendidikan Magister Kebidanan di Universitas Brawijaya Malang

Penulis aktif mempublikasikan karyanya di jurnal Nasional dan Internasional. Selain publikasi Artikel Penelitian, penulis juga menulis buku ajar dan referensi. Selain menjadi dosen tetap, penulis juga enterprenuer.

BIODATA PENULIS



Lilis Fatmawati, S.ST., M.Kes,

Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Gresik

Lahir di Gresik, tanggal 13 Januari 1990. Telah menyelesaikan studi D3 Kebidanan Poltekkes Majapahit Mojokerto tahun 2012, D4 Bidan Pendidik di STIKES Ngudia Husada Madura tahun 2013 serta Magister Kesehatan di Universitas Airlangga Surabaya mengambil peminatan Kesehatan Ibu dan Anak tahun 2016. Sejak tahun 2016 menjadi dosen tetap Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan di Universitas Gresik departemen keperawatan maternitas.

BIODATA PENULIS



Lingga Puspita Sari S.ST., M.Keb
Dosen Program Studi S1 Kebidanan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Merangin

Penulis lahir di Tangkit tanggal 09 Maret 1993. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi S1 Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Merangin. Menyelesaikan pendidikan D3 Kebidanan di STIKes Baiturrahim Jambi, D4 Bidan Pendidik Universitas Respatih Yogyakarta dan S2 Kebidanan di Universitas Aisyiyah Yogyakarta. Sebelum menulis buku ini, penulis pernah menulis buku saku yang berjudul Pekan IVA yang didedikasikan untuk para WUS di Indonesia.

BIODATA PENULIS



Rahmah Fitria, S.ST.,M.Keb

Dosen Program Studi D3 Kebidanan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Panca Bhakti

Penulis lahir di Bandar Lampung tanggal 04 Mei 1989. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi D3 Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Panca Bhakti Bandar Lampung. Menyelesaikan D3 Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Tanjung Karang Bandar Lampung dan melanjutkan D4 Bidan Pendidik di Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran UNPAD) Bandung. Gelar Magister Kebidanan (M.Keb) diperolehnya di Universitas Andalas (UNAND) Padang pada tahun 2018.

Penulis saat ini aktif menulis buku dan melaksanakan Tri Dharma Perguruan Tinggi termasuk penelitian dan pengabdian kepada masyarakat. Saat ini menjabat sebagai kepala BAAK di STIKes Panca Bhakti Bandar Lampung.
email : rahmah@pancabhakti.ac.id

BIODATA PENULIS



Tri Endah Rachmawati, S.SiT., M.K.M.

Dosen Program Studi Sarjana Terapan Kebidanan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) UMMI Bogor

Penulis lahir di Blitar tanggal 9 Juni 1985. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Sarjana Terapan Kebidanan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) UMMI Bogor dan pada saat penulisan buku ini, menjabat sebagai Kepala Bidang Kurikulum dan Praktik Belajar Lapangan. Menyelesaikan pendidikan DIII Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Malang pada tahun 2006, kemudian melanjutkan pendidikan DIV Bidan Pendidik di Universitas Ngudi Waluyo Ungaran Semarang selesai tahun 2007. Penulis melanjutkan pendidikan S2 Kesehatan Masyarakat Peminatan Kesehatan Reproduksi di Universitas Indonesia dan menyelesaikannya pada tahun 2014.

BIODATA PENULIS



Hendri Devita, SKM, M.Biomed.

Dosen Program Studi DIII Kebidanan
Fakultas Vokasi Universitas Baiturrahmah

Penulis lahir di Mandahiling (Batusangkar) tanggal 24 Desember 1977. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi DIII Kebidanan Fakultas Vokasi Universitas Baiturrahmah. Menyelesaikan Pendidikan DIII Kebidanan di Poltekkes Surakarta, menyelesaikan S1 pada Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas dan melanjutkan S2 pada Program Studi Ilmu Biomedik Universitas Andalas. Penulis menekuni bidang Menulis sejak tahun 2017. Menerima Hibah Dikti untuk Program Kemitraan Masyarakat Stimulus (PKMS) tahun 2019 dan 2020. Tahun 2022 ikut bergabung di GetPress buku pertama Primary Care Of Woman, buku kedua Filsafat Ilmu Bidan dan ini merupakan buku ketiga.

BIODATA PENULIS



Lailaturohmah, S.ST., M.Kes

Dosen Stikes Ganesha Husada Kediri

Penulis lahir di Lampung pada tanggal 23 November 1989. Penulis merupakan dosen sejak tahun 2011 dan merupakan dosen di salah satu perguruan tinggi swasta di Jawa Timur, tepatnya di Stikes Ganesha Husada Kediri. Penulis mengawali Pendidikan di Prodi D3 Kebidanan di Universitas Kadiri kemudian melanjutkan ke jenjang D4 di Universitas Kadiri lagi lulus pada Tahun 2011. Sambil bekerja, penulis melanjutkan studi di Universitas Respati Indonesia dengan jurusan Kesehatan Masyarakat, peminatan Kesehatan Reproduksi lulus pada Tahun 2015. Buku ini adalah salah satu buku yang di tulis oleh penulis sesuai dengan mata kuliah yang di ampu di Perguruan Tinggi saat ini. Penulis berharap, buku ini dapat bermanfaat untuk pembaca khususnya mahasiswa Program Studi Kebidanan serta dapat dijadikan sebagai referensi dan literasi dalam penulisan karya ilmiah nantinya.

BIODATA PENULIS



Triswanti, S.SiT., M.Kes

Dosen Akademi Kebidanan Bandung

Penulis lahir di Grobogan tanggal 6 Agustus 1985. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Diploma III Kebidanan Akademi Kebidanan Bandung. Menyelesaikan pendidikan S1 Kebidanan yaitu Sarjana Sains Terapan dan melanjutkan S2 pada Program Studi Magister Kesehatan Keluarga Minat Utama Pendidikan Profesi Kesehatan. Penulis menjabat sebagai wakil direktur 1 bidang akademik dan menekuni bidang menulis.

Penulis menyusun buku asuhan kebidanan ibu bersalin kala tiga dengan tujuan mencegah perdarahan dan menurunkan angka kematian ibu.

BIODATA PENULIS



Bd. Weni Tri Purnani, S.ST., M. Kes.

Dosen Program Studi Sarjana Kebidanan
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Kadiri

Penulis lahir di Kediri pada tanggal 06 Desember 1985. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Sarjana Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Kadiri. Menyelesaikan pendidikan DIV pada Prodi Bidan Pendidik di Universitas Kadiri tahun 2009 dan menyelesaikan S2 pada Prodi Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga tahun 2012.

BIODATA PENULIS



Husnul Hatima, SST., M.Kes.

Dosen Program Studi D III Kebidanan
Akademi Kebidanan Minasa Upa

Penulis lahir di Salulemo tanggal 05 Juni 1989. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi DIII Kebidanan Akademi Kebidanan Minasa Upa. Menyelesaikan pendidikan D4 Kebidanan dan melanjutkan S2 pada Jurusan Kesehatan Reproduksi. Penulis menekuni bidang Menulis.

BIODATA PENULIS



Imelda Rosniyati Dewi, S.Tr.Keb.,M.Keb

Dosen Program Studi Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Katolik Indonesia Santu Paulus Ruteng

Penulis lahir di Nekang, NTT pada tanggal 13 Mei 1995. Penulis adalah dosen pada Program Studi Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Santu Paulus Ruteng. Menyelesaikan pendidikan D III Kebidanan pada tahun 2016 di Universitas Katolik Indonesia Santu Paulus Ruteng, S1 pada Jurusan Sarjana Sains Terapan Kebidanan di Universitas Karya Husada Semarang pada tahun 2019 dan melanjutkan S2 pada Jurusan Ilmu Kebidanan Universitas Hasanuddin, Makassar dan menyelesaikan studi pada tahun 2022.